

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA DÉPRESSION POSTNATALE, UN PHÉNOMÈNE DÉPRESSIF ATYPIQUE?  
ANALYSE DES CRITÈRES DE SÉVÉRITÉ DE LA SYMPTOMATOLOGIE ET  
DE LA SPÉCIFICITÉ DES SYMPTÔMES ET DES CAUSES

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

STÉPHANIE GORON

JUILLET 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»



## DÉDICACE

À mes parents, Julien, ma famille,  
les piliers de ma vie.

À mon fils, NOAM !  
«Fais de ta vie un rêve,  
et d'un rêve, une réalité !»  
(*Antoine de Saint-Exupéry*)



## REMERCIEMENTS

Aucune réalisation ne peut être accomplie dans la solitude. Il va donc de soi que j'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de cette thèse et à l'achèvement de mes études doctorales.

Mes premiers remerciements sont destinés à mon directeur de thèse, le professeur Gilles Dupuis et à ma codirectrice, Catherine des Rivières-Pigeon. Je souhaite vous remercier pour votre accompagnement et votre encadrement tout au long de ce cheminement académique. Merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir offert l'opportunité de réaliser ce doctorat. Gilles, vous avez su m'épauler dans les différentes étapes de cette recherche et vous m'avez permis de bénéficier de votre expertise statistique. Votre disponibilité et vos qualités humaines ont été essentielles dans mon cheminement et salvatrices à bien des égards. Merci aussi pour votre soutien financier qui m'a permis de finaliser cette thèse. Catherine, merci de m'avoir guidé dans les moments de doutes. Votre expertise dans le domaine de la dépression postnatale m'a permis d'en apprendre encore davantage sur ce champ de connaissance. Merci pour vos encouragements et les riches réflexions théoriques qui m'ont permis d'ouvrir mes horizons disciplinaires.

Je tiens particulièrement à adresser un merci incommensurable à ma famille, mes parents et à mon frère, pour leur soutien sans faille, leur bienveillance et pour leur amour inconditionnel. Merci d'avoir cru en moi et d'être aussi présents dans ma vie malgré la distance. Merci de m'avoir donné la liberté de réaliser les projets qui me tenaient à cœur et qui ont fait de moi la personne accomplie que je suis aujourd'hui.

Merci à toi, Julien, de croire en moi et pour ton soutien quotidien tout au long de ce parcours. Tu as été une aide précieuse et cruciale dans ce défi de conciliation travail, famille, doctorat. Merci de m'avoir permis de mener simultanément mes différents projets. Tu es ma famille et ma lumière dans ce beau pays dans lequel nous nous sommes rencontrés. L'achèvement de ce doctorat marque l'avènement de nouveaux projets que nous allons cette fois réaliser ensemble. Merci d'être là à mes côtés. Merci aussi à toi Noam, d'avoir pointé, un jour de décembre 2012, le bout de ton nez et de m'avoir permis de prendre la plus douce et la plus merveilleuse des pauses doctorales.

Cette recherche n'aurait pas pu voir le jour sans la collaboration de Nicole Reeves, psychologue au centre des naissances du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), qui m'a permis d'entrer en contact avec l'équipe médicale de l'hôpital Saint-Luc du CHUM et d'assurer la réalisation du recrutement des participantes de cette recherche. Merci aussi de m'avoir formée à la périnatalité et de confirmer ainsi mon intérêt pour ce champ de pratique.

Je tiens également à adresser un immense merci aux participantes de cette recherche sans qui cette étude n'aurait pas pu être complétée. Merci d'avoir offert de votre temps dans un moment de votre vie où il est si précieux. Merci d'avoir accepté de partager votre expérience de mère et les écueils que certaines d'entre vous ont rencontrés lors du processus d'adaptation à la maternité. Je souhaite que chacune d'entre vous ait pu trouver cet équilibre tant recherché entre votre vie familiale et la réalisation de vos projets tant personnels que professionnels.

Je tiens aussi à remercier les différentes personnes qui ont participé aux diverses étapes de l'analyse des données qualitatives. Votre collaboration a permis de rendre moins fastidieuse la réalisation de ces analyses. Je tiens donc à remercier Vickie,

Sarah-Jeanne, Catherine et Marie-Frédérique qui ont porté un intérêt à ce projet et qui ont grandement contribué à l'aboutissement de celui-ci.

Un tout grand merci à Dominique et Annélie, mes partenaires de doctorat. Dominique, nous nous sommes rencontrées dès le premier jour sur les bancs de l'université et nous avons cheminé ensemble tout au long de ces années. Merci pour ces moments passés ensemble qui ont permis de rendre plus agréables ces moments intenses de travail. Merci à toi Annélie pour ton sourire et ton écoute. J'espère avoir la chance un jour de pouvoir collaborer avec toi sur des projets futurs. J'en profite également pour remercier Géraldine, Véronique M, Sabine, Vanessa, Emmanuelle, Anne-Marie, Martine et Christine, qui ont participé de manière indirecte à ce cheminement et sans qui je ne serai pas là aujourd'hui. Merci aussi à Claudie et Véronique L, mes collègues de la clinique de procréation assistée du CHUM qui m'ont encouragé dans la dernière ligne droite.

Et enfin, ces remerciements ne seraient pas complets sans une pensée pour mes amis d'outre-mer, Chloé, Laetitia, Fred, Bérengère, Julie, qui le temps de brefs retours en Belgique m'ont permis de me ressourcer et de me rappeler de ce qui était le plus précieux dans la vie. Merci pour ces bons moments et ces fous rires, ainsi que ces discussions interminables à refaire le monde. Merci à mon ami Benoit pour ces débuts inoubliables en terre québécoise et avec qui j'ai commencé cette incroyable aventure d'immigration. Malgré la distance, vous gardez une place chère dans mon cœur.



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	XV
LISTE DES FIGURES.....	XVII
LISTES DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES .....	XIX
RÉSUMÉ.....	XXI

### CHAPITRE I

#### INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Mise en contexte.....	1
1.2 Contenu de la thèse.....	2
1.3 Le trouble dépressif majeur .....	4
1.3.1 Les critères diagnostiques .....	4
1.3.2 Les données épidémiologiques.....	5
1.3.3 Le trouble dépressif mineur.....	6
1.3.4 Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive .....	7
1.4 La dépression du postpartum.....	8
1.4.1 L'origine du concept de DPP .....	8
1.4.2 Les troubles périnataux .....	9
1.4.3 Les critères diagnostiques de la DPP .....	11
1.4.4 La prévalence de la DPP .....	13
1.4.5 Les conséquences de la DPP .....	14
1.5 Controverse entourant la définition de la DPP .....	15
1.5.1 Le débat sur la sévérité de la DPP : dichotomie ou continuum de sévérité?.....	16
1.5.2 Le débat sur la spécificité des symptômes et des causes de la DPP.....	23
1.6 Limite des connaissances actuelles.....	32
1.7 Objectifs de la thèse.....	35
1.8 À propos de la méthode : Notes aux lecteurs .....	36

1.8.1 Volet 1 : Sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale.....	37
1.8.2 Volet 2 : Spécificité des symptômes et des causes de la DPP .....	41
CHAPITRE II - ARTICLE 1	
POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY: SHOULD WE CONSIDER A CONTINUUM OF SEVERITY?.....	43
RÉSUMÉ .....	47
ABSTRACT .....	49
INTRODUCTION .....	51
Definition of postpartum depression.....	51
Controversy surrounding the severity of PPD symptoms .....	52
Subclinical depressive symptomatology in the postpartum period: state of the research .....	53
RESEARCH OBJECTIVES AND HYPOTHESES.....	54
METHODOLOGY .....	55
Participants.....	55
Measurement instruments .....	55
Procedure.....	57
Statistical analyses .....	58
RESULTS .....	59
DISCUSSION.....	61
Psychological distress .....	61
Anxiety .....	62
Quality of life in relation to health and life objectives.....	63
Clinical implications .....	65
Study limitations and strengths .....	66
Recommendations for future research .....	67
BIBLIOGRAPHY .....	69

### CHAPITRE III - ARTICLE 2

NATURE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE EN PÉRIODE POSTNATALE VERSUS NON POSTNATALE : UNE ANALYSE QUALITATIVE .....	81
RÉSUMÉ.....	85
ABSTRACT.....	87
INTRODUCTION.....	89
Controverse entourant la définition de la DPP .....	89
Spécificité des symptômes : état de la recherche.....	90
Problématique .....	92
OBJECTIF DE LA RECHERCHE .....	93
MÉTHODOLOGIE.....	93
Participant.es.....	94
Instruments de collecte des données.....	95
Déroulement .....	96
Analyse des données.....	97
RÉSULTATS .....	99
Données descriptives de l'échantillon .....	99
Profils des symptômes perçus des mères en DPP et en DNP .....	100
DISCUSSION .....	107
Profil symptomatologique des mères en DPP .....	108
Implications cliniques.....	117
Limites de l'étude et recommandations pour les recherches futures .....	119
CONCLUSION.....	120
BIBLIOGRAPHIE .....	121

### CHAPITRE IV - ARTICLE 3

LA DÉPRESSION POSTNATALE, UN DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE? ANALYSE DES CAUSES PERÇUES PAR LES MÈRES EN DÉPRESSION POSTNATALE ET NON POSTNATALE : PERSPECTIVE QUALITATIVE .....	133
RÉSUMÉ.....	137
ABSTRACT.....	139
INTRODUCTION.....	141
Spécificité des causes de la dépression postnatale : état de la littérature .....	142
MÉTHODOLOGIE.....	144

Participant.es .....	144
Instruments de mesure.....	146
Procédure.....	147
Analyses descriptives de l'échantillon .....	147
Analyses des entrevues .....	148
RÉSULTATS.....	149
Données descriptives de l'échantillon.....	149
Profil mères en DPP et en DNP : perception des causes à l'origine de la dépression.....	150
DISCUSSION.....	158
Profil des facteurs étiologiques des mères en DPP .....	158
La naissance, un facteur déclencheur du développement de la DPP?.....	159
Privation de sommeil et émergence de symptômes dépressifs .....	160
La DPP, la résultante de facteurs psychosociaux? .....	162
Le mythe d'une maternité idéalisée .....	162
Anxiété et perfectionnisme .....	163
La DPP, une dépression liée au changement de style de vie et à la perte? .....	164
Implications cliniques .....	166
Recherches futures .....	167
Limites de l'étude.....	167
CONCLUSION .....	168
BIBLIOGRAPHIE.....	169
CHAPITRE V	
DISCUSSION GÉNÉRALE	
5.1 La dépression postnatale, un phénomène qui s'apparente à la DNP .....	175
5.1.1 Volet 1 : Symptomatologie dépressive postnatale, un continuum de sévérité .....	176
5.1.2 Volet 2 : symptômes et causes de la DPP, non spécifiques au postpartum .....	184
5.2 Pertinence du spécificateur « avec début lors du postpartum » .....	196
5.3 La DPP en mal de nomination .....	201

5.4	Implications cliniques.....	202
5.4.1	Prévention primaire.....	203
5.4.2	Prévention secondaire.....	204
5.4.3	Prévention tertiaire.....	209
5.5	Considérations méthodologiques.....	211
5.5.1	Limites de la recherche doctorale.....	211
5.5.2	Forces et retombées de la recherche doctorale.....	212
5.6	Pistes de recherches futures.....	216
5.6.1	Poursuivre les études de nature qualitative.....	216
5.6.2	Privilégier l'utilisation d'une entrevue diagnostique.....	217
5.6.3	Opérationnaliser les variables et privilégier une terminologie commune.....	218
5.6.4	Utilisation de mesures complémentaires à celles des symptômes dépressifs.....	218
5.6.5	Poursuivre l'étude de la représentation de la maladie.....	219
5.6.6	Poursuivre l'étude des déterminants de la DPP.....	219
5.6.7	Étudier les dépressions postnatales sous-cliniques.....	220
5.6.8	Étudier la DPP selon une approche multidisciplinaire.....	221
5.7	Conclusion générale.....	221

#### APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE DÉPRESSION MAJEURE SELON LE DSM-IV-TR ET LE DSM 5.....	223
---	-----

#### APPENDICE B

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE DÉPRESSION MINEURE ET DU TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC HUMEUR DÉPRESSIVE SELON LE DSM-IV-TR.....	229
--	-----

#### APPENDICE C

QUESTIONNAIRES ET ENTREVUE DIAGNOSTIC CLINIQUE.....	235
---	-----

#### APPENDICE D

MODÈLE DE QUALITÉ DE VIE BASÉ SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS DE DUPUIS <i>ET AL.</i> , (1989).....	315
--	-----

APPENDICE E	
DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE D'ANALYSE QUALITATIVE .....	321
APPENDICE F	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTES .....	339
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE .....	347

## LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II – Article 1 .....	Page
Tableau 1 Participants'characteristics according to severity of postnatal depressive symptoms .....	75
Tableau 2 Dependent variables:anxiety and psychological distress.....	77
Tableau 3 Dependent variable: quality of life based on pursuit of life objectives .....	78
CHAPITRE III - Article 2	
Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques et informations relatives aux antécédents de dépression et aux habitudes de consommation.....	129
Tableau 2 Symptomatologie dépressive et anxieuse (EDPS et BDI-II) .....	130
Tableau 3 Pourcentage d'occurrence des symptômes perçus par groupe (DPP-DNP) .....	131
CHAPITRE IV - Article 3	
Tableau 1 Pourcentage d'occurrence des causes perçues par groupe (DPP-DNP) .....	173



## LISTE DES FIGURES

CHAPITRE II – Article 1 .....	Page
Figure 1 Répartition des sujets .....	79



## LISTES DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
APA	American Psychiatric Association
DM	Dépression majeure
Dm	Dépression mineure
DPP	Dépression du postpartum
DNP	Dépression non postnatale
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Five Edition
EDM	Épisode dépressif majeur
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ISQV	Inventaire systémique de qualité de vie
MFMP	Michigan Families Medicaid Project
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
QV	Qualité de vie
QVBO	Qualité de vie basée sur l'atteinte des objectifs de vie
TA	Trouble de l'adaptation
TDM	Trouble de dépression majeure
Tdm	Trouble de dépression mineure



## RÉSUMÉ

À l'heure actuelle, il est communément admis que la naissance d'un enfant constitue une expérience de vie positive. Pourtant, cette idéologie maternelle ne semble pas faire l'unanimité pour toutes les mères. En effet, 13% d'entre elles présenteront une dépression postnatale (DPP) suite à la naissance de leur enfant. L'accroissement d'intérêt pour ce problème de santé mentale a permis de reconnaître son ampleur et de l'introduire dans le « *Diagnostic Statistical Manual of Mental Health* », (*DSM-IV*) en 1994, aux côtés des autres troubles de l'humeur. La DPP a ainsi été assimilée à une dépression majeure (DM), non dissociable des dépressions survenant à d'autres périodes de la vie. Toutefois, un examen approfondi de la littérature scientifique nous démontre que la DPP reste encore un phénomène controversé. En effet, tous les auteurs ne semblent pas adhérer à ce discours biomédical et soulignent davantage le caractère unique de la DPP. Le débat se situe entre autre, autour des critères de sévérité et de spécificité de cette condition. Pour certains chercheurs, la DPP serait une forme particulière de dépression qui posséderait ses propres caractéristiques cliniques et qui serait déclenchée par des facteurs spécifiques à la naissance. L'objectif général de cette thèse vise donc à améliorer notre compréhension du phénomène dépressif en contexte postnatal et à vérifier la légitimité de la comparer à une dépression non postnatale (DNP). Préciser les critères de sévérité de la symptomatologie et de la spécificité des symptômes et des causes de la DPP s'avère primordial afin de permettre le développement de stratégies préventives et d'interventions adéquates qui répondent le mieux aux besoins des mères qui souffrent de symptômes dépressifs en postpartum.

Cette recherche doctorale est composée de cinq chapitres. Le chapitre I présente une recension des principales recherches qui se sont intéressées à l'étude de la sévérité de la symptomatologie et de la spécificité des symptômes et des causes de la DPP. On y démontre que malgré les nombreuses études et années de recherche, la controverse qui entoure la nature de la DPP comme phénomène distinct de la DNP demeure toujours très présente, autant dans la littérature scientifique que dans la pratique clinique.

Le chapitre II comprend un premier article qui porte sur l'étude de la sévérité<sup>1</sup> des symptômes dépressifs en période postnatale. Il vise à comprendre si la symptomatologie dépressive postnatale se présente sur un continuum de sévérité ou de façon dichotomique. Les résultats relatifs à l'anxiété, à la détresse psychologique, et à la qualité de vie par l'atteinte des objectifs (QVBO), appuient la nature continue du phénomène dépressif en postpartum. Le continuum de sévérité suggère d'intervenir auprès des mères souffrant de tableaux dépressifs mineurs ou dits sous-cliniques<sup>2</sup> en contexte postnatal en leur apportant un soutien adéquat qui répond à leurs besoins. La pertinence d'identifier ces tableaux dépressifs sous-cliniques et les implications cliniques qui en découlent est discutée.

Le chapitre III dévoile les résultats d'un second article qui examine la spécificité des symptômes de la DPP. Grâce à une méthodologie qualitative, elle tente d'analyser les différences et les similitudes des symptômes perçus par les mères souffrant de DPP et de DNP. Les entretiens de 20 participantes souffrant de DPP et de 10 souffrant de DNP, ont été soumis à une analyse de contenu. L'analyse indique que les deux groupes de mères semblent présenter un profil symptomatologique généralement similaire. Toutefois, les quelques particularités observées fournissent des indices importants pour l'optimisation de la prévention de la DPP. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées.

Le chapitre IV comprend un troisième article qui explore les similitudes et les différences des causes perçues, rapportées par les mères en DPP et en DNP pour expliquer l'apparition de leurs symptômes dépressifs. Les entretiens des 30 participantes souffrant de DPP (n=20) et de DNP (n=10) ont été soumis à une analyse de contenu. Les résultats n'appuient pas l'hypothèse d'une étiologie spécifique à la naissance dans le développement de la DPP. La DPP et la DNP seraient déclenchées par des facteurs vraisemblablement similaires. Les implications cliniques qui en découlent sont également discutées.

---

<sup>1</sup> Le terme *sévérité* de la symptomatologie dépressive postnatale est utilisé tout au long de cette thèse afin de désigner un continuum d'intensité des symptômes dépressifs.

<sup>2</sup> Dans notre étude, les termes *dépression sous clinique*, *dépression mineure* ou encore *dépression modérée* désignent un même concept, à savoir, un état dépressif qui ne répondent pas aux critères complets d'un épisode dépressif majeur (EDM) (APA, 2000, 2013).

Enfin, le chapitre V présente une discussion générale et une analyse critique des résultats obtenus dans les trois articles exposés dans cette thèse. Y seront discutées les considérations méthodologiques, les implications cliniques des résultats, les limites et les forces de cette recherche doctorale ainsi que les pistes de recherches futures. Les résultats de cette thèse concluent que la DPP semble s'apparenter à la DNP. Les quelques particularités observées dans l'expérience des mères en DPP ne suffisent pas à justifier la création d'un diagnostic distinct pour cette forme de dépression. Le maintien du spécificateur « avec début lors du postpartum » est toutefois suggéré afin d'accroître la prévention de ce phénomène dépressif et de fournir des traitements adéquats qui répondent aux besoins des mères en période postnatale.

**Mots-clés :** dépression postnatale, sévérité, spécificité, symptômes, causes, dépression non postnatale.



# CHAPITRE I

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

### 1.1 Mise en contexte

À l'heure actuelle, dans notre société contemporaine, il est communément admis que l'arrivée d'un enfant constitue une expérience de vie positive, qui fait généralement naître chez les parents un sentiment d'accomplissement. Pourtant, cette idéologie de la maternité heureuse ne semble pas faire l'unanimité. Elle paraît souvent ternie par des difficultés émotionnelles multiples, traditionnellement appelées *désordres affectifs postnataux*, que la littérature scientifique subdivise en trois catégories : le baby blues, la psychose puerpérale et la dépression du postpartum (DPP).

La DPP, communément appelée dépression postnatale<sup>3</sup>, constitue selon plusieurs auteurs, un véritable problème de santé publique (Oates *et al.*, 2004). Elle représenterait la complication postnatale la plus fréquente dans les pays développés (Kendall-Tackett, 2010). À cet égard, elle est le trouble périnatal qui a suscité le plus d'intérêt parmi les chercheurs. Paradoxalement, elle reste encore à ce jour difficile à cerner et à identifier, et pour cause, la communauté scientifique est divisée quant à la manière de définir cette problématique. Constitue-t-elle une dépression apparentée

---

<sup>3</sup> L'acronyme DPP qui sera utilisé tout au long de cette thèse désigne la dépression du postpartum et son synonyme, la dépression postnatale. Lorsque le terme DPP est utilisé, celui-ci renvoie aux critères de la dépression majeure proposés par le *DSM* (APA, 2000, 2013).

aux dépressions qui surviennent à d'autres périodes de la vie des mères, ou désigne-t-elle plutôt, une dépression atypique, différentes des dépressions non postnatales (DNP)?

## 1.2 Contenu de la thèse

Cette thèse est divisée en cinq chapitres. Le chapitre I présente une introduction générale faisant état des connaissances actuelles concernant la dépression en contexte postnatal. Après une énumération des caractéristiques générales de la dépression, l'origine du concept et la définition de la DPP sont présentées, ainsi qu'une vue d'ensemble des données épidémiologiques associées à cette condition. Le premier chapitre dresse ensuite un portrait des écrits permettant de mieux comprendre les deux controverses entourant la définition de la DPP, soit celles qui touchent aux critères de la sévérité de la symptomatologie et de la spécificité des symptômes et des causes de ce phénomène dépressif.

Le chapitre II présente les résultats de notre recherche sous la forme d'un premier article empirique qui s'intitule « *Postpartum depressive symptomatology : Should we consider a continuum of severity?* ». Cet article vise à comprendre si la symptomatologie dépressive postnatale se présente sur un continuum de sévérité ou de façon dichotomique. À notre connaissance, cette étude est la première à avoir comparé l'anxiété, la détresse psychologique et la qualité de vie (QV) des mères en fonction de trois niveaux de sévérité de la symptomatologie dépressive en postpartum. Cet article a été soumis pour publication au *Journal of affective disorders*.

Le chapitre III présente les résultats d'un deuxième article intitulé « *Nature de la symptomatologie dépressive postnatale versus non postnatale : une analyse qualitative* ». Cette étude porte sur la spécificité de la symptomatologie dépressive en contexte postnatal. Grâce à une méthodologie qualitative, elle permet d'explorer, à l'aide des propos recueillis par les mères en dépression, les différences et les similitudes entre les symptômes perçus par les mères souffrant de DPP et de DNP. À notre connaissance, il s'agit de la première étude qualitative visant à comparer la symptomatologie dépressive entre ces deux groupes de mères. Cet article a été soumis pour publication à la *Revue québécoise de psychologie*.

Le chapitre IV présente les principaux résultats d'un troisième article intitulé « *La dépression postnatale, un diagnostic spécifique? Analyse des causes perçues par les mères en dépression postnatale et non postnatale* ». Cet article aborde la question de la spécificité des causes de la DPP. Il s'agit d'une étude qualitative qui expose les différences et les similitudes entre la perception qu'ont les mères en DPP et en DNP des causes de leurs symptômes dépressifs. Elle constitue la première étude de ce genre à avoir été réalisée à l'aide d'une méthodologie qualitative. Ce troisième article a été soumis à la *Revue Devenir* et il a été accepté pour publication.

Le chapitre V présente une discussion générale et une analyse critique des résultats des trois articles de recherche décrits dans cette thèse. Les implications cliniques des résultats y sont discutées dans une perspective de prévention des symptômes dépressifs en contexte postnatal. Les répercussions de ces résultats dans le domaine de la recherche sont également abordées. Ensuite, les limites et les forces de cette thèse sont relevées, et des pistes pour poursuivre la recherche sont proposées.

### 1.3 Le trouble dépressif majeur

Afin de mieux comprendre les débats entourant la définition de la DPP, nous débuterons dans un premier temps par exposer les définitions de l'état dépressif majeur et sous clinique dans la population générale. Par la suite, la définition et les caractéristiques de la DPP seront décrites. En Amérique du Nord, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association, APA)* est considéré comme l'outil privilégié pour établir un diagnostic de trouble mental. Les définitions qui suivent sont donc celles retrouvées dans le *DSM-IV-TR* (APA, 1994, 2000). Bien qu'une cinquième version du *DSM* ait été publiée par l'APA en mai 2013, les critères diagnostiques du *DSM-IV-TR* (APA, 1994, 2000) sont utilisés tout au long de cette thèse, puisque c'est sur la base de ces critères que la présente recherche a été élaborée. Toutefois, lorsque cela s'avère pertinent, les changements ou les précisions apportés par cette nouvelle version du *DSM* sont exposés et discutés.

#### 1.3.1 Les critères diagnostiques

Selon le *DSM-IV-TR* (APA, 1994, 2000), le trouble dépressif majeur (TDM) ou encore, communément dénommé dépression majeure (DM), est une pathologie faisant partie du spectre des troubles de l'humeur. La cinquième version du *DSM* n'apporte aucune modification aux critères diagnostiques de ce trouble, à l'exception de la notion de deuil, de certaines précisions quant aux diagnostics différentiels ou aux antécédents de manie. Les critères diagnostiques du TDM, présentés dans la version française du *DSM-IV-TR* (2000) et du *DSM-5* (2013), se retrouvent à l'appendice A. Le TDM se caractérise par la présence d'un épisode dépressif majeur (EDM), soit cinq symptômes ou plus, incluant une humeur dépressive ou une perte

marquée d'intérêt ou de plaisir (APA, 2000). Pour un diagnostic positif, ces symptômes doivent être présents pratiquement toute la journée, presque tous les jours, pendant au moins deux semaines. Ces critères principaux doivent être accompagnés d'au moins quatre symptômes parmi les suivants : une modification du sommeil (insomnie ou hypersomnie), une modification pondérale (perte ou gain de poids), de la fatigue ou une perte d'énergie, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, une asthénie, des troubles de l'attention ou de la concentration, des pensées de mort, des idées suicidaires récurrentes (avec ou sans plan précis) ou de tentative de suicide. Cette symptomatologie ne doit toutefois pas avoir un lien avec les effets d'une substance ou un deuil. Les symptômes doivent induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

### 1.3.2 Les données épidémiologiques

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression constitue à l'heure actuelle, le plus grand fléau parmi les problèmes de santé mentale étant donné sa fréquence élevée et son caractère invalidant (Durand, 2002). Cette problématique pourrait devenir, d'ici 2020, la deuxième cause d'invalidité dans le monde, après les problèmes cardiovasculaires (Murray et Lopez, 2013). Des études épidémiologiques révèlent que le taux de prévalence à vie de la DM se situe à 13,23 % chez les Américains (Hasin *et al.*, 2005) et à 12,2 % chez les Canadiens (Patten, 2006). Les femmes sont deux fois plus susceptibles de souffrir de cette condition que les hommes (Kessler, 2003). À l'heure actuelle, la dépression constitue le trouble de santé mentale le plus diagnostiqué chez les femmes. Il semble y avoir un pic d'apparition du TDM chez les femmes entre 18 et 43 ans, avec un âge moyen de 30

ans, ce qui correspond à la période où elles sont en âge de procréer (Kessler *et al.*, 2005). L'évolution des symptômes d'un TDM est variable (Richards, 2011). D'ailleurs, 50 % des individus qui présentent un premier EDM se rétablissent sans développer d'autres épisodes dépressifs, 15 % présentent une dépression chronique et 35 %, des épisodes récurrents (Eaton *et al.*, 2008).

### 1.3.3 Le trouble dépressif mineur

La dépression mineure (Dm) ou dite sous-clinique est définie comme un trouble dépressif dont les symptômes sont en nombre insuffisant pour poser un diagnostic de TDM. Ce trouble se retrouve dans l'annexe B du DSM-IV-TR (APA, 2000) sous l'intitulé *critères et axes proposés pour les études supplémentaires*. La caractéristique essentielle de ce trouble est une ou plusieurs périodes de symptômes dépressifs identiques – pour ce qui est de la durée – à ceux des EDM; toutefois, ces symptômes sont moins nombreux (au moins deux mais moins de cinq) que les cinq requis pour un EDM et entraînent une déficience moindre. Les individus qui répondent à ces critères de recherche seraient diagnostiqués dans le *DSM-IV-TR (2000)* comme ayant un TA avec humeur dépressive si leurs symptômes surviennent en réponse à un stress psychosocial; dans les autres cas, le diagnostic approprié est le trouble dépressif non spécifié (APA, 2000, p. 892).

Dans le *DSM-5*, ces critères proposés pour la recherche ont été intégrés à la catégorie « Autre trouble dépressif spécifié ». Cette catégorie est appropriée pour les sujets présentant une humeur dépressive avec altération clinique significative, mais qui ne remplissent pas les critères d'un TDM. Le clinicien donne alors la raison pour laquelle ce trouble ne remplit pas les critères d'un autre trouble dépressif (par exemple, la durée ou le nombre de symptômes) (APA, *DSM-5*, 2013). Pour les

individus qui ne remplissent pas tous les critères d'un EDM en termes de nombre de symptômes, mais dont la durée est la même qu'un EDM, il est possible de poser un diagnostic d'*épisode dépressif avec symptômes insuffisants* (APA, 2013). Les critères de recherche du trouble dépressif mineur (TDM) décrits à l'appendice B du *DSM-IV-TR* (2000) sous l'intitulé « critères et axes proposés pour des études supplémentaires » et des critères de l'épisode dépressif avec symptômes insuffisants (*DSM-5, 2013*) sont repris à l'appendice B de cette thèse.

#### 1.3.4 Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

Selon le *DSM-IV* (1994, 2000), la caractéristique essentielle d'un trouble d'adaptation (TA) est une réponse psychologique à un ou à des facteurs de stress identifiables qui conduit au développement de symptômes cliniquement significatifs dans les registres émotionnels ou comportementaux (APA, 2000). Le sous-type « avec humeur dépressive » doit être utilisé lorsque les manifestations prédominantes sont des symptômes d'une humeur dépressive, soit des pleurs ou des sentiments de désespoir (voir appendice B). Un TDM qui survient en réponse à un facteur de stress psychosocial se distingue d'un TA avec humeur dépressive par le fait que tous les critères de l'EDM ne sont pas remplis dans le TA (APA, 2000, 2013). Le facteur de stress peut être isolé ou il peut y avoir de multiples facteurs de stress. Certains facteurs de stress sont associés à des étapes spécifiques du développement et de la vie (entrée à l'école, départ du milieu familial, mariage, maternité et paternité, etc.) (APA, 2000, 2013). Il convient de mentionner que ce diagnostic a suscité de nombreuses controverses tant au plan clinique que de la recherche (Langlois, 2011).

## 1.4 La dépression du postpartum

### 1.4.1 L'origine du concept de DPP

Les manifestations émotionnelles apparentées aux troubles psychiatriques qui affectent les mères après l'accouchement sont recensées depuis Hippocrate (500 ans avant J.-C.). Toutefois, ce n'est qu'au XIX<sup>e</sup> siècle que les premiers manuscrits qui jettent les bases de la psychiatrie périnatale sont publiés. C'est Esquirol, en 1838, qui signale en premier lieu des manifestations s'apparentant à des troubles de l'humeur qualifiés de modérés, chez certaines femmes qui viennent de donner naissance à un enfant. Il distingue ce trouble du « délire du postpartum », phénomène plus sévère qui nécessite généralement une hospitalisation. Par la suite, Marcé, dans son ouvrage intitulé *«Le traité de la folie des femmes, des nouvelles accouchées et des nourrices»*, publié en 1858, met également l'accent sur le caractère particulier du moral de certaines nouvelles mères, plus affectées par des événements mineurs qui, selon lui, n'ont pas nécessairement de lien direct avec la naissance de l'enfant. Il distingue deux types de troubles de l'humeur : ceux qui surviennent dans les huit ou dix jours après l'accouchement et ceux qui surviennent plus tardivement, entre la cinquième et la sixième semaine du postpartum. Ces descriptions pourraient bien être les premières définitions du baby blues et de la DPP (Meunier, 2012).

Il faut néanmoins attendre les années 1950 pour que le concept de DPP voie le jour dans le milieu scientifique américain (Brockington, 2004). À cette époque, le caractère particulier de ce phénomène dépressif est déjà mis à l'avant-plan. Pitt (1968) fut le premier à définir ce phénomène comme une forme atypique de dépression. Publié dans le *British Journal of Psychiatry*, son article fait office de référence dans le domaine des études consacrées à la DPP. En 1987, la volonté de

Cox d'élaborer un questionnaire propre à la détection de la DPP (*Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS*) témoigne de ce souhait implicite de souligner la particularité de cette condition. Par la suite, en 1994, la spécification « avec début lors du postpartum » applicable à l'EDM, est introduite dans la nomenclature du *DSM-IV* (APA, 1994). L'APA ne reconnaît pas de diagnostic distinct pour la DPP, mais elle marque le caractère différent de cette forme de dépression par le moment d'apparition des symptômes. Malgré cette reconnaissance nosologique, la distinction entre la DPP et les autres formes de dépression ne semble pas si claire. Il se dégage des écrits une confusion quant à la manière de définir ce phénomène dépressif. Les définitions proposées dans les écrits ne sont pas homogènes et portent à controverse (Ugarriza, 2002). Des Rivières-Pigeon *et al.*, (2012), soulignent que ces désaccords ne sont pas toujours explicites : ce sont souvent les variations dans la manière de mesurer ou encore certains critères utilisés pour définir ce phénomène qui mènent au constat que ce diagnostic ne fait pas l'unanimité. Néanmoins, malgré cette ambiguïté, la majorité des auteurs s'entendent sur un cadre pour délimiter cette problématique. Ainsi, la plupart du temps, la DPP est définie négativement par rapport à deux autres manifestations thymiques qui peuvent survenir durant la période postnatale, soit le blues du postpartum et la psychose puerpérale (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2002). En voici une brève description.

#### 1.4.2 Les troubles périnataux

Le *blues du postpartum*, également appelé baby blues ou syndrome du troisième jour, constitue un trouble léger et transitoire se manifestant dans les premiers jours après l'accouchement. Bien qu'il s'agisse d'une manifestation thymique, le baby blues ne constitue pas un trouble psychiatrique (Dayan, 2008). Il est souvent considéré comme une réaction normale à l'expérience de la naissance en raison de sa fréquence élevée,

de sa bénignité et de sa brièveté (Kumar, 1994). De 26 à 85 % des accouchées en sont affectées et il peut durer jusqu'à deux semaines après l'accouchement (Lemp ri re, Rouillon et Lépine 1984; Martinez *et al.*, 2000; O'Hara, Schlechte, Lewis et Wright, 1991). Il est caractérisé par des pleurs inopinés, de la tristesse, de l'insomnie, de l'irritabilité, de l'anxiété, une labilité de l'humeur et un sentiment de vulnérabilité (Martinez *et al.*, 2000). Les troubles de l'humeur antérieurs, en particulier les troubles anxio-dépressifs qui surviennent au cours de la grossesse, s'avèrent les facteurs de risque les plus importants du baby blues (Kennerley et Gath, 1989; O'Hara, Schlechte, Lewis *et al.*, 1991). Dans 10 à 20 % des cas, le baby blues persiste plus de 10 jours et ses formes prolongées sont parfois le point de départ d'une DPP (O'Hara *et al.*, 1991; Lemp ri re *et al.*, 1984;).

La *psychose puerpérale* constitue le trouble psychiatrique le plus sévère et le plus rare parmi les troubles affectifs postnataux. Elle nécessite généralement une hospitalisation de la mère. Le *DSM-IV-TR* (2000) ne lui reconnaît pas de diagnostic spécifique, mais il l'inclut parmi les troubles psychotiques brefs et précise « avec début lors du postpartum » si les symptômes surviennent dans les quatre semaines qui suivent la naissance (APA, 2000). Sa prévalence est de 1 ou 2 cas pour 1000 accouchements (Kendell, Chalmers et Platz, 1987). La présentation clinique des psychoses puerpérales s'apparente aux phases maniaques du trouble bipolaire qui survient en dehors de l'accouchement (Dean et Kendell, 1981). Elle se caractérise généralement par un début brutal, de 48 à 72 heures après la naissance. Les premiers symptômes sont un trouble du sommeil, de l'irritabilité, de l'excitation. Ensuite, le trouble évolue avec une humeur dépressive, exaltée ou mixte, un comportement désorganisé, incompréhensible, un délire et des hallucinations (Brockington *et al.*, 1981). Fréquemment, l'activité délirante est centrée sur l'enfant et sa naissance : négation de la maternité, sentiment de non-appartenance ou de non-existence de

l'enfant, ou encore conviction qu'il est mort, qu'il a été substitué ou enlevée par des proches (Tabbane *et al.*, 1999). Les infanticides restent exceptionnels.

#### 1.4.3 Les critères diagnostiques de la DPP

Grâce à l'intérêt des chercheurs pour cette problématique, la DPP a fait son entrée dans le *DSM* en 1994, aux côtés des autres troubles de l'humeur. Pour poser un tel diagnostic, il suffit de retenir les symptômes d'un EDM avec la spécificité que ceux-ci surviennent au cours des quatre premières semaines du postpartum. La spécification « avec début lors du postpartum » est applicable à l'EDM isolé ou récurrent, maniaque ou mixte d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble bipolaire I ou II ou du trouble psychotique bref (APA, 1994). Le spécificateur n'est donc pas réservé exclusivement au TDM.

En comparaison au *DSM-IV-TR* (2000), la cinquième édition du *DSM* parue en mai 2013 introduit quelques changements concernant le diagnostic de la DPP. Elle est toujours définie comme un TDM. Toutefois, le critère relatif au moment d'apparition des symptômes a été modifié. On parle désormais de *dépression périnatale* et le spécificateur « avec début lors du peripartum » peut être apposé à l'EDM isolé ou récurrent, maniaque ou mixte d'un EDM, d'un trouble bipolaire I ou II ou du trouble psychotique bref si les symptômes surviennent au cours de la grossesse ou, au plus tard, quatre semaines après l'accouchement (APA, 2013).

#### 1.4.3.1 Le critère de sévérité

Les nosographies contemporaines déterminent un seuil pour valider le diagnostic fondé par la présence d'un nombre minimal de critères. La sémiologie reste la clé du diagnostic (Dayan et Baleyte, 2003). Le *DSM* (2000, 2013) prévoit des critères de sévérité pour délimiter la DPP<sup>4</sup>. En somme, seules les femmes qui rencontrent le nombre de symptômes requis d'un EDM peuvent recevoir le diagnostic de DPP. Bien qu'il soit possible d'émettre un diagnostic pour les épisodes dépressifs qui ne remplissent pas les critères complets d'un EDM, soit sous la catégorie « troubles non spécifiés » (*DSM-IV-TR*, 2000) ou « autres troubles spécifiés » (*DSM-5*, 2013), l'indice « avec début lors du postpartum » n'est pas applicable à ces états dépressifs sous-cliniques en période postnatale. L'APA adopte donc une vision dichotomique de la symptomatologie de la DPP (présence/absence de symptômes dépressifs).

#### 1.4.3.2 Le critère de spécificité

À l'heure actuelle, la DPP ne fait pas l'objet d'un diagnostic spécifique dans le *DSM-IV-TR* (APA, 2000) ni dans le *DSM-5* (APA, 2013). Non considérée comme une entité diagnostique distincte, la DPP se greffe plutôt au diagnostic d'un EDM. Les critères diagnostiques de la DPP sont donc les mêmes que ceux d'une dépression apparaissant dans un autre contexte de vie. En somme, selon le *DSM*, elle ne diffère pas qualitativement de la dépression non postnatale (DNP). Le lien existant entre ce désordre de l'humeur et la naissance est uniquement justifié par le fait que ce trouble

---

<sup>4</sup> Étant donné le manque d'homogénéité dans les définitions que propose la littérature, le terme DPP utilisé tout au long de cette thèse désigne les états dépressifs répondant aux critères complets d'un EDM, tel que le propose les auteurs du *DSM*. Le terme dépression mineure ou sous-clinique, désigne les états dépressifs postnataux ne répondant pas aux critères complets d'un EDM.

débute durant la période postnatale. L'EDM survient après un évènement critique qui peut être soit le stress de la grossesse, celui de la naissance ou de l'adaptation au postpartum (Whiffen et Gotlib, 1993).

#### 1.4.4 La prévalence de la DPP

Une méta-analyse regroupant 59 études a suggéré un taux moyen de prévalence de 13 % (O'Hara, Michael, et Swain, 1996). Néanmoins, les études épidémiologiques et longitudinales révèlent des estimations du taux de prévalence plus variable. En Amérique du Nord, les études rapportent des taux s'échelonnant de 3,7 à 37,3 %, jusqu'à un an après l'accouchement (Campbell et Cohn, 1991; Cutrona, 1983; Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, et Cameron, 1995; Horowitz, 2006; Kumar et Robson, 1984; Matthey, Barnett, Ungerer, et Waters, 2000; O'Hara, Neunaber, et Zekoski, 1984; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, et Gorman, 1998; Yonkers *et al.*, 2001). Les études menées auprès des populations québécoises révèlent des prévalences variant de 6 à 25 % (Bernazzani, Saucier, David, et Brogeat, 1997; Berthiaume, Laporta, et Laroche, 1996; Dennis, Janssen, et Singer, 2004; des Rivières-Pigeon *et al.*, 2000; Mechakra-Tahiri, Zunzunegui, et Seguin, 2007). Cette variation importante des taux de prévalence peut s'expliquer par différents facteurs: la taille de l'échantillon, les caractéristiques de la population étudiée, le moment de l'évaluation, la longueur de la période évaluée, les instruments de mesure (questionnaire papier-crayon versus entrevue clinique), la nature des études (rétrospectives ou prospectives) et selon les critères retenus pour définir ce trouble (soit les critères d'une dépression majeure ou d'une dépression majeure et mineure). Le taux de prévalence de la dépression dans la population générale chez les femmes ne semble pas différer grandement de celui de la dépression survenant en période postnatale (Cox, Murray, et Chapman, 1993; O'Hara, Zekoski, Philipps, et Wright,

1990). Bien que certaines études observent que la période postnatale semble constituer une période de plus grand risque pour l'apparition d'une DPP (Vesga-López *et al.*, 2008), d'autres démontrent qu'il n'y aurait pas plus de cas de dépression en période postnatale que cinq ans après l'accouchement (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2003; Najman *et al.*, 2000).

#### 1.4.5 Les conséquences de la DPP

Il est important de dépister la DPP dès que possible en raison de ses conséquences négatives sur la mère, l'enfant, et le couple. Le risque de récurrence est élevé et il est estimé de 30% à 50% lors d'une grossesse ultérieure (Dayan 2008). Les symptômes dépressifs et l'humeur dépressive en postpartum affectent la qualité de vie et le fonctionnement des mères et de leur enfant (Josefsson, Angelsioo, Berg, 2002). Certaines recherches ont démontré que les mères déprimées en postpartum présentent un fonctionnement physique et social plus affecté que les mères sans symptômes de dépression (Wells, Stewart et Hays, 1989). De plus, les conséquences négatives de la symptomatologie dépressive postnatale sur l'interaction de la mère avec son enfant et sur son développement cognitif ont été largement documentées (Cogill, Caplan, Alexandra, Robson et Kumar, 1986; Field, Healy, Goldstein *et al.* 1988; Beeghly, Olson, Weinberg, Pierre, Downey et Tronick, 2003), tout comme le type d'attachement « insécure » du nourrisson et un taux élevé de problèmes de comportement de l'enfant (Beeghly *et al.*, 2003; Cogill *et al.*, 1986). De nombreuses études ont également bien documenté le fait que la DPP pouvait mettre en péril la relation conjugale. (Tissot, Frascarolo, Despland, Favrez, 2011).

## 1.5 Controverse entourant la définition de la DPP

La prédominance du *DSM* en fait une référence incontournable de la psychiatrie moderne (Dayan, 2003). Cependant, la définition de la DPP retrouvée dans le *DSM* ne semble pas faire l'unanimité au sein de la communauté scientifique. Les désaccords entre les chercheurs se situent sur plusieurs plans, soit la sévérité des symptômes de la DPP, leur nature et les causes qui sont susceptibles de déclencher cette condition. En somme, ce qui fait encore l'objet de débat, c'est la légitimité de créer une catégorie diagnostique distincte, dans les systèmes de classification tel que le *DSM* (APA, 2000, 2013), qui différencierait la DPP de la dépression qui survient à d'autres périodes de la vie (Cunningham *et al.*, 2013). Les partisans d'une continuité de la DPP avec les autres dépressions qui surviennent en dehors du postpartum (Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour, 2003; Cunningham *et al.*, 2013; Purdy et Frank, 1993; Whiffen, 1992), s'opposent à ceux qui défendent sa spécificité (Dalton et Horton, 1996; Dalton, 1989; Eberhard-Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrondal, et Eskild, 2003; Pitt, 1968; Whiffen et Gotlib, 1993).

Bien que les résultats des recherches suggèrent à ce jour, que l'utilisation d'un diagnostic spécifique pour la DPP n'est pas justifiée (Cooper *et al.*, 2007; Jones *et al.*, 2010; Purdy et Frank, 1993; Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour, 2003; Riecher-Rössler et Rohde, 2005; Whiffen, 1991, 1992; Cunningham *et al.*, 2013), l'adaptation d'instruments de mesure spécifiques à la symptomatologie dépressive postnatale, laisse sous-entendre que ce phénomène dépressif pourrait se distinguer des états dépressifs non postnataux. Ce manque de cohérence contribue à maintenir une confusion dans la recherche et dans la pratique clinique (Jones et Cantwell, 2010). Afin de mieux comprendre ce qui sous-tend cette controverse, les études qui portent sur la sévérité et la spécificité, des symptômes et des causes de la DPP sont présentés dans la suite de ce chapitre.

### 1.5.1 Le débat sur la sévérité de la DPP : dichotomie ou continuum de sévérité?

Une première source de désaccord entre les chercheurs est le caractère dichotomique ou continu de la sévérité de la symptomatologie dépressive en postpartum. Deux opinions s'opposent. D'un côté, le point de vue biomédical, incarné par le *DSM*, considère que la DPP s'exprime généralement de manière sévère (Born et Steiner, 1999; Born, Zinga, et Steiner, 2004). En effet, selon l'APA, seules les mères qui remplissent tous les critères d'un EDM peuvent recevoir le diagnostic d'un TDM auquel peut être ajouté l'indice « avec début lors du postpartum ». Avec le *DSM*, la DPP est donc conceptualisée comme un trouble dichotomique. Il ne reconnaît pas de variabilité dans la sévérité des symptômes dépressifs en postpartum. Pour d'autres chercheurs, il s'agirait plutôt d'un syndrome modéré, voire plus discret. Ils reconnaissent que certaines femmes peuvent être déprimées en période postnatale sans répondre aux critères complets d'un EDM et souffrir de symptômes d'une intensité plus modérée ou dits sous-cliniques (Dayan, 2003; Ferreri, 2003; Guedeney, Fermanian, Guelfi, et Kumar, 2000; Lagerberg, Magnusson, et Sundelin, 2011; Magnusson, Lagerberg, et Sundelin, 2011; Mauthner, 2002; Ugarriza, 2002). Ces auteurs, appréhendent la DPP à l'intérieur d'un spectre de sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale, qui s'exprime le long d'un continuum de sévérité et qui implique une reconnaissance des manifestations dépressives mineures en postpartum.

Pour plusieurs auteurs, le danger avec la définition telle qu'elle est proposée actuellement par le *DSM*, est de ne pas dépister ni diagnostiquer certaines femmes à risque et de négliger leur prise en charge thérapeutique, privilégiant ainsi celles qui expriment des symptômes sévères (Dayan, 2003; Godfroid, 1997; Ugarriza, 2002). Selon eux, cet outil diagnostique est inadéquat pour détecter les mères en postpartum qui ne répondent pas aux critères complets d'un EDM. Cette population peut être

sous-diagnostiquée en raison des critères de sévérité auxquels certaines mères ne répondent pas (Godfroid, 1997). Ils rejettent cette vision du tout ou rien prônée par le *DSM* (APA, 2000, 2013), qui exclut la variabilité dans la sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale et néglige, par le fait même, les mères souffrant de symptômes mineurs en postpartum. Les tenants de ce point de vue soutiennent que ces manifestations sous-cliniques sont pourtant les plus représentatives de la DPP. Les caractéristiques sémiologiques de la DPP, dans sa forme la plus fréquente, ne satisferaient pas à la totalité des critères demandés pour établir un diagnostic de TDM, même légère, tant par le nombre de symptômes requis que par le degré de handicap (Ferreri, 2003). Près des deux tiers des DPP seraient des dépressions mineures (Dayan, 2008; Gaynes *et al.*, 2005).

D'un point de vue conceptuel, un certain flou persiste dans le *DSM* pour situer les dépressions postnatales sous-cliniques (Dayan, 2003). En dehors de la période du postpartum, on reconnaît que les états dépressifs peuvent être majeurs ou mineurs. Bien que certains auteurs aient considéré la dépression mineure dans la définition de la DPP à des fins de recherche, la mention « avec début lors du postpartum » n'est pas applicable à cette forme de dépression dans un contexte clinique. Certains auteurs remettent donc en question la pertinence d'une transposition des critères de la DM à la DPP, car ceux-ci seraient inadéquats vu leur sévérité et leur caractère dichotomique (Dayan, 2003; Godfroid, 1997). Ils dénoncent cette limite sémiologique proposée par le *DSM* qui conduit, selon eux, à ignorer une partie des DPP. En somme, ils soutiennent que la DPP telle qu'elle est définie par le *DSM* (APA, 2000, 2013), ne constituerait qu'une partie d'entre elles. Certains auteurs recommandent à cet égard d'apporter un changement aux critères de sévérité proposés par le *DSM*, qu'ils suggèrent indispensables aux critères diagnostiques de la DPP (Brockington, 1996; Dayan, 2003). Serait-il pertinent de permettre cette expansion diagnostique et d'ajouter le spécificateur « avec début lors du postpartum » aux manifestations

dépressives sous-cliniques en période postnatale ? Nous pouvons nous interroger sur la légitimité d'une telle suggestion. Quelles sont les données empiriques qui permettent d'appuyer une telle proposition ?

#### 1.5.1.1 La symptomatologie dépressive sous-clinique dans la population générale

Dans la population générale, la dépression mineure ou sous-clinique a reçu une attention considérable ces dernières années (Goldney *et al.*, 2004). L'OMS indique que les troubles subsyndromiques sont responsables d'un niveau élevé d'incapacité socioprofessionnelle et sociofamiliale (Goudemand, 2010). La prévalence à vie de la dépression sous-clinique varie de 11,8 à 23,4 %, selon la définition de la dépression sous-clinique (Broadhead *et al.*, 1990; Judd *et al.*, 1994; Weinberg *et al.*, 2001).

Depuis quelque temps, les chercheurs s'intéressent aux individus dans la population générale présentant des symptômes dépressifs, mais qui ne remplissent pas tous les critères d'un TDM en nombre de symptôme. Ils cherchent à savoir si ces individus sont tout aussi affectés lorsqu'on les compare aux sujets qui présentent une DM. L'analyse des données empiriques met en évidence que les symptômes sous-cliniques dans la population générale sont associés à un dysfonctionnement psychosocial important (Judd *et al.*, 1996; Wagner *et al.*, 2000; da Silva Lima *et al.*, 2007). Les études indiquent que les individus souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques présentent un dysfonctionnement psychosocial tout aussi affecté que ceux souffrant de DM. La différence entre ces deux groupes d'individus réside dans le nombre de symptômes psychiatriques et leur sévérité. La dépression mineure a aussi des effets considérables sur la qualité de vie (QV) (Rapaport et Judd, 1998; da Silva Lima *et al.*, 2007). Aux États-Unis, des travaux menés par le National Institute of Mental Health

(NIMH) indiquent que les patients atteints de dépression modérée ou sévère consultent leur médecin beaucoup plus que les sujets non déprimés et ont davantage recours à des examens complémentaires, ce qui augmente considérablement les dépenses de santé inhérentes à la pathologie dépressive (Judd *et al.*, 1996). Les personnes souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques sont de plus grands utilisateurs des services de santé que les personnes sans symptômes dépressifs (Broadhead *et al.*, 1990; Cuijpers *et al.*, 2004; Goldney *et al.*, 2004). Elles imposent un lourd fardeau socioéconomique à la société (Broadhead *et al.*, 1990; Judd *et al.*, 2000; Wells *et al.*, 1989) et nécessitent des traitements appropriés (da Silva Lima et de Almeida Fleck, 2007). Il est de plus en plus accepté parmi les chercheurs et les cliniciens que la dépression sous-clinique et la DM dans la population générale ne constituent pas des syndromes distincts, mais représentent plutôt des points différents sur un continuum de sévérité (Angst *et al.*, 2000; Cuijpers *et al.*, 2004; Rapaport et Judd, 1998; Rapaport *et al.*, 2002), Mais qu'en est-il pour la population postnatale?

#### 1.5.1.2 La symptomatologie dépressive sous-clinique en postpartum

Malgré un nombre non négligeable de recherches qui ont porté sur les symptômes dépressifs sous-cliniques dans la population générale, peu d'études ont cherché à comprendre l'impact de ces symptômes sur le fonctionnement des mères en contexte postnatal (Campbell et Cohen, 1997; Campbell *et al.*, 1995; Davey *et al.*, 2011; Magnusson *et al.*, 2011; Mayes et Leck, 2007; Weinberg *et al.*, 2001). Par conséquent, il est difficile à ce jour de vérifier si cette population postnatale présente le même niveau de dysfonctionnement psychosocial que les mères répondant aux critères complets d'un TDM.

À notre connaissance, seules deux études se sont attardées à comparer le fonctionnement des femmes en DPP qui répondent aux critères complets d'un TDM à celles qui sont dans un état sous-clinique (Magnusson *et al.*, 2011; Weinberg *et al.*, 2001). L'étude prospective menée par Weinberg *et al.*, (2001) auprès de 124 femmes affichant différents degrés d'intensité de symptomatologie dépressive suggère que les femmes avec une dépression sous-clinique postnatale éprouvent plus d'affects négatifs, plus d'anxiété et une plus faible estime de soi maternelle que les mères sans symptôme de dépression. Par contre, elles éprouvent des affects négatifs, de l'anxiété et une pauvre estime d'elle-même de façon similaire aux femmes identifiées avec un TDM. Elles présentent des profils comparables, à l'exception du nombre de symptômes psychiatriques et dépressifs identifiés sur le *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* (Derogatis *et al.*, 1976). Cette étude conclut que les DM et la dépression sous-clinique en postpartum entraînent d'importants problèmes de santé au plan individuel et qu'ils sont associés à un dysfonctionnement psychosocial (Weinberg *et al.*, 2001).

Une étude menée par Magnusson *et al.*, (2011), s'intéresse au sort des femmes qui n'obtiennent pas un score de 12 à l'*EPDS* (ce score indiquant la présence probable d'une DM), mais qui présentent néanmoins des symptômes dépressifs. Cette étude démontre que les mères identifiées avec des symptômes sous-cliniques présentent un niveau de stress parental plus élevé que les mères sans symptôme de dépression, mais moins élevé que celles identifiées en DM. Les résultats de cette étude suggèrent que le score de 12 recommandé à l'*EPDS* pourrait être limité pour identifier toutes les femmes vulnérables en postpartum, freinant également leur prise en charge. Lagerberg *et al.*, (2011) abonde dans ce sens et avance que les difficultés des mères en période postnatale pourraient déjà être effectives à partir d'un point de coupure de 6 à l'*EPDS*.

Les résultats de ces recherches appuient le caractère continu de la symptomatologie dépressive en postpartum. En général, ces études concluent que les symptômes sous-cliniques en postpartum sont importants et représentent donc avec ceux de la DM, des points différents sur un continuum de sévérité (Davey *et al.*, 2011; Magnusson *et al.*, 2011; Weinberg *et al.*, 2001). Bien que ces résultats soient cohérents avec ceux retrouvés dans les recherches menées auprès de la population générale, le peu d'études sur la symptomatologie mineure en postpartum, nous empêchent d'adhérer pleinement à l'hypothèse d'une continuité des symptômes dépressifs en postpartum.

#### 1.5.1.3 Sévérité des symptômes dépressifs et qualité de vie

Il paraît important de mieux comprendre les états dépressifs sous-cliniques étant donné leur fréquence dans la population générale, leur impact sur la santé, mais également leurs effets sur la QV. L'OMS (1993), dans une perspective de santé publique, définit la QV comme :

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement (OMS, 1993).

Dupuis *et al.* (1989) définissent celle-ci de la manière suivante :

La QV à un moment donné est un état qui correspond au niveau atteint par une personne dans la poursuite de buts organisés hiérarchiquement par elle.

À l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus clairement établi concernant la définition de la QV, qui reflète souvent différents niveaux de préoccupations. Elle ne recouvre pas non plus les mêmes champs selon les auteurs. En effet, elle peut englober aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes et les styles de vie, ou encore les index de santé. L'usage des termes et expressions pour désigner la QV est également très diversifié. Certains parlent de la QV, d'autres du statut de santé, du bonheur, de la satisfaction ou encore du bien-être (Meeberg, 1993). Par ailleurs, la majorité des recherches qui utilise une mesure de QV, opte souvent pour une mesure de QV reliée à la santé. Nous verrons plus loin les limites d'une telle approche comparativement à une approche basée sur l'atteinte des objectifs de vie.

La QV a été étudiée dans de nombreux domaines de soins de santé. Les études qui ont porté sur l'impact des symptômes dépressifs sur la QV révèlent que la dépression entraîne une altération importante de celle-ci. La QV est plus atteinte chez les sujets dépressifs que chez les personnes souffrant d'hypertension ou de diabète (Wells *et al.*, 1989). Les données indiquent au surplus que les symptômes dépressifs sous-cliniques sont associées à une altération significative de la QV (Cuijpers *et al.*, 2004; da Silva Lima et de Almeida Fleck, 2007; Goldney *et al.*, 2004; Wells *et al.*, 1992). Les individus qui souffrent de symptômes dépressifs sous-cliniques présentent une altération de leur QV, comparable à celle des individus souffrant de DM (Cuijpers, 2004; Cuijpers *et al.*, 2004; da Silva Lima et de Almeida Fleck, 2007). Cette atteinte de la QV est cependant moins importante que chez les individus souffrant de symptômes plus sévères de dépression (Bonicatto *et al.*, 2001; da Silva Lima et de Almeida Fleck, 2007). Les personnes présentant une symptomatologie dépressive modérée ont également une QV reliée à la santé plus détériorée que les personnes non déprimées. Ces différences entre les degrés « sévère », « modéré » et l'absence de symptôme dépressif laissent entendre que la sévérité des symptômes de la dépression se présente sur un continuum (da Silva Lima et de Almeida Fleck, 2007).

Ce n'est que depuis ces 15 dernières années qu'un certain nombre de chercheurs se sont attardés à l'étude de la QV dans le domaine des soins maternels. Bien qu'un certain nombre de recherches aient été menées auprès de la population générale afin de documenter les effets dévastateurs de la DM et de la dépression sous-clinique sur la QV, l'examen de la littérature indique que peu de chercheurs se sont intéressés à l'étude de la QV des mères en période postnatale. Seuls quelques chercheurs ont tenté d'évaluer l'association entre les symptômes de la DPP et le niveau de diminution de l'état de santé physique et mentale des femmes déprimées (Boyce *et al.*, 2000; Da Costa *et al.*, 2006). Les résultats de ces études ont démontré que la sévérité de l'humeur dépressive était un déterminant du faible état de santé mental et d'un affaiblissement significatif de la QV des femmes déprimées durant la période postnatale. Elles concluent que la DPP affecte le fonctionnement des femmes et diminue leur bien-être. À notre connaissance, aucune recherche n'a été réalisée dans le but de comparer la QV des mères souffrant spécifiquement de DM à celle des mères souffrant de symptômes sous-clinique en contexte postnatal. Nous savons relativement peu de choses sur la QV des femmes souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques au courant de cette période. De telles données pourraient contribuer à mieux comprendre les états dépressifs sous-cliniques postnataux et à enrichir le débat théorique entourant la sévérité de cette condition.

### 1.5.2 Le débat sur la spécificité des symptômes et des causes de la DPP

Au cœur du débat entourant la pertinence de distinguer la DPP de la DNP, un second désaccord semble diviser les chercheurs. Parallèlement à la controverse entourant la question de la sévérité de la DPP, l'analyse des écrits révèle une absence de consensus concernant la spécificité des symptômes et des causes du phénomène dépressif en postpartum. Bien que de nombreux chercheurs reconnaissent une

similarité entre la DPP et DNP, certains d'entre eux soutiennent que la DPP est qualitativement différente de la DNP, car elle présente entre autre un portrait clinique distinct et une étiologie spécifique à la naissance, qui ne serait pas présente dans le développement de la DNP (Weinberg *et al.*, 2001). Pour mieux comprendre cette controverse, il convient d'examiner, grâce à la recension des écrits, les symptômes qui caractérisent la DPP et les causes de leur apparition.

#### 1.5.2.1 Symptomatologie de la DPP

La question des symptômes de la DPP divise les experts et rares sont les caractéristiques de ce problème de santé qui font consensus (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Une question demeure : les symptômes de la DPP diffèrent-ils de ceux de la dépression qui survient à d'autres périodes de la vie? La réponse à cette question varie selon les auteurs (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Un grand nombre de chercheurs soutiennent une similarité entre les symptômes de la DPP et ceux de la DNP (Cooper *et al.*, 1988; Whiffen, 1992; Wisner *et al.*, 1994; Evans *et al.*, 2001; Cooper *et al.*, 2007). À l'inverse, les tenants de la thèse de la spécificité des symptômes dépressifs en postpartum soutiennent que la présentation clinique de ce phénomène dépressif est unique et qu'elle diffère de la dépression classique qui survient en dehors de la période postnatale. (Born et Steiner, 1999; Dalton, 1996; Pitt, 1968; Eberhard-Gran *et al.*, 2003; Bernstein *et al.*, 2008; Whiffen et Gotlib, 1993; Nieland *et al.*, 1997; Wisner *et al.*, 1999). De ces écrits ressortent deux constats majeurs. Premièrement, la symptomatologie dépressive en postpartum ne serait pas particulièrement empreinte de tristesse ou d'humeur dépressive, mais elle serait davantage teintée par des symptômes que certains auteurs qualifient de

«névrotiques»<sup>5</sup>, telles que l'anxiété, l'irritabilité et la culpabilité qui constitueraient les symptômes les plus prédominants de cette condition (Beck, 2002; Beck et Indman, 2005; Born et Steiner, 1999; Dalton, 1996, 1989; Pitt, 1968). Deuxièmement, la DPP serait également caractérisée par la présence de symptômes qui se manifestent de façon opposée à ce que l'on retrouve habituellement dans la dépression classique. Elle présenterait moins d'idéations suicidaires, de désespoir, de ralentissement moteur et de réveil précoce. En plus des symptômes classiques de dépression (fatigue, pleurs, perte d'intérêt, difficultés d'endormissement, perte de concentration et de mémoire, agitation), des symptômes propres au contexte postnatal, tels que des idées obsédantes de nuire au bébé, et le sentiment d'être submergée ou de se sentir inadéquate concernant les soins maternels seraient également prédominants dans l'expérience de la DPP (Jolley et Betrus, 2007). Bien qu'il s'agisse d'un trouble de l'humeur, les patientes ne l'exprimeraient pas comme telles (Dayan, 2003). L'humeur dépressive conditionnelle au diagnostic de DPP ne constituerait pas nécessairement le premier ou le plus important symptôme de la DPP (Beck et Indman, 2005). Il est à noter que cette vision distincte des symptômes de la DPP est à peu près absente des études épidémiologiques qui mesurent ce phénomène d'après les symptômes de l'EDM (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Les études de cette nature recueillent leurs données à l'aide d'instruments de mesure standardisés.

Par ailleurs, les travaux de recherche utilisant une méthodologie qualitative confirment la présence de caractéristiques sémiologiques particulières de la DPP (Beck, 2002; Knudson-Martin et Silverstein, 2009; Robertson, Curtis, Lasher, Jacques et Tom, 2013). À l'exception des pensées suicidaires dont la présence semble

---

<sup>5</sup> Le terme névrotique est un concept davantage utilisé par des auteurs issu du courant psychanalytique. Il est utilisé dans cette recherche pour désigner l'ensemble des manifestations suivantes : anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, culpabilité.

controversée au sein de ce type d'études, celles-ci illustrent la variabilité des symptômes dans l'expérience de la DPP. La DPP est ainsi généralement comparée à un caméléon, les unes pouvant éprouver plus spécifiquement des sentiments d'anxiété, de culpabilité et de peur, les autres pouvant ressentir davantage de pensées obsessives, de la colère et de la solitude. Les études qualitatives contextualisent les symptômes dépressifs en postpartum et permettent d'illustrer les particularités de ce phénomène dépressif. Par exemple, la fatigue que peuvent éprouver les mères est attribuée aux soins apportés au bébé, donc au manque de sommeil, plutôt qu'à l'insomnie (Ugarriza, 2002). La DPP se manifesterait différemment selon les individus et le contexte socioculturel.

Dans le but de mieux comprendre la nature des symptômes dépressifs en contexte postnatal, certains chercheurs ont tenté de comparer les symptômes dépressifs d'un échantillon de mères en DPP à ceux des mères identifiées avec une DNP. Paradoxalement, les chercheurs ont été peu nombreux à mener ce type de travaux (Augusto *et al.*, 1996; Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007; Hendrick *et al.*, 2000; O'Hara, Michael *et al.*, 1990; Whiffen et Gotlib, 1993). Les quelques données empiriques relevées dans la littérature font état de résultats contradictoires. Même si certaines études relèvent des différences, celles-ci ne sont pas toujours répliquées dans d'autres études (Cunningham *et al.*, 2013). Toutefois, plusieurs constats peuvent être retirés de ces travaux. Premièrement, ils confirment la présence de caractéristiques opposées à ce qui est habituellement retrouvé dans la dépression classique. En effet, ils indiquent que la DPP serait moins marquée par un ralentissement moteur, par des idées suicidaires et par la tristesse (Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007; Eberhard-Gran *et al.*, 2003). Ces travaux confirment aussi la présence d'une irritabilité importante chez les mères en DPP; toutefois, ils indiquent que cette irritabilité tient tout autant le haut du pavé chez les mères en DNP. Bien que chez les mères en DPP, la présence marquée d'idées obsédantes à

l'égard du bébé soit confirmée par ce type d'étude (Wisner *et al.*, 1999), les résultats relatifs à la présence d'anxiété restent controversés. Certaines études font ressortir une fréquence d'anxiété plus élevée en DPP (Hendrick *et al.*, 2000), alors que d'autres, ont rapporté un niveau d'anxiété plus bas (Augusto *et al.*, 1996; Bernstein *et al.*, 2008; Whiffen et Gotlib, 1993). L'idée que la DPP serait davantage marquée par des affects négatifs tels que l'anxiété ou l'irritabilité plutôt que par une humeur dépressive reste à clarifier. Les résultats des études sont contradictoires à ce sujet. Les résultats des études comparatives révèlent aussi la présence importante de symptômes classiques de dépression, telle que la fatigue (perte d'énergie), qui semblent communs aux deux groupes (Bernstein *et al.*, 2008). Les difficultés de concentration et de prise de décision semblent également plus marquées chez les mères en DPP, mais ces dernières présentent moins de mésestime de soi et de perte d'intérêt par rapport aux mères en DNP (Bernstein *et al.*, 2008; Eberhard-Gran *et al.*, 2003; Nieland et Roger, 1997). Quant aux résultats relatifs à l'humeur dépressive, à l'insomnie, à la perte de poids, aux réveils précoces, aux plaintes somatiques et à l'agitation, ceux-ci demeurent incohérents au sein de ces recherches.

Même si certains chercheurs reconnaissent une forme particulière à la sémiologie de la DPP, ceux-ci ne partagent pas pour autant la vision selon laquelle la DPP serait distincte de la DNP. En effet, pour plusieurs d'entre eux, cette variable ne peut constituer à elle seule un critère distinctif pour justifier la création d'un diagnostic spécifique pour la DPP (Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007; Whiffen, 1991; Whiffen et Gotlib, 1993). Une hypothèse veut que les quelques différences symptomatologiques observées entre la DPP et la DNP s'expliquent en raison du contexte postnatal qui détermine l'expressivité des symptômes (Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007).

### 1.5.2.2 Étiologie de la DPP

Un autre point de désaccord entre les chercheurs concernant la question de la spécificité de la DPP est la nature des causes de cette condition. Les facteurs à l'origine de la DPP restent aujourd'hui encore équivoques. Il est implicitement admis que la DPP est causée par la naissance d'un enfant (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Cependant, il est difficile de savoir à ce jour si l'étiologie de la DPP est spécifiquement reliée à la naissance et si elle constitue de ce fait, une forme particulière de dépression qui nécessite un traitement unique (Flanagan *et al.*, 2011).

Les recherches qui se sont consacrées à l'étude des facteurs étiologiques de la DPP sont nombreuses. La recension des écrits n'indique pas une cause unique, mais plutôt multifactorielle. La majorité des chercheurs semblent s'entendre pour évoquer des causes à la fois biologiques, psychologiques et sociales pour expliquer le développement de la DPP. O'Hara *et al.*, (2009) ont répertorié trois méta-analyses qui documentent les facteurs de risque associés au développement de la DPP (Beck, 2001; O'Hara et Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, et Stewart, 2004). Celles-ci indiquent que les facteurs de risque qui sont associés modérément et fortement à la DPP sont : les antécédents de dépression et d'anxiété (la dépression et l'anxiété durant la grossesse, le blues du postpartum), les événements de vie stressants (ex. : stress lié à la garderie), une relation conjugale problématique et un faible soutien social. Un faible statut socioéconomique est moins fortement relié à la DPP. Soulignons que les études qui se sont attardées à comparer les facteurs étiologiques de la DPP à ceux d'un groupe de comparaison de mères identifiées avec une DNP, font état de résultats passablement similaires. Elles concluent que la DPP et la DNP sont en général étiologiquement reliées aux mêmes variables qui ne sont pas spécifiques à la naissance (O'Hara, Schlechte, Lewis *et al.*, 1991; Whiffen et Gotlib, 1993; Eberhard-Gran *et al.*, 2002; O'Hara *et al.*, 1990).

En ce qui concerne les variables plus spécifiques à la naissance, les résultats des méta-analyses indiquent que les facteurs obstétricaux ou le tempérament difficile du nourrisson sont moins fortement associés à la DPP que les facteurs psychosociaux (Beck, 2001; O'Hara et Swain, 1996; Robertson *et al.*, 2004). Toutefois, il existe dans les écrits actuels quelques études qui restent équivoques quant au rôle de certains facteurs plus spécifiques à la naissance et qui contribuent à entretenir un doute quant à la spécificité de cette condition. Tout d'abord, bien que leur rôle reste encore peu clair (Sword *et al.*, 2011; Knudson-Martin *et al.*, 2009), l'allaitement, parfois vécu comme un échec, ou un accouchement difficile, qui se termine en césarienne, pourraient être en cause, selon certaines chercheurs, dans l'émergence de la DPP (Haga *et al.*, 2011; Nahas *et al.*, 1999). En effet, les résultats de l'étude de Eberhard-Gran *et al.* (2002), indiquent une association élevée entre le fait de ne pas allaiter et un haut score à l'EPDS. De plus, des changements biologiques spectaculaires et uniques surviennent après l'accouchement. Les hormones stéroïdes et peptides (le cortisol, l'oestrogène, la progestérone) fluctuent de façon drastique au cours de la grossesse et du postpartum (Brett et Bazendale, 2001). Bien que l'association entre les changements hormonaux et la dépression est loin d'avoir été clairement démontrée (Brockington, 2004; Dayan, 2007; O'Hara *et al.*, 1991), certains auteurs suggèrent que les hormones sexuelles et reproductrices jouent un rôle dans l'étiologie de la dépression (Brummelte et Galea, 2010). En effet, certaines recherches, qui ont porté sur l'évolution et la récurrence de la DPP, appuient cette idée et militent en faveur de l'existence d'une hétérogénéité au sein des causes de la DPP. Cooper *et al.* 1995; Church, 2005; de l'Église, 2005; Church *et al.*, 2009; Madar *et al.*, 2013; Bloch *et al.*, 2000). Les résultats de ces recherches indiquent qu'il pourrait y avoir, deux groupes de femmes souffrant de DPP. Un premier groupe serait composé des femmes dont la dépression est étiologiquement similaire à la DNP. La naissance est pour elles soit indépendante, soit un facteur de stress non spécifique qui déclenche la DPP. Un deuxième groupe réunirait celles pour qui l'expérience de la

dépression est spécifique à la maternité. Ces femmes seraient particulièrement vulnérables aux changements hormonaux qui surviennent durant le postpartum. À cet effet, les mères qui souffrent pour la première fois de dépression à la suite de la naissance de leur enfant seraient à risque de développer une DPP lors d'une naissance ultérieure. Par contre, les femmes en DPP qui ont déjà souffert de DNP précédemment sont plus à risque de développer d'autres DNP (Cooper *et al.*, 1995). Étonnamment, très peu d'études ont étudié de façon robuste les bases biologiques de l'accouchement déclenchant un épisode dépressif (Di Florio 2015). Néanmoins, une récente revue de littérature indique qu'au cours de la dernière décennie, plusieurs biomarqueurs ont été étudiés afin d'analyser leurs relations avec la DPP. Celle-ci indique que seuls quelques-uns d'entre eux (ex. HP1BP3, TTC9B, IL-6), pourraient être associés à un risque accru de symptômes dépressifs durant la grossesse et le postpartum (Serati et al 2016). Toutefois le lien entre les changements hormonaux et la DPP est complexe et nécessite des recherches plus approfondies (Serati et al 2016)

Par ailleurs, soulignons que les études qualitatives semblent les seules à mettre plus systématiquement en lien la DPP et la présence d'un très jeune enfant (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). En effet, la métasynthèse de Beck, (2002) et la méta-data-analyse de Knudson-Martin *et al.*, (2009) mettent ceci en évidence : les mères en DPP disent se sentir submergées par les responsabilités des soins au nourrisson et les tâches ménagères. Le changement de style de vie, qui impose une privation de sommeil et de l'épuisement, le manque de temps pour soi, le manque de contrôle et l'ambivalence face au bébé, qui renforce le sentiment de n'être pas une bonne mère, ainsi que des problèmes financiers sont des causes fréquemment rapportées par ces mères pour expliquer leur dépression (Rodrigues, 2003; Beck *et al.*, 1996; Amhed *et al.*, 2008; Nahas *et al.*, 1999; Ugarizza, 2002; Haga *et al.*, 2011). L'arrêt de travail temporaire, en raison du congé de maternité, et l'isolement social qu'engendre leur rôle de mère impliquent une réduction des contacts sociaux et précipitent la perte

relationnelle. Toute l'attention est centrée sur le nouveau-né, si bien que la relation avec le partenaire et l'intimité au sein du couple peut également être mise à mal. Ces facteurs rendraient pour certaines mères, plus difficile l'adaptation à la maternité.

Les études qualitatives illustrent aussi l'importance du contexte social, relationnel et du contexte culturel dans le développement des symptômes dépressifs en postpartum. De nombreuses mères souffrant de DPP, expliquent le développement de leurs symptômes dépressifs, entre autre, par le manque de soutien émotionnel et pratique de l'entourage, de leur conjoint et de leur famille, par l'abondance des conseils concernant les soins au bébé et par le poids des conventions (Beck, 2002; Ugarriza, 2002; Amhed *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2003 ; Haga, Lynne, Slinning et Kraft, 2011 ; Nahas *et al.*, 1999; Chan *et al.*, 2002). L'impossibilité pour les mères d'exprimer leurs émotions négatives, en raison des normes sociales ou de la réaction de l'entourage, pourrait favoriser l'isolement de certaines d'entre elles et contribuer au développement et au maintien de la DPP (Knudson-Martin et Silverstein, 2009). Plusieurs études qualitatives mettent aussi de l'avant le rôle-clé du conflit entre les attentes irréalistes des mères et la réalité de la maternité, pouvant mener à la dépression (Berggren-Clive, 2009; Mauthner, 1998, 1999; Nahas et Amashed, 1999; Nicolson, 1999; Leung, Arthur et Martinson, 2005 ; Knudson-Martin, 2009; Beck, 2002; Amhed *et al.*, 2008; Rodrigues *et al.*, 2003; Robertson *et al.*, 2013). Un mythe est véhiculé dans notre société : celui de la mère parfaite. Les mères qui se comparent aux idéaux culturels peuvent ne pas se sentir à la hauteur et vivre de la désillusion vu l'impossibilité d'être une mère parfaite (Abrams et Curran, 2011; Gao *et al.*, 2010; Mamisachvili, Ardiles, Mancewicz, Thompson, Rabin et Ross, 2013). L'idéalisation de leur rôle de mère laisse peu de place à la flexibilité et rend difficilement acceptables les pensées négatives en lien avec la maternité (pensées de nuire au bébé) et la demande d'aide (Beck, 2002).

En somme, bien qu'un certain doute persiste encore à ce jour quant au possible lien spécifique entre les changements hormonaux et la dépression, la recension des écrits indique que se sont généralement des facteurs non spécifiques à la naissance qui sont avancés par les chercheurs pour expliquer le développement de la DPP. En général, la spécificité des causes n'est pas vraiment prouvée et les résultats des recherches demeurent équivoques. Ils font douter d'un lien spécifique entre la naissance et la dépression (Cramer, 2002). La recension des écrits suggère plutôt que la DPP est étiologiquement reliée à plusieurs des mêmes variables que celles qui prédisent la DNP (Beck, 2001, 2002; Eberhard-Gran *et al.*, 2003; Knudson-Martin et Silverstein, 2009; O'Hara et Swain, 1996; O'Hara *et al.*, 1990; Robertson *et al.*, 2004; Ugarriza, 2002; Whiffen et Gotlib, 1993; Rodrigues *et al.*, 2003; Amhed *et al.*, 2008; Nahas et Amasheh, 1999). La DPP se développerait dans un contexte psychosocial, au même titre que les dépressions qui surviennent en dehors de la période postnatale (Beck, 2002; O'Hara, 2009). La naissance de l'enfant semble constituer un stresser (Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour., 2003) qui nécessite un soutien émotionnel et pratique pour la mère (Rodrigues *et al.*, 2003). La plupart des auteurs rejoignent le consensus actuel qui consiste à ne pas attribuer à la DPP un diagnostic distinct (Boyce et Stubbs, 1994; Cunningham *et al.*, 2013; Eberhard-Gran *et al.*, 2003; O'Hara, Michael *et al.*, 1990; Purdy et Frank, 1993; Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour, 2003; Whiffen, 1991; Whiffen et Gotlib, 1993).

## 1.6 Limite des connaissances actuelles

Actuellement, il n'existe aucun consensus à savoir si la DPP constitue une forme particulière de dépression ou si elle est similaire à la DNP. Ceci a pour effet de limiter notre compréhension du phénomène à l'étude. Premièrement, les études actuelles ne nous permettent pas de savoir si la symptomatologie dépressive postnatale s'exprime

de façon dichotomique ou sur un continuum de sévérité. De ce fait, il est difficile de déterminer si le critère actuel de sévérité proposé par le *DSM* pour caractériser la DPP est adéquat ou critiquable. Une limite des recherches qui portent sur l'étude de la DPP est le manque d'études consacrées à la population qui souffre de symptômes dépressifs mineurs ou dits sous-cliniques en postpartum. Ces états dépressifs mineurs qui surviennent en contexte postnatal ont rarement été étudiés de façon isolée, ce qui ne permet pas de savoir s'ils nécessitent d'être détectés dans un contexte de prévention de la DPP. Pourtant, les études menées dans la population générale, auprès des individus qui souffrent de symptômes dépressifs sous-cliniques, indiquent qu'ils présentent une souffrance psychologique, un dysfonctionnement psychosocial et une mauvaise QV comparables à ce que vivent les personnes atteintes de DM. À notre connaissance, aucune étude ne compare la DM « avec début lors du postpartum », aux épisodes dépressifs postnataux qui ne remplissent pas les critères complets d'une DM. Afin de mieux circonscrire la DPP, il paraît essentiel d'examiner la sévérité de la symptomatologie de ce phénomène en comparant les manifestations dépressives sous-cliniques postnatales aux DM. Une telle comparaison permettrait de vérifier si les difficultés des mères qui peuvent survenir en postpartum s'associent au continuum de sévérité et si l'état anxieux, la détresse psychologique et la QV des mères souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques s'apparentent à ceux des mères qui remplissent les critères complets d'un TDM en postpartum.

Deuxièmement, bien que plusieurs chercheurs aient tenté de préciser la nature des symptômes et des causes qui caractérisent la DPP, certaines études restent équivoques quant au lien spécifique entre la naissance et la dépression. Il n'y a pas de consensus à ce jour concernant la spécificité des symptômes et des causes de la DPP. Cette ambiguïté peut s'expliquer par de nombreuses lacunes méthodologiques qui ont été observées dans les études telles que : le manque de rigueur de certaines recherches ; une opérationnalisation différente dans le construit de la DPP ; une absence de groupe

de comparaison de mères identifiées avec une DNP ; une petite taille d'échantillon, la nature rétrospective de plusieurs recherches, le choix des instruments de mesure ou des instruments diagnostiques, la période postnatale évaluée, les stratégies de recrutement des sujets. De plus, il n'existe guère d'échanges fertiles entre ceux qui font de la recherche sur la DNP et ceux qui se concentrent sur la DPP (Dayan, 2003). La plupart du temps, ces deux phénomènes ont été étudiés séparément. Seules quelques recherches en fournissent un contre-exemple et se sont attardées à développer des devis de recherche qui étudient les similitudes et des différences entre la DPP et la DNP en utilisant un groupe de comparaison de mères souffrant de DNP. Mais les résultats de ces recherches demeurent équivoques.

Il nous paraît essentiel de poursuivre l'examen des caractéristiques relatives à la sévérité et à la spécificité des symptômes et des causes de la DPP dans le but de mieux comprendre si cette condition constitue une forme particulière de dépression ou si elle s'apparente à la DNP. Il faut répondre à cette importante question, car elle a des conséquences au plan clinique et de la recherche, entre autres concernant la prévention, l'évaluation et le traitement de ce trouble. Par exemple, si la DPP est distincte de la DNP, la littérature sur la DNP ne peut être généralisable à la DPP (Cunningham *et al.*, 2013; Whiffen, 1992). En outre, les méthodes d'évaluation et de traitement de la DNP pourraient ne pas être nécessairement appropriées pour la DPP. À notre connaissance, ce type d'étude n'a jamais été réalisé à l'aide d'une méthodologie qualitative. Il serait utile de préciser la nature des symptômes et le rôle des facteurs plus spécifique à la naissance dans le développement de la DPP, à l'aide de devis de recherche qui reposent sur la production de réponses davantage explicitées. Les études qualitatives contribuent de façon importante au champ d'avancement des connaissances sur la DPP. Les résultats des recherches qualitatives pourraient éclairer le champ médical et les fournisseurs de soins de santé quant à la nature des symptômes et des causes de cette condition et préciser s'ils sont

spécifiquement reliés à la naissance ou non. De telles données pourraient de surcroît préciser les interventions en matière de prévention et de traitement.

### 1.7 Objectifs de la thèse

L'objectif général de cette thèse vise à accroître la compréhension du phénomène dépressif en période postnatale en précisant la sévérité de la symptomatologie et la spécificité des symptômes et des causes de cette condition. Ces variables sont déterminantes pour une meilleure compréhension de la DPP. Elle tentera également de pallier à certaines lacunes méthodologiques remarquées dans les écrits qui limitent la compréhension du sujet à l'étude. Elle vise donc deux objectifs : 1) Clarifier si la symptomatologie dépressive en postpartum se dessine sur un continuum de sévérité ou si elle se manifeste de manière dichotomique dans le but de préciser le niveau de sévérité de la DPP; 2) Clarifier le caractère spécifique de cette condition en précisant la nature des symptômes et des causes, tels qu'ils sont perçus par un échantillon de mères en DPP et en DNP.

Le premier volet de cette thèse, illustré dans le premier article, s'intéresse à la question de la sévérité de la symptomatologie de la DPP et du caractère dichotomique ou continu des symptômes dépressifs en postpartum. La symptomatologie dépressive s'exprime-t-elle sur un continuum de sévérité ou de manière dichotomique, excluant les manifestations qui ne répondent pas aux critères diagnostiques complets d'un EDM? Nous en savons relativement peu sur ces états dépressifs sous-cliniques en postpartum, pas plus que nous ne savons s'il serait pertinent de les identifier dans un contexte de soins primaires. Ce volet vise à comparer les difficultés des mères en postpartum, selon trois niveaux de sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale (absence-mineure-majeure), sous les angles de la détresse psychologique,

de l'anxiété et de la QV. Cette comparaison permettra de déterminer le degré d'affliction des mères à l'état sous-clinique selon ces trois variables et de vérifier l'hypothèse d'un continuum de sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale. À notre connaissance, il s'agit de la seule recherche qui compare l'anxiété, la détresse psychologique et la QV selon trois niveaux de sévérité des symptômes dépressifs en postpartum.

Notre second volet vise à clarifier la question de la spécificité de la DPP. Le deuxième article porte sur l'analyse des similitudes et des différences des symptômes perçues entre les mères souffrant de DPP et celles identifiées en DNP, alors que le troisième article portera sur les causes perçues. Grâce aux propos des mères recueillis à l'aide d'entrevues, il sera possible de mieux comprendre la nature des symptômes et causes reliées à ces deux phénomènes dépressifs. À notre connaissance, cette recherche est la première, de nature qualitative, à utiliser un groupe de comparaison de mères en DNP, et ce, dans le but de préciser la spécificité de ce phénomène dépressif.

### 1.8 À propos de la méthode : Notes aux lecteurs

Cette thèse part du constat que, malgré l'abondance des écrits sur la DPP, il demeure une controverse quant à la manière de la définir. Certains choix méthodologiques pourraient contribuer à pallier aux lacunes observées dans les écrits qui limitent la compréhension de ce phénomène dépressif. À cet égard, un devis de recherche constitué de deux volets, l'un quantitatif et l'autre qualitatif, a été privilégié. Ces volets visent respectivement à répondre aux questions de la sévérité et de la spécificité de la DPP.

Trop souvent, les approches qualitatives et quantitatives s'opposent, et ce, généralement pour des raisons épistémologiques (opposant positivisme et constructivisme). Notre position s'inscrit dans la vision selon laquelle ces deux approches ne sont pas en opposition. Tout comme Cresswell (2003), nous considérons que les approches quantitatives et qualitatives apportent un éclairage complémentaire sur la réalité étudiée et peuvent fournir des réponses que la recherche qualitative et quantitative ne peut donner à elle seule. Toutefois, notre devis de recherche ne s'inscrit pas dans le paradigme des méthodologies mixtes tel qu'il est défini par certains auteurs (Steckler, McLeroy, Goodman, Bird et McCormick, 1992). Bien que cette thèse soit constituée de recherches construites à l'aide d'une méthodologie soit quantitative, soit qualitative, nous ne procéderons pas à une analyse croisée des données pour répondre à l'objectif général de cette thèse. Même si nous utilisons les méthodes en parallèle et de façon équivalente, les résultats des deux méthodologies ne sont pas comparés. Les données produites sont interprétées séparément, en fonction de leurs objectifs respectifs. Il n'y a pas de triangulation des données dans le but d'appuyer les résultats quantitatifs par les données qualitatives ou inversement. En ce sens, notre recherche ne correspond pas à ce que nous retrouvons dans les méthodologies mixtes au sens défini par certains auteurs (Steckler et al., 1992).

#### 1.8.1 Volet 1 : Sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale

En raison des rares données comparant les mères en DPP à celles souffrant de symptômes sous-cliniques, nous avons privilégié, pour le premier volet de cette thèse, une démarche de recherche quantitative et effectué une collecte de données à l'aide de questionnaires papier. Ce choix méthodologique permettra d'enrichir les rares données quantitatives préliminaires qui ont porté sur l'étude des états dépressifs sous-

cliniques postnataux. Afin d'évaluer la symptomatologie dépressive des mères en postpartum, l'*EPDS* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) et le *Beck Depression Inventory-II* (Beck, 1996; *BDI-II*) ont été sélectionnés. À l'heure actuelle, évaluer la santé mentale des mères à partir de la simple manifestation des symptômes dépressifs paraît trop réducteur. Selon les recommandations actuelles de plusieurs chercheurs, il est nécessaire d'élargir la mesure de ce phénomène au-delà de la symptomatologie dépressive (Austin, 2004; Magnusson *et al.*, 2011; Matthey *et al.*, 2003). Une mesure d'anxiété a donc tout d'abord été choisie. En effet, Matthey *et al.*, (2003) avancent que l'évaluation des troubles de l'humeur en postpartum n'est pas complète sans l'évaluation des symptômes d'anxiété. L'*Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait anxieux (LASTA)* qui constitue la version française du *State trait anxiety inventory (STAI; Spielberger, 1970)* a été sélectionné pour cette recherche, car il permet de mesurer deux états anxieux différents, l'état émotionnel et le trait anxieux. À cela, il nous paraît pertinent d'ajouter une mesure de détresse psychologique, car elle est fréquemment associée à la dépression et à l'anxiété (Cairney *et al.*, 2007; Kessler *et al.*, 2002). La détresse psychologique est au cœur des troubles subdépressifs (Maillard *et al.*, 2012). L'*échelle des manifestations de la détresse psychologique (EMMDP)* (Massé, 1998) a été sélectionnée, car elle constitue à notre connaissance la seule échelle de mesure de la détresse psychologique qui tient compte des dimensions liées à l'estime de soi et au retrait social, qui ne sont pas mesurées par les autres échelles de détresse psychologique. Toutefois, afin de permettre une meilleure compréhension de la sévérité de la DPP et de l'impact des états dépressifs sous-cliniques en postpartum, il apparaît pertinent d'intégrer d'autres types mesures.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1 de cette thèse, la détérioration de la QV est fortement associée à la symptomatologie dépressive dans la population générale (Cuijpers *et al.*, 2004; da Silva Lima et de Almeida Fleck, 2007; Goldney *et al.*, 2004; Wells *et al.*, 1992). Le concept de QV utilisé dans divers domaines de soins de santé

semble donc adéquat pour tenter de mieux comprendre la DPP. L'étude de la QV des mères a pour avantage d'explorer à la fois leur santé mentale et leur fonctionnement biologique, psychologique et social dans les différents domaines de leur vie. Très peu de chercheurs ont étudié la QV des mères souffrant de symptômes dépressifs en postpartum. Aucune étude n'a évalué la QV des mères souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques dans ce contexte. L'évaluation de la QV des mères en postpartum et spécifiquement celles des mères en DPP et celles souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques est innovatrice, ce qui rend originale cette recherche. À travers cette étude, il sera possible d'observer si la QV des mères en postpartum suit le continuum de sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale ou non. La construction d'une image plus globale du fonctionnement des mères en postpartum permettra de mieux comprendre la sévérité de la DPP.

La littérature révèle l'existence de deux outils spécifiques de mesure de la QV disponibles dans le domaine des soins généraux maternels (Symon, 2003). Le premier instrument, le *Mother General Index (MGI)* (Symon, 2003), est un questionnaire papier-crayon qui évalue dans huit domaines, le degré d'altération de la vie des mères à la suite de la naissance d'un bébé. Le second instrument, le *Maternal postpartum quality of life questionnaire*, a été élaboré par Hill *et al.* (2006). Ce questionnaire papier-crayon évalue cinq domaines dans la vie des mères en période postnatale : l'état psychologique; le bébé; la situation socioéconomique; le conjoint, le partenaire relationnel, la famille, les amis; la santé et le fonctionnement. Bien que ces deux instruments aient l'avantage d'avoir été adaptés pour le contexte postnatal, ces échelles de mesure peuvent être critiquées. En effet, ces deux instruments de mesure de la QV se basent sur la somme des scores obtenus sur chacune des dimensions. Or, comme le soulignent Dupuis *et al.* (1989), la QV est bien plus que la simple somme de dimensions hétéroclites. De plus, ces instruments ont été peu utilisés dans la recherche. Ils ont besoin, tous deux, d'être validés auprès d'une la population

postnatale. Le *Mother General Index* (MGI, Symon, 2003) ne prend pas non plus en compte le soutien social des femmes, lequel peut affecter grandement la QV des mères en contexte postnatal.

Notons qu'avant le développement d'instruments spécifiques pour la mesure de la QV en période postnatale, la QV des mères en postpartum était mesurée à l'aide d'instruments globaux, comme les instruments de mesure de la QV reliée à la santé, tel que le *MOS-36-Item Short Form Health Survey* (SF-36) (Ware et Sherbourne, 1992). Toutefois, les limites de ce type de mesure de la QV ont largement été soulignées dans la littérature. Il ne constitue pas une mesure spécifique au postpartum. Jusqu'à présent, les études réalisées sur la QV des mères en DPP ont utilisé des mesures de QV liées à la santé, ce qui ne nous permet pas d'affirmer avec certitude que c'est bien la QV qui a été évaluée. En effet, les mesures de QV reliées à la santé incluent souvent des items évaluant la santé physique et psychologique, ce qui augmente la probabilité que ces mesures soient associées à la dépression. Aucun outil à ce jour n'a été adapté au champ de la DPP. L'*Inventaire systémique de qualité de vie* (ISQV), élaboré par Dupuis *et al.* (1989) a été sélectionné aux fins de cette étude. Il nous permettra d'évaluer de façon adéquate l'effet de la période postnatale et de la DPP sur la QV. En effet, l'instrument de mesure de Dupuis *et al.* (1989), en plus d'être basé sur l'atteinte des objectifs de vie (ce qui le différencie des questionnaires de QV relié à la santé), permet de créer six questions spécifiques aux domaines d'une pathologie en particulier. Dans notre étude, l'ISQV a été adapté à la DPP par l'ajout de six items en lien avec la période postnatale, ce qui est une première. Pour plus de détails concernant ce questionnaire et le modèle de Dupuis *et al.*, (1989), nous invitons le lecteur à consulter l'appendice C et D de cette thèse.

### 1.8.2 Volet 2 : Spécificité des symptômes et des causes de la DPP

Les symptômes de la DPP sont-ils différents de ceux retrouvés chez les mères en dépression ayant des enfants plus âgés ? La DPP est-elle causée par des facteurs spécifiques à la naissance ou s'apparentent-ils à ceux causant la DNP ? Les données préliminaires retrouvées dans la littérature font état de résultats contradictoires et ne peuvent avancer de réponses claires. L'utilisation d'instruments standardisés peut limiter l'expressivité des symptômes et des causes de la DPP et, de surcroît, limiter la compréhension de ce phénomène dépressif et de son caractère spécifique. Ces dernières années, nous avons vu émerger un nombre croissant de recherches qualitatives se consacrant à l'étude de l'expérience des mères souffrant de DPP. Ce type de recherches a permis de mettre en relief la variabilité des symptômes dépressifs qui peuvent survenir en contexte postnatal. Ces études ont également permis de préciser le contexte d'apparition des symptômes de la DPP et de mettre davantage celle-ci en lien avec la venue d'un bébé. Les études qualitatives mettent entre autres en lumière l'importance du contexte culturel dans l'émergence de la DPP, variable qui a rarement été considérée dans les approches quantitatives.

Afin de répondre à l'objectif de cette recherche, une démarche qualitative a donc été privilégiée. Ce volet se consacrera à recueillir les propos des mères souffrant de DPP et de DNP, sous les angles de leur expérience de la DPP, de leurs symptômes et des causes de leur condition. Cette démarche est innovatrice, puisqu'aucune étude de ce type n'a été réalisée à ce jour. Les propos des mères en dépression ont été recueillis à l'aide d'une entrevue qualitative, construite sur la base du modèle de représentation de la maladie de Leventhal *et al.*, (1980). Ce modèle a été développé dans le but de cerner comment les individus atteints d'une maladie se représentent leur condition. Les individus construisent leurs représentations autour de cinq composantes (Baumann *et al.*, 1989) : 1) l'identifié, soit l'étiquette associée à la maladie et les

symptômes qui l'accompagnent; 2) les causes ou les attributions causales de la maladie, soit les idées à propos de la manière dont la personne est venue à développer cette maladie; 3) la ligne du temps de la maladie, soit la durée et l'évolution de la maladie; 4) les conséquences, soit les effets anticipés de la maladie et les séquelles qui peuvent en découler; 5) le contrôle, soit la manière de percevoir le contrôle que l'individu peut avoir sur sa maladie ou l'issue de celle-ci. Notons que seuls les résultats relatifs aux deux premières composantes de ce modèle seront présentés dans ce volet, soit les symptômes et les causes de la DPP.

Dans le but de comprendre de ce qui distingue la DPP de la DNP, une analyse de contenu thématique des propos recueillis a été privilégiée. Grâce à la comparaison de l'expérience des mères identifiées en DPP et celle souffrant de DNP, il sera possible d'observer les différences et les similitudes concernant les symptômes et les causes perçues de leur condition, puis de vérifier si ces phénomènes dépressifs sont semblables ou différents. Tous les détails concernant la démarche qualitative adoptée dans le volet 2 de cette thèse se retrouvent à l'appendice E de cette thèse. Y sont décrits : 1) le choix de la méthode ; 2) la démarche qualitative ; 3) la constitution des entrevues semi-structurées destinées à recueillir les propos des mères concernant leur expérience de la DPP et de la DNP ; 4) la démarche d'analyse ; 5) les critères de qualité de la recherche.

CHAPITRE II

POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY : SHOULD WE  
CONSIDER A CONTINUUM OF SEVERITY?

ARTICLE II SOUMIS POUR PUBLICATION À LA REVUE  
*JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS*



SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE EN PÉRIODE POSTNATALE :  
DOIT-ON CONSIDÉRER UN CONTINUUM DE SÉVÉRITÉ ?

POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY:  
SHOULD WE CONSIDER A CONTINUUM OF SEVERITY?

Stéphanie Goron, M. Psy., DESS, Ph.D./Psy.D

Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, Quebec, Canada

Gilles Dupuis, Ph.D.

Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, Quebec, Canada

Catherine des Rivières-Pigeon, Ph.D.

Department of Sociology, University of Quebec in Montreal, Quebec, Canada

Christophe Fortin, Ph.D.

Department of Psychology, University of Quebec in Montreal, Quebec, Canada

Marie Josée Bédard, M.D., FRCPC.

Centre des naissances, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Quebec, Canada

Nicole Reeves, M. Psy., Ph.D. (c).

Centre des naissances, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Quebec Canada



## RÉSUMÉ

**Contexte :** Cette étude s'intéresse à la controverse entourant la sévérité de la dépression du postpartum (DPP). Avec le *DSM 5* (APA, 2013), la définition de la DPP réfère uniquement aux critères d'un épisode dépressif majeur (EDM). Selon l'APA (2013), les symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères complets d'un EDM ne peuvent être inclus dans cette définition.

**Méthodologie :** Afin d'évaluer la pertinence de cette vision dichotomique, cette recherche s'attarde à comparer trois niveaux de sévérité de la symptomatologie dépressive postnatale (absence, mineure et majeure) par le biais d'une comparaison pariée a priori (ANOVA).

**Résultats :** Les résultats relatifs à la détresse psychologique, à l'anxiété et à la qualité de vie basée sur l'atteinte des objectifs de vie (QVBO) appuient la nature continue du phénomène dépressif en postpartum.

**Limites :** La taille, le niveau d'éducation et le statut socioéconomique de notre échantillon peuvent limiter nos conclusions.

**Conclusion :** Le continuum de sévérité suggère d'intervenir auprès des mères souffrant de tableaux dépressifs mineurs ou dits sous-cliniques en contexte postnatal en leur apportant un soutien adéquat qui répond à leurs besoins. La pertinence d'identifier ces tableaux dépressifs sous-cliniques en postpartum et les implications cliniques qui en découlent sont discutées.

**Mots-clés :** dépression postpartum, définition, DSM, continuum, sévérité, critères diagnostics



## ABSTRACT

**Background:** This study looks at the controversy surrounding the severity of postpartum depression (PPD). With the *DSM 5* (APA, 2013), PPD refers only to the criteria for a major depressive episode (MDE). According to the APA (2013, depressive symptoms that do not meet the full criteria for a MDE cannot be included in this definition.

**Methods:** To evaluate the relevance of this dichotomous view, the present research focuses on comparing three levels of postpartum depressive symptom severity (absence, minor and major) using *a priori* pairwise comparisons (ANOVA).

**Results:** The results for psychological distress, anxiety and quality of life based on pursuit of life objectives (QOLBO) support the continuous nature of the postpartum depression phenomenon.

**Limitations:** Size of our sample, level of education and of socio economic status may limit our conclusions.

**Conclusions:** The severity continuum suggests the importance of promoting intervention with mothers exhibiting minor depressive symptomatology in the postnatal clinical context by providing adequate support to meet their needs.

**Keywords:** postpartum depression, definition, DSM, continuum, severity, diagnosis.



## INTRODUCTION

Postpartum depression (PPD) constitutes a major public health problem (Righetti-Veltema *et al.*, 2007), and represents the most frequent postnatal complication in developed countries (Kendall-Tackett, 2016). A meta-analysis of 59 studies suggests an average prevalence rate of 13% (O'Hara *et al.*, 1996). In North America, studies have reported rates ranging from 3.7% to 37.3%, up to one year after childbirth (Halbreich, Karkun, 2006). Although some authors consider minor depression (mD) to be implicit in the definition of PPD, the *DSM 5* (APA, 2013) does not mention this particularity and refers to major depression only. While the specifier “with postpartum onset” may be used in the case of major postnatal depression, it is not applicable to subclinical postnatal states of depression. This limitation invites criticism regarding the dichotomous conception of PPD diagnosis. Would subclinical levels have no impact on the functioning of mothers? This is the question addressed by the present article.

### Definition of postpartum depression

Since it was introduced into the *DSM-IV* in 1994, PPD has been defined as a major depression (MD) comparable to those occurring in other periods of life. The symptoms of PPD are those of a major depressive episode (MDE), with the specificity that they occur during the first four weeks postpartum (APA, 1994, 2000). A diagnosis of PPD requires the presence of five or more symptoms, including depressed mood or significant loss of interest or pleasure in most activities for a two-week duration (APA, 1994, 2000). The APA opts for a dichotomous view of depressive symptomatology in the postpartum period by taking into account only the

symptoms that meet the full criteria for a MDE. In the *DSM 5*, the criteria for PPD remain unchanged.

#### Controversy surrounding the severity of PPD symptoms

The definition of PPD adopted by the APA (1994, 2013) is not unanimously agreed upon (Dayan, 2003). According to Godfroid (1997), transposing the criteria for a major depressive disorder (MDD) to PPD is debatable and inadequate in terms of severity level. This dichotomous, all-or-nothing vision excludes the variability of depressive symptomatology severity (Dayan, 2003). In its most common form, PPD does not meet all the criteria of a MDD with respect to number of symptoms or degree of disability (Ferreri, 2003). Yet conceptual vagueness persists in the *DSM* when it comes to situating postnatal depressions that do not meet the full criteria for a MDE (Dayan, 2003). According to the APA (2000), it is possible to diagnose minor depressive disorder (MDD), under the category of depressive disorders not otherwise specified, when the criteria for a MDE are not met. The specifier “with postpartum onset” cannot, however, be applied to minor depression if it occurs postpartum. In addition, the view is gaining ground that subclinical depression and MD in the general population do not constitute separate syndromes, but rather different points along a continuum of severity (Angst *et al.*, 2000; Cuijpers, 2004; Kendler and Gardner, 1998; Rapaport and Judd, 1998; Rapaport *et al.*, 2002). Finally, untreated subclinical depression is associated with increased risk of MD in the general population (Bottéro, 1998), a fact that warrants scrutiny of this topic.

The overly restrictive definition of PPD results in an absence of care for certain mothers whose disorder has not been diagnosed (Dayan, 2003). Some have suggested that depressive symptomatology in the postpartum period is continuous in nature as

opposed to dichotomous, i.e., presence/absence determined by a threshold of symptom severity (Lagerberg *et al.*, 2011; Magnusson *et al.*, 2011; Weinberg *et al.*, 2001).

Subclinical depressive symptomatology in the postpartum period: state of the research

It is paradoxical to note that, in spite of the substantial number of women suffering from minor symptoms during postpartum, this subclinical population has attracted little research. Very few studies have compared women with PPD who meet the criteria of a MDE with those who are symptomatic but do not meet these criteria (Campbell *et al.*, 1995; Magnusson *et al.*, 2011; Weinberg *et al.*, 2001; Campbell and Cohn, 1999). To our knowledge, only two studies have undertaken such a comparison (Magnusson *et al.*, 2011; Weinberg *et al.*, 2001). The findings of a prospective study by Weinberg *et al.* (2001) with 124 women displaying different intensity levels of depressive symptomatology revealed that women with subclinical postnatal depression exhibited more deteriorated psychosocial functioning than mothers without symptoms of depression. They had a higher degree of negative affect, more anxiety, and lower maternal self-esteem than the mothers without symptoms. Moreover, their level of negative affect, anxiety, self-esteem, and self-confidence in their motherly role was comparable to that of women with MD. The study concluded that both major and minor PPD are associated with psychosocial dysfunction and constitute an important public health problem. The study of Magnusson *et al.* (2011) shows that mothers with subclinical depression (score of less than 12 on the Edinburgh Postpartum Depression Scale) present a higher level of parental stress than mothers without symptoms, but a lower level than women with MD. However, in terms of overall maternal stress, the profile of the subclinical group seems closer to

that of mothers with MD than that of mothers without symptoms. The findings of this last study suggest that the criterion of a minimum score of 12 on the EPDS cannot identify all vulnerable mothers in the postpartum period, a situation that leads to limiting the care provided to women with postnatal psychological distress.

Nevertheless, the current evidence is still too scarce to suggest that PPD could be continuous in nature. Very few studies have compared women with MD to those suffering from subclinical symptoms with respect to anxiety, psychological distress and QOL. The lack of consensus regarding the severity of PPD symptoms and the small number of studies involving mothers with subclinical depressive symptoms during postpartum constitute the reason for the present research. Determining the degree of distress in mothers suffering from minor symptoms should help verify the hypothesis of the continuous nature of postpartum depressive symptomatology, as well as indicate the need for intervention to address this population.

## RESEARCH OBJECTIVES AND HYPOTHESES

The purpose of this study is to compare three levels of intensity of postnatal depressive symptomatology (absence, minor and major) in relation to psychological distress, anxiety, and QOL based on the achievement of life objectives (QOLBO).

Hypothesis No. 1. The psychological distress and anxiety of minor-PPD mothers is lower than that of major-PPD mothers but greater than that of absent-PPD mothers.

Hypothesis No. 2. The anxiety of minor-PPD mothers is lower than that of major-PPD mothers but greater than that of absent-PPD mothers.

Hypothesis No. 3. The QOLBO of minor-PPD mothers is better than that of major-PPD mothers but more deteriorated than that of absent-PPD mothers.

## METHODOLOGY

### Participants

The voluntary participants were recruited during their first postnatal gynaecological checkup (6th week postpartum) in several gynaecology/obstetrics private offices at the birth centre of a hospital in the Montreal area from February 2008 to September 2009. The inclusion criteria were as follows: 1) French-speaking; 2) aged between 18 and 45 years old; 3) born in Quebec; and 4) having given birth to a child 6 to 12 weeks prior. The women who had given birth before 37 weeks of pregnancy, who had had a twin pregnancy, or who had postpartum psychosis were not selected. The research protocol was approved by the scientific and research ethics committees of the institutions concerned.

### Measurement instruments

*Caractéristiques démographiques, histoire de dépression, informations gynécologiques et obstétricales et habitudes de consommation / Demographic characteristics, history of depression, gynaecological and obstetric information, and consumption habits.* This questionnaire collects the following data: age, civil status, duration of conjugal union, number of children, education level, annual household income, obstetric and gynaecological information, consumption habits (alcohol, marijuana and caffeine), and history of depression.

*Measurement of postnatal depressive symptomatology.* The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox *et al.*, 1987), consisting of 10 items. The cutoff points defining the three groups of mothers in our study were chosen based on a review of the literature (Gaynes *et al.*, 2005) and on the recommendations of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) and the Michigan Families Medicaid Project (MFMP), which suggest the following categories: EPDS $\geq$ 13 indicating MD, 9 to 12 indicating minor PPD, and less than 9 indicating absence of PPD.

*Measurement of non-postnatal depressive symptomatology.* The Beck Depression Inventory II (BDI-II), developed by Beck *et al.* (1996), consisting of 21 items. This scale was used to measure severity of clinical depression. The BDI-II was chosen as a complementary measure of postnatal depressive symptomatology given that, unlike the EPDS, it allows a four-level categorization of the severity of depressive symptomatology.

*Measurement of anxiety.* The State-Trait Anxiety Inventory or STAI (Spielberger *et al.*, 1970), used to assess the postnatal anxiety of participants. The French version (Landry, 1976) of this questionnaire, entitled *Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (LASTA)*, was used in our study.

*Measurement of psychological distress.* *Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique* / Psychological Distress Manifestations Measure Scale or PDMMS (Massé *et al.*, 1998), whose abridged version is composed of 23 items grouped into 4 dimensions: 1) self-depreciation; 2) irritability/aggressiveness; 3) anxiety/depression coupled with a state of stress; and 4) social disengagement. Only the overall score and subscales covering the dimensions of self-depreciation, irritability/aggressiveness, and social disengagement were selected, given that the anxiety/depression subscale is already covered by the STAI and the EPDS.

*Measurement of quality of life.* The Quality of Life Systemic Inventory or QLSI (QLSI; Dupuis *et al.*, 1989) measuring QOLBO. The QLSI assesses the extent to which an individual achieves the goals he or she sets in different areas of life, and measures QOL by the gap between the current and ideal state of these objectives in each area. It is comprised of 28 items categorized into 9 subscales covering various aspects of daily life, namely leisure, physical health, cognitive functioning, social/family, couple, work, housekeeping, affectivity and spirituality. The usual items of the QLSI questionnaire were supplemented with six items pertaining to the postnatal period. They cover the dimensions of physical appearance, care for baby, ability to adapt to baby's rhythms, interaction with baby, personal time taken, and paternal adaptation.

#### Procedure

First, the EPDS was completed at the various points of recruitment by all women interested in participating in the study. The questionnaire was distributed along with 1) a description of the study and its objectives; 2) a brief questionnaire including inclusion/exclusion criteria; and 3) a written consent form authorizing the principal investigator to contact the interested individuals if they met the study criteria, in order to provide more information on the research process. After this contact, if they were still interested, the researcher met with them at their homes for a one-on-one interview. Prior to the interview, each participant was provided with a second consent form setting out principles of confidentiality and instructions for completing the questionnaires. The order of the questionnaires was as follows: 1. The socio-demographic questionnaire; 2. The EPSS; 3. The BDI-II; 4. The STAI; 5. The PDMMS; and 6. The QLSI. All questionnaires were completed in the presence of the principal investigator.

Depending on their scores on the EPDS, the participants were divided into three categories: major depressive symptomatology ( $\geq 13$ , major-PPD = Group 3), minor depressive symptomatology (9-12, minor-PPD = Group 2), and non-depressed ( $\leq 8$ , absent-PPD = Group 1).

### Statistical analyses

The analyses were carried out using SIM-Stat 2.6.5 software. Missing data for three participants were replaced by the mean value of the group for each variable. Owing to a low response rate (47.56%), the spirituality subscale of the QLSI was not retained for analysis. To compare the three groups with respect to the socio-demographic, gynaecological/obstetric, consumption habit, and previous history of depression variables, the following analyses were performed: descriptive analyses and group comparison by simple ANOVA, Kruskal-Wallis, or chi-square depending on the nature and normality of the variables. 2) To verify the three hypotheses, the following analyses were conducted: a priori pairwise comparisons (Mann-Whitney: Group 1 vs. Group 2; Group 2 vs. Group 3) on the scores of each of the dependent variables. The Mann-Whitney test was chosen in light of the small size of the groups and the non-normality of distributions for several of the dependent variables.

The alpha threshold chosen was 0.05. The results for effect size ( $r$  of Cohen) were also reported, i.e., small (0.15), medium (0.30) and large (0.50), given the size of the groups (Group 1:  $n=34$ ; Group 2:  $n=28$ ; Group 3:  $n=20$ ). The study's sensitivity yields a power of 80%, but only for the detection of a large effect size (alpha threshold of 0.05).

## RESULTS

Of the 849 participants who answered the EPDS, 507 agreed to be contacted in order to fill out the questionnaires (Figure 1). Among these, 332 met the inclusion criteria. Of this number, 82 were selected, namely 34 non-depressed, 28 with moderate depression, and 20 with severe depression. Three factors account for these figures. First, the QOLBO assessment, being face-to-face, did not allow for interviews with many participants. Second, although the majority of the participants had given birth in the Montreal area, a significant number lived outside this region, making travel to their homes problematic. Third, the number of participants for this part of the study was also influenced by the qualitative component, which focused on comparison of symptoms and causes between PPD and NPD [non-postpartum depression]. Among the 82 participants, the subgroup with major PPD (n=20) was compared to a group of mothers with NPD (n=10) with whom qualitative interviews were conducted. A number of 20 subjects had been set to ensure content saturation.

*Demographic characteristics of the sample.* Table 1 shows the characteristics of the three groups of participants according to intensity of postnatal depressive symptomatology. Only the significant results are presented. The majority of the mothers were assessed at home (95.1%) between postpartum weeks 6 and 11 (8.2 weeks). They were aged between 19 and 40 years old, and for the most part had been in a couple relationship for 6.5 years. The minor-PPD group differs from the major-PPD group with regard to civil status and annual household income. The minor-PPD group differs from the absent-PPD group with respect to age, education level, annual household income, baby age (postnatal checkup week), planned pregnancy, and previous history of depression.

*Postnatal depressive symptomatology.* As Table 1 shows, the categories obtained based on the EPDS are corroborated by the mean scores and confidence intervals of the BDI-II for each of the groups (Group 1: Mean=8.41 [95% CI 7.02-9.79]; Group 2: Mean=15.78 [95% CI 13.58-17.97]; Group 3: Mean=23.85 [95% CI 20.22-27.47]).

---

Insert Table 1 here

---

*Anxiety.* The analysis reveals that regarding state anxiety and trait anxiety, the women in Group 2 are more anxious than those in Group 1, but less so than those in Group 3 (Table 2).

*Psychological distress.* The results indicate that the women in Group 2 have a significantly lower score than those in Group 3, but significantly higher score than those in Group 1. The same is true for self-esteem and social disengagement. As for the irritability/aggressiveness subscale, Group 2 is significantly more affected than Group 1 but equally as affected as Group 3.

---

Insert Table 2 here

---

*Quality of life in relation to life objectives* (Table 3). Group 2 presents a significantly better overall QOLBO score than Group 3 (the smaller the gap score, the better the QOL, since the smaller the gap between actual status and targeted objective), but it is significantly more affected than Group 1. As regards the QOLBO subscales, Group 2 exhibits significantly better scores than Group 3 on the affective, physical, cognitive, and couple relationship subscales, as well as the additional postpartum module. Group 2 displays significantly worse scores than Group 1 for the affective, leisure, work and housekeeping subscales, as well as the additional postpartum module.

Group 2 does not, however, differ from Group 3 with respect to the social/family, leisure, work, and housekeeping subscales, any more than it differs from Group 1 with respect to the physical, cognitive, and couple relationship subscales.

---

Insert Table 3 here

---

## DISCUSSION

These results suggest that the three levels of depressive symptomatology are indeed associated with different levels for the three indices of anxiety, psychological distress and QOLBO.

### Psychological distress

Our results do not corroborate those of Weinberg *et al.* (2001) reporting that mothers with subclinical depressive symptoms in the postpartum period had similar scores on the psychological distress scale (SCL-90-R, Derogatis *et al.*, 1976) compared to women with major PPD. However, our results do show that the minor-PPD women appear to be less socially isolated than and have levels of irritability similar to those of major-PPD mothers, and report lower self-esteem than mothers without depressive symptoms, consistent with the results of Weinberg *et al.* (2001). As in this last study, our results show that subclinical mothers have greater distress than mothers without symptoms.

In keeping with the Weinberg *et al.* (2001) study, the analyses reveal a similar profile for irritability in the minor-PPD and major-PPD subjects. It should be noted that

irritability is a predominant symptom and a particular manifestation of PPD that is likely to facilitate its detection (Gale and Harlow, 2003), and is a risk factor for PPD (Murray and Lopez, 2013).

Low self-esteem is frequently accompanied by a sense of being a bad mother owing to the inability to meet baby needs (Ferreri, 2003). Our results show that self-esteem levels follow the continuum of severity of postnatal depressive symptomatology. The discrepancy observed with respect to the study of Weinberg *et al.* (2001) can be explained by three factors. First, the instrument used in this last study to determine the categories of mothers with subclinical depression and mothers with MD, i.e., the Self Report Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977), is a measure of depressive symptomatology for the general population and not for postpartum subjects. Second, unlike Weinberg *et al.* (2001), who used the Maternal Self Report Inventory (Shea and Tronick, 1988), we used a self-esteem measurement instrument not specific to postpartum.

### Anxiety

Our results suggest that the intensity of the mothers' anxiety follows the continuum of severity of postnatal depressive symptomatology, and do not converge with those of Weinberg *et al.* (2001) indicating similar levels of anxiety in groups of mothers with subclinical depression and with MD.

Previous research has emphasized the importance of differentiating between state anxiety and trait anxiety (Robert *et al.*, 2008). Levels of anxiety may vary depending on the instruments used to measure them (Robert *et al.*, 2008). In the Weinberg *et al.* (2001) study, the measure of anxiety is from the SCL-90-R (Derogatis *et al.*, 1976),

which does not distinguish between state anxiety and trait anxiety; this may explain the discrepancies observed compared to our study.

It is important to note that 70% of minor-PPD mothers, and 85% of major-PPD mothers, display a clinically significant level of trait anxiety, versus 7.14% for mothers without depressive symptoms.

### Quality of life in relation to health and life objectives

The research devoted to subclinical depression in the general population notes a deterioration in health-related quality of life (HRQoL). This deterioration is nevertheless significantly lower than that of women with MD, but it is greater than that of women without depressive symptoms (Cuijpers *et al.*, 2004; da Silva Lima and de Almeida Fleck, 2007; Goldney *et al.*, 2004), thus demonstrating that QOL is associated with a continuum of severity of depression in the general population. The results of our study indicate that the minor-PPD mothers have a less deteriorated overall QOLBO score than major-PPD mothers except in the areas of social-family, leisure, housekeeping, and work. This suggests that mothers with minor PPD and mothers with major PPD exhibit a similar profile of deterioration in these areas of life. Compared with mothers without depressive symptoms, mothers with minor PPD present a more deteriorated overall QOLBO, except in the areas of couple relationship, social-family, cognitive and physical. Our second hypothesis, that the QOLBO of mothers with minor PPD is less deteriorated than that of mothers with major PPD but greater than that of mothers without symptoms, is therefore confirmed for overall QOLBO and certain subscales.

Our results for QOLBO are consistent with the trend observed in the general population, which indicates that HRQoL follows the continuum of severity of depressive symptomatology. In addition, compared to normative data for a population of healthy subjects (Marois and Dupuis, 2006), minor-PPD mothers and major-PPD mothers show significant levels of deterioration in their overall QOLBO as well as in all the areas of life. Still in reference to the group of healthy subjects of Marois and Dupuis (2006), it is interesting to observe that the mothers without symptoms report QOLBO levels very similar to those of these healthy subjects.

Our results also indicate that the areas of leisure, housekeeping and work are strongly affected in mothers with minor PPD and mothers with major PPD, compared to mothers without symptoms. It is thus possible that minor-PPD mothers and major-PPD mothers are affected by the impairment resulting from the depressive state (Goudemand, 2010).

Finally, in the area of physical health, the absence of any difference between the minor-PPD group and the absent-PPD group may be due to the fact that the extent of postpartum physical dysfunction does not necessarily depend on the severity of depressive symptoms (Boyce *et al.*, 2000; Da Costa *et al.*, 2006).

In sum, our study in large part confirms that depressive symptoms in the postnatal period are not of a dichotomous nature. The results more strongly point to a continuous conception of postnatal depressive symptomatology. This symptomatology would thus be located along a continuum of severity, similar to depressive symptoms occurring during other periods of life. Moreover, the presence in minor-PPD mothers of significant irritability comparable to that of major-PPD mothers, of an appreciable percentage of clinically elevated trait anxiety, and of deterioration across all areas of

QOLBO leads us to believe, consistent with Dayan (2003) or Godfroid (1997), that the diagnostic criteria for PPD set out by the *DSM* may be too restrictive.

### Clinical implications

During postpartum, it is standard to perform medical monitoring in order to be able to intervene if depressive symptoms meet the full criteria for a MDE (Udangiu *et al.*, 2010). Our results suggest that healthcare professionals in direct contact with mothers who have recently given birth should be sensitized to the fact that depressive symptoms, even when subclinical, can be disabling. Following on Magnusson *et al.* (2011), Chaudron *et al.* (2010) and Lagerberg *et al.* (2011), we believe that the cutoff point of 12 currently recommended for use of the EPDS is not sufficiently sensitive to be able to detect mothers with emotional difficulties in the postpartum period. The use of a 9/10 cut-off point on the EPDS could be more appropriate (Cox *et al.*, 1987). In addition to preventing increasingly chronic subclinical symptoms leading to MD, this would legitimize the suffering of mothers who experience less severe, but equally disabling, depressive symptoms. However, this may create a risk of medicating certain mothers during the normal process of adapting to motherhood and present the difficulties of these mothers as requiring medical attention, which, in our view, would not be an appropriate approach. Even if they are frequently prescribed in the general population in the absence of a MD diagnosis (Demyttenaere, *et al.* 2008), the meta-analysis conducted by Barbui (2011) notes that the role of antidepressants and psychotropic drugs in the treatment of minor depressions remains controversial,

In keeping with Evins, Théofrastous and Galvin (2000), we believe that the degree of depression alone should not dictate the type of intervention. Instead, intervention should be based on an assessment of the needs and difficulties of mothers. It would

also be preferable to refer them to more psychological or psychosocial as opposed to medical resources in order to foster better adaptation to motherhood. In addition to support and attentiveness, which in our view constitute the mainstay of intervention, these resources could, for example, focus on QOL improvement, psychoeducation, suggested community services, stress management, or social support.

Our results for deterioration of QOLBO among women in the subclinical state, as well as their high level of irritability and anxiety, support the suggestion of Magnusson *et al.* (2011) not to restrict assessment solely to depressive symptoms in the postnatal context. The EPDS could be used together with other screening tools (Class *et al.*, 2013). In this regard, the QOLBO could constitute a promising avenue for assessing the difficulties of mothers in the postnatal period. It would help draw up a global portrait of the effects of postnatal depressive symptoms (irrespective of level of severity) on the different aspects of the mother's life, and hence go beyond strict diagnosis to identify intervention targets related to problematic life areas for the mother.

#### Study limitations and strengths

To our knowledge, this research is the first to have documented the psychological distress, anxiety and QOLBO of mothers with subclinical symptoms in the postnatal period. Certain limitations should be noted. First, the small number of subjects per group affected the power of the study and precluded the use of multivariate analytical models. Second, our sample is not very representative of the population of mothers in the postnatal period owing to the high socio-economic status and education level (mostly university) of the former. Furthermore, the EPDS is an instrument for measuring depressive symptomatology in the postpartum period, and not for issuing

psychiatric diagnosis. It is possible that some mothers who met the full criteria for MD ended up in the group of subclinical mothers. Also, as a result of some of the differences observed in relation to socio-demographic characteristics, certain differences found regarding our three dependent variables may be attributable to distinct socio-demographic characteristics from one group to another. Indeed, a difference can be seen between Groups 1 and 2 concerning age, annual household income, and education level. Additionally, given the small number of subjects per group, the socio-demographic variables could not be used as covariables.

#### Recommendations for future research

Additional research is needed to better determine the multiple consequences of subclinical postnatal depression. The use of instruments complementary to the EPDS and specific to the postpartum period should be encouraged. It would also be helpful to use measurement instruments that distinguish between state anxiety and trait anxiety. Future studies could, for example, target life areas specifically affected in mothers with minor depression and with major depression during postpartum. Indeed, the affliction of some areas of life may reflect normal adaptation to motherhood. To conclude, continued research with the subclinical population could ultimately shed light on the issue of severity in the symptomatology of PPD proposed by the *DSM* and contribute to the debate surrounding the extension of the “with postpartum onset” specifier to minor depression.



## BIBLIOGRAPHY

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4<sup>th</sup> Edition (DSM-IV). *American Psychiatric Association. Washington, DC.*
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4<sup>th</sup> edn, (text revision) (DSM-IV-TR). *American Psychiatric Association. Washington, DC.*
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Angst, J., Sellar, R. et Merikangas, K.R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive Psychiatry, 41*(2), 39-47.
- Barbui, C., Cipriani, A., Patel, V., Ayuso-Mateos, J.L. et van Ommeren, M. (2011). Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 198*(1), 11-16.
- Beck, A.T., Steer, R.A. et Brown, G.K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, 78*(2)490-8.
- Bottéro, A. (1998). La dépression au seuil des critères diagnostiques. Nouvelles conceptions dans le domaine des états dépressifs. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*(2), 27-33.
- Boyce, P.M., Johnstone, S.J., Hickey, A.R., Morris-Yates, A.D., Harris, M.G. et Strachan, T. (2000). Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 3*(3), 91-97.
- Campbell, S. et Cohn, J. (1999). The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. *Postpartum Depression and Child Development, 165.*
- Campbell, S.B., Cohn, J.F. et Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology, 31*(3), 349.

- Chaudron, L.H., Szilagyi, P.G., Tang, W., Anson, E., Talbot, N.L., Wadkins, H.I.M., Tu, X. et Wisner, K.L. (2010). Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*, 125(3), e609-e617.
- Class, Q.A., Verhulst, J. et Heiman, J.R. (2013). Exploring the heterogeneity in clinical presentation and functional impairment of postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 183-194.
- Cox, J.L., Holden, J.M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cuijpers, P. (2004). On the threshold of subthreshold depression: Reply. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(4), 311-312.
- Cuijpers, P., de Graaf, R. et van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 71-79.
- Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I. et Khalifé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health*, 9(2), 95-102.
- da Silva Lima, A.F.B. et de Almeida Fleck, M.P. (2007). Subsyndromal depression: An impact on quality of life? *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 163-169.
- Dayan, J. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson.
- Demyttenaere, K., Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Gasquet, I., Kovess, V., ... & Alonso, J. (2008). Clinical factors influencing the prescription of antidepressants and benzodiazepines: Results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD). *Journal of affective disorders*, 110(1), 84-93.
- Derogatis, L.R., Rickels, K. et Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289.

- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M., Kennedy, E. et David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The quality of life systemic inventory. *Quality of life and cardiovascular care*, 5(1), 36-45.
- Evins, G.G., Theofrastous, J.P. et Galvin, S.L. (2000). Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(5), 1080-1082.
- Ferreri, M. (2003). *La dépression au féminin*. John Libbey Eurotext.
- Gale, S. et Harlow, B.L. (2003). Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 257-266.
- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S. et Miller, W.C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary.
- Godfroid. (1997). Critères DSM-IV pour la dépression du post-partum : critiquables? *Encéphale*, 23(3), 225-231.
- Goldney, R.D., Fisher, L.J., Dal Grande, E. et Taylor, A.W. (2004). Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 293-298.
- Goudemand, M. (2010). Les états dépressifs. *Lavoisier: Médecine Sciences Publications*.
- Halbreich, U. et Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 91(2), 97-111).
- Kendall-Tackett, K.A. (2016). *Depression in new mothers: Causes, consequences, and treatment alternatives*. Taylor & Francis.
- Kendler, K.S. et Gardner, J.C.O. (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 172-177.

- Lagerberg, D., Magnusson, M. et Sundelin, C. (2011). Drawing the line in the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): A vital decision. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 23(1), 27-32.
- Landry, M. (1976). *L'adaptation française d'un questionnaire d'anxiété : Fidélité, validité et normalisation avec une population étudiante de niveau collégial*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- Magnusson, M., Lagerberg, D. et Sundelin, C. (2011). How can we identify vulnerable mothers who do not reach the cut off 12 points in EPDS? *Journal of Child Health Care*, 15(1), 39-49.
- Marois, D. et Dupuis, G. (2006). Comparaison de la qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujets affectés par différents troubles de santé ainsi qu'avec des sujets en santé. *Université du Québec à Montréal*.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. et Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Can J Public Health*, 89(3), 183-187.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457.
- O'Hara, M.W. et Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Rapaport, M.H. et Judd, L.L. (1998). Minor depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 227-232.
- Rapaport, M.H., Judd, L.L., Schettler, P.J., Yonkers, K.A., Thase, M.E., Kupfer, D.J., Frank, E., Plewes, J.M., Tollefson, G.D. et Rush, A.J. (2002). A descriptive analysis of minor depression. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 637-643.

- Righetti-Veltema, M., Nanzer, N., Conne-Perreard, E., Manzano, J. et Palacio-Espasa, F. (2007). *Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ?*
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S. et Delfosse, S. (2008). Adaptation à la maternité: Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. [Adaptation to motherhood: Discontinuity in pre-and post-partum anxiety and predictive value of various types of maternal anxiety.]. *Devenir*, 20(2), 151-171.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). State-trait anxiety inventory. Palo Alto.
- Shea, E. et Tronick, E.Z. (1988). The Maternal Self-Report Inventory: A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. *Theory and research in behavioral pediatrics*, 4, 101-139.
- Udangiu, L.N., Moldovan, M., Motoescu, E.P. et Papuc, C. (2010). Clinical and Therapeutic Management in Postpartum Depression. *Management in Health*, 21-22.
- Weinberg, M.K., Tronick, E.Z., Beeghly, M., Olson, K.L., Kernan, H. et Riley, J.M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 87-97.



Table 1 Participants' characteristics according to severity of postnatal depressive symptoms

Variables <sup>6</sup>	Groups			p
	Group 1 (n=34) Absence EPDS≤8	Group 2 (n=28) Minor 9<EPDS≤12	Group 3 (n=20) Major EPDS≥13	
Postnatal depressive symptomatology				
EPDS	4.23 (1.93)	9.96 (0.88)	16.15 (3.43)	<0.000
BDI-II <sup>7</sup>	8.41 (4.12)	15.78 (5.92)	23.85 (8.28)	<0.000
Socio-demographic variables				
Age	31.88 (3.86)	28.92 (5.29)	30.65 (4.82)	0.049
Civil status				N/A <sup>8</sup>
In couple	34 (100)	28 (100)	18 (90)	
Single	0 (0)	0 (0)	2 (10)	
Education level				0.046
Primary/secondary/DEP <sup>9</sup> [vocational]	1 (2.9)	7 (25)	6 (30)	
College	10 (29.4)	5 (17.9)	6 (30)	

<sup>6</sup> For continuous variables, means are indicated outside parentheses and standard deviations, inside parentheses. For categorical variables, the number of subjects per category is indicated outside parentheses and the percentage, inside parentheses.

<sup>7</sup> The response categories for the BDI-II are: 0 to 13=minimum; 14 to 19=slight; 20 to 28=moderate; 29 to 63=severe..

<sup>8</sup> N/A: A difference can be observed between the groups regarding civil status. However, 3 out of 6 cells indicate expected frequencies under 5.

<sup>9</sup> DEP=Vocational Studies Diploma..

University	23 (67.6)	16 (57.1)	8 (40)	0.014
Annual household income				
\$59,000 and under	1 (2.9)	10 (35.7)	4 (20)	
\$60,000 to \$99,999	10 (29.4)	8 (28.6)	4 (20)	
\$100,000 and over	23 (67.6)	10 (35.7)	12 (60)	
Gynaecological/obstetric variables				
Age of baby	7.46 (1.23)	8.75 (1.54)	8.94 (1.22)	<0.000
Planned pregnancy				0.015
Yes	29 (85.3)	17 (60.7)	10 (50)	
No	5 (14.7)	11 (39.3)	10 (50)	
Previous depression				0.008
Yes	18 (52.9)	22 (78.6)	18 (90)	
No	16 (47.1)	6 (21.4)	2 (10)	

---

Table 2 Dependent variables: anxiety and psychological distress

Variable	Groups			Comparison			
	Group 1 (n=34)	Group 2 (n=28)	Group 3 (n=20)	1 versus 2		2 versus 3	
	EPDS≤8	9<EPDS≤12	EPDS≥13	Z	P	Z	P
STAI							
State	31.23 (7.4)	37.17 (11.47)	48.01 (11.75)	-4.67	0.00	-2.93	<0.00
Trait	31.20 (6.64)	42.75 (9.66)	51.55 (8.71)	-2.25	0.02	-3.11	<0.00
PDMMS <sup>10</sup>							
Total	36.91 (5.59)	53.03 (12.46)	67.05 (11.92)	-5.31	0.00	-3.35	<0.00
Self-esteem	10.32 (1.60)	14.92 (4.1)	19.85 (5.26)	4.6	0.00	-3.07	<0.00
Social							
Disengagement	8.91 (2.03)	12.35 (3.31)	16.20 (3.69)	-4.26	0.00	-3.39	<0.00
Irritability	8.47 (1.83)	12.25 (4.24)	13.30 (3.19)	-3.86	0.00	-1.07	0.28
							Effect size
							Effect size

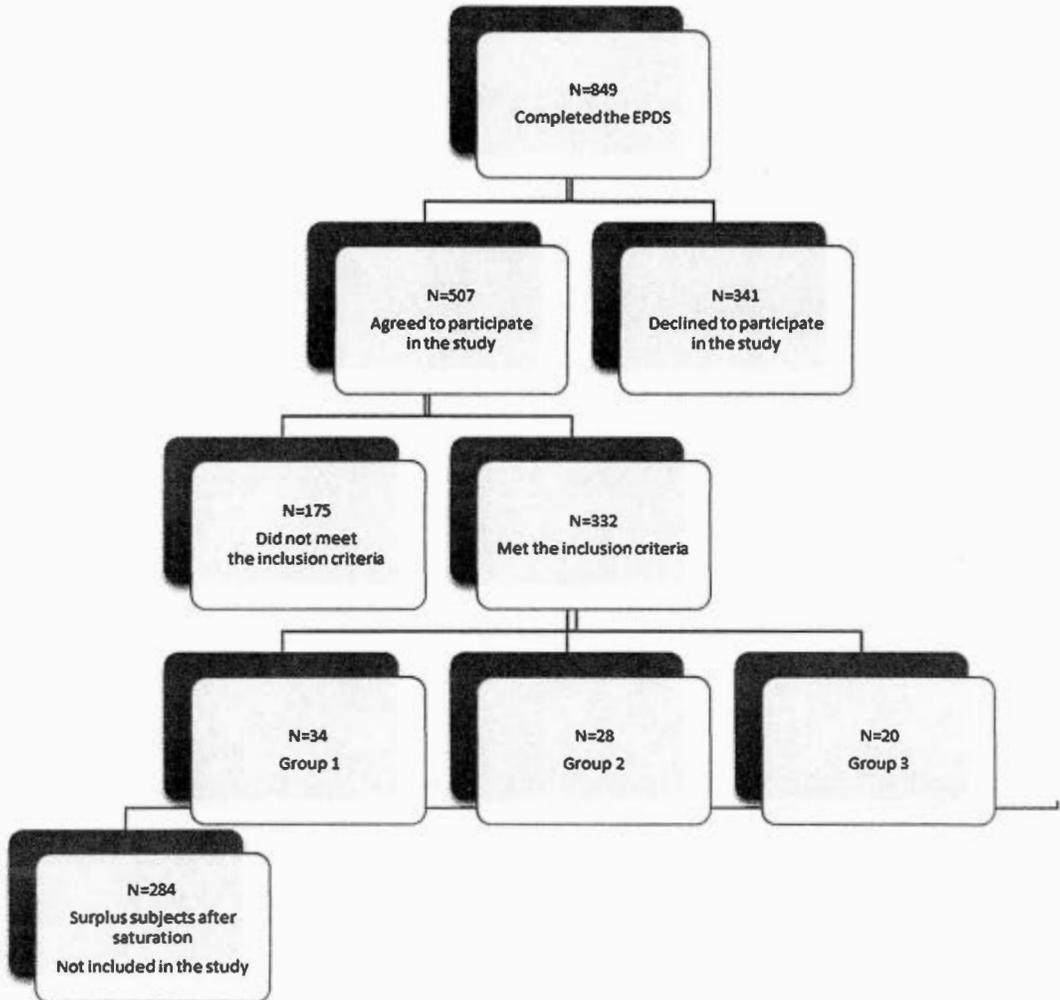
<sup>10</sup> The anxiety/depression subscale of the PDMMS was not selected from among the subscales, given that anxiety and depression are already measured by the STAI scale for anxiety and the EPDS and BDI-II for depressive symptomatology.

Table 3 Dependent variable: quality of life based on pursuit of life objectives

QOLBO (Gap)	Groups						Comparison			
	Group 1 (n=34)		Group 2 (n=28)		Group 3 (n=20)		1 versus 2		2 versus 3	
	EPDS≤8	9<EPDS≤12	EPDS≥13	Z	P	Effect size	Z	P	Effect size	
Overall	3.52 (1.86)	6.13 (3.23)	10.06 (3.67)	-3.49	0.00	0.44	-3.51	<0.00	0.51	
Physical	3.69 (2.21)	5.11 (4.02)	8.53 (3.85)	-1.35	0.17	0.17	-3.28	<0.00	0.47	
Cognitive	4.21 (1.85)	6.30 (6.10)	11.26 (10.10)	-1.38	0.16	0.18	-2.44	0.01	0.35	
Social/family	3.30 (3.82)	4.72 (5.84)	7.23 (5.38)	-1.65	0.09	0.21	-1.52	0.12	0.22	
Couple <sup>11</sup>	4.91 (3.79)	6.78 (5.27)	13.91 (12.64)	-1.37	0.16	0.18	-2.05	0.03	0.3	
Leisure	4.62 (3.16)	7.09 (4.64)	8.89 (4.85)	-2.13	0.03	0.27	-1.23	0.21	0.18	
Work	2.52 (2.76)	6.06 (5.07)	9.76 (11.85)	-2.63	0.00	0.33	-1.29	0.19	0.19	
Housekeeping	2.16 (3.70)	5.46 (5.07)	8.43 (7.50)	-2.06	0.03	0.26	-1.4	0.16	0.2	
Affective	3.10 (2.28)	9.39 (6.41)	17.51 (7.79)	-4.3	0.00	0.55	-3.63	<0.00	0.53	
Postpartum	2.95 (1.91)	4.73 (3.42)	7.13 (3.35)	-2.5	0.01	0.32	-2.34	0.01	0.34	

<sup>11</sup> Couple N=81. Data missing, as one subject did not feel the life area applied to her (single) and hence preferred not to answer this subscale

Figure 1 Distribution of subjects





### CHAPITRE III

NATURE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE POSTNATALE VERSUS  
NON POSTNATALE : UNE ANALYSE QUALITATIVE

ARTICLE SOUMIS POUR PUBLICATION À LA REVUE QUÉBÉCOISE DE  
PSYCHOLOGIE



**NATURE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE POSTNATALE  
VERSUS NON POSTNATALE : UNE ANALYSE QUALITATIVE**

**NATURE OF DEPRESSION POSTNATALE SYMPTOMATOLOGY VERSUS  
NON POSTNATAL: QUALITATIVE ANALYSIS**

Stéphanie GORON, M.P.s., DESS, Ph.D/Psy D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Gilles DUPUIS, Ph.D.

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Catherine des RIVIÈRES-PIGEON, Ph.D.

Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Marie Josée BÉDARD, M.D., FRCPC.

Centre des naissances, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Québec, Canada

Nicole REEVES, M.P.s, Ph.D. (c).

Centre des naissances, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Québec, Canada



## RÉSUMÉ

Il n'y pas de consensus concernant la spécificité des symptômes de la dépression postnatale (DPP). Cet article rapporte les résultats d'une étude qualitative inductive visant à éclairer les similitudes et les différences entre les symptômes de la DPP vs ceux de la dépression non postnatale (DNP). Le contenu de 20 entretiens de mères en DPP et de 10 mères en DNP a été analysé. Les deux groupes présentent un profil symptomatologique similaire. Les quelques différences observées ne justifient pas la création d'un diagnostic distinct pour la DPP. Toutefois, elles suggèrent des pistes intéressantes pour la prévention de la DPP.

Mots-clés : dépression postnatale, dépression non postnatale, symptomatologie



## ABSTRACT

There is no consensus regarding the specificity of symptoms of postpartum depression (PPD). This article reports the results of a qualitative inductive study to clarify the similarities and differences between the symptoms of PPD and those of non-postnatal depression (NPD). The contents of 20 interviews of mothers in DPP and 10 in DNP were analyzed. Both groups have a similar symptomatological profile. The few differences observed do not justify the creation of a separate diagnosis for the PPD. However, they suggest some interesting avenues for the prevention of PPD.

**Key words :** postpartum depression, not postnatal depression, symptoms



## INTRODUCTION

À l'heure actuelle, la dépression du postpartum (DPP) constitue un problème majeur de santé publique qui affecte profondément la santé de la mère, de l'enfant et de la famille (Sword, Clark, Hegadoren, Brooks & Kingston, 2012). Un taux moyen de prévalence de 13 % est généralement rapporté (O'Hara & Swain, 1996). Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (American Psychiatric Association [APA], 2013) établit comme suit le diagnostic de DPP. Il prescrit de retenir les symptômes d'un épisode dépressif majeur (EDM) avec la spécificité que ceux-ci surviennent au cours de la grossesse ou durant les quatre premières semaines du postpartum (APA, 2013). Depuis son introduction dans la *DSM-IV* en 1994, la DPP est définie comme une dépression majeure (DM), comparable aux dépressions qui surviennent à d'autres périodes de la vie. Cette classification reconnaît une similarité entre les symptômes de la DPP et de la DM et suggère que la principale caractéristique de la DPP est sa relation temporelle avec l'accouchement (Church, Dunstan, Hine & Marks, 2009).

### Controverse entourant la définition de la DPP

Malgré cette reconnaissance nosologique, l'analyse des écrits révèle une certaine confusion dans la définition de la DPP. Bien que certains chercheurs et cliniciens reconnaissent que la DPP ne diffère pas qualitativement de la DNP (Whiffen, 1992; Cooper, Campbell, Day, Kennerley & Bond, 1988; Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, 2001; Cooper *et al.*, 2007; DiFlorio et Meltzer-Brody, 2015), un certain nombre d'entre eux soutiennent que les symptômes de la DPP sont différents de ceux de la DNP de par leur nature et leur fréquence (Born & Steiner, 1999; Dalton &

Holton, 1996; Pitt, 1968; Bernstein *et al.*, 2008; Whiffen & Gotlib, 1993; Nieland & Roger, 1997; Wisner, Peindl & Hanusa, 1999; Eberhard-Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrondal & Eskild, 2003; Ugarriza, 2002). Ils allèguent que la présentation clinique de cette condition est unique. Certains s'interrogent à cet égard sur la pertinence d'envisager pour la DPP un diagnostic spécifique, qui la distinguerait de la DNP.

### Spécificité des symptômes : état de la recherche

Pitt (1968), fut le premier à souligner le caractère atypique de la DPP. Selon lui, elle présente des particularités qui lui sont spécifiques en raison de l'importance des symptômes qu'il qualifie de « névrotiques » et parce que certaines caractéristiques se manifestent de façon opposée à ce que l'on retrouve habituellement dans la dépression classique. Un certain nombre de travaux ont permis d'appuyer les résultats de Pitt (1968). Certains chercheurs s'entendent en effet pour avancer qu'aux signes classiques de dépression (pleurs, fatigue, perte d'intérêt, difficultés de concentration et de mémoire, etc.) s'ajoute une myriade d'émotions dont les composantes majeures sont l'anxiété, l'irritabilité, la culpabilité (concernant l'incapacité d'aimer le nourrisson ou d'en prendre soin) et la présence de craintes obsessionnelles à l'égard de l'enfant (Beck, 2002; Beck & Indman, 2005; Born & Steiner, 1999; Brockington, 1996; Clemmens, Driscoll & Beck, 2004; Dalton & Holton, 1996; Halbreich & Karkun, 2006; Knudson-Martin & Silverstein, 2009; Pitt, 1968; Robertson, Curtis, Lasher, Jacques & Tom, 2013; Ross, Evans, Sellers & Romach, 2003). Des symptômes spécifiques au contexte postnatal, tels que le sentiment d'être submergé ou de se sentir inadéquate concernant les soins maternels, sont également soulignés (Pitt, 1968; Ferreri, 2003).

Certaines recherches ont également démontré que contrairement à la dépression classique, la DPP ne serait pas particulièrement empreinte de tristesse. L'humeur serait davantage labile, avec une détresse plus marquée en fin de journée plutôt qu'en début de journée. Elle serait caractérisée par moins de réveils précoces, de ralentissement moteur, de désespoir et d'idées suicidaires (Pitt, 1968; Appleby, 1991). Certains soutiennent que bien qu'il s'agisse d'un trouble de l'humeur, les patientes ne l'exprimeraient pas comme telles (Dayan, 2003). L'humeur dépressive, conditionnelle au diagnostic de DPP, ne constituerait donc pas nécessairement le symptôme premier ou prédominant de cette condition (Beck & Indman, 2005). La souffrance éprouvée en contexte postnatal est comparée à un caméléon; son expressivité va dépendre des caractéristiques individuelles de la personne atteinte et du contexte socioculturel (Beck, 2002). Les unes peuvent éprouver plus spécifiquement des sentiments d'anxiété, de culpabilité de ne pas être une bonne mère et des peurs. Les autres peuvent vivre davantage de pensées obsessionnelles de nuire au bébé, et ressentir de la colère et de la solitude.

Quelques chercheurs ont tenté d'étudier la question de la spécificité de la symptomatologie de la DPP en comparant les symptômes de cette condition à ceux d'un groupe de mères en DNP. Ils ont ainsi cherché à déterminer les différences et les similitudes entre ces deux formes de dépression. Paradoxalement, ce type de travaux a suscité peu d'attention chez les chercheurs et les résultats de ces études demeurent controversés (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996; Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007; Hendrick, Altshuler, Strouse & Grosser, 2000; O'Hara, Zekoski, Philipps & Wright, 1990; Whiffen & Gotlib, 1993; Wisner *et al.*, 1999). Elles confirment toutefois, chez les mères en DPP, la présence d'idées obsédantes et de la peur de nuire au bébé.. Ces études soulignent aussi la présence de difficultés de concentration et de prise de décisions, qui semblent plus marquées chez les mères en DPP. Elles présenteraient aussi une moins bonne estime de soi. Ce type

d'études indiquent également la présence de manifestations opposées à ce qui est habituellement observé dans la dépression classique : moins de ralentissement moteur, de perte d'intérêt et d'idées suicidaires que chez les mères souffrant de DNP. Toutefois, elles ne semblent pas confirmer la présence d'une irritabilité plus importante chez les mères en DPP. Tout comme la fatigue (le faible niveau d'énergie), l'irritabilité constituerait une caractéristique majeure de la dépression, tant en contexte postnatal que dans les autres formes de dépression. Quant aux résultats relatifs à l'anxiété, la tristesse, l'insomnie, la perte de poids, les réveils précoces, les plaintes somatiques et l'agitation, ceux-ci demeurent incohérents. Ces études font donc état de résultats contradictoires. Même si certaines d'entre elles révèlent des différences au niveau symptomatologique entre la DPP et la DNP, celles-ci ne sont pas toujours répliquées dans d'autres études (Cunningham, Brown, Brooks & Page, 2013).

### Problématique

Actuellement, il y a absence de consensus concernant la symptomatologie de ce phénomène dépressif qui demeure complexe et contradictoire. Plusieurs raisons peuvent être invoquées. Tout d'abord, notons que cette vision distincte des symptômes de la DPP est presque absente des recherches épidémiologiques qui la mesurent selon les symptômes de l'EDM (Des Rivières-Pigeon, Gagné & Vincent, 2012). Les études de cette nature recueillent leurs données à l'aide de mesures standardisées et basées principalement sur la mesure des symptômes dépressifs. De plus, la grande majorité des recherches n'utilise pas de groupe de comparaison de mères en DNP. Les rares études qui se sont attardées à comparer ces deux phénomènes dépressifs révèlent des résultats qui nécessitent d'être corroborés. À notre connaissance, aucune étude de ce genre n'a été menée à ce jour à l'aide d'une

méthodologie qualitative. Pourtant, les études qui ont été menées au moyen d'une telle méthode permettent de produire des réponses davantage explicitées. La prise en considération de la perception des mères qui souffrent de DPP permet de contextualiser et d'illustrer l'éventail de symptômes qui les affectent et qui ne se limitent pas à ceux de l'EDM. Une meilleure connaissance des symptômes de la DPP a des implications pour la prévention de ce trouble. Cette recherche tentera donc de pallier l'absence d'étude qualitative utilisant un groupe de comparaison de mères en DNP afin de mieux comprendre la nature de la symptomatologie de la DPP. Elle permettra ainsi de préciser si cette forme de dépression se manifeste de manière semblable ou différente de la DNP.

#### OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Cette recherche a pour but de clarifier la question de la spécificité des symptômes de la DPP. L'objectif principal est de documenter sur la base de l'analyse des propos des participantes, les symptômes tels que perçus par les mères en DPP et en DNP. L'analyse des similitudes et des différences entre ces deux phénomènes dépressifs contribuera à élaborer une image clinique plus claire de la symptomatologie dépressive en contexte postnatal.

#### MÉTHODOLOGIE

Cette recherche utilise un devis qualitatif inductif. Les résultats attendus de cette démarche se composent des catégories les plus révélatrices de l'objectif de recherche initial (Blais & Martineau, 2006).

## Participant

Vingt mères souffrant de DPP et dix mères souffrant de DNP ont été recrutées sur une base volontaire de février 2008 à septembre 2009. Ce protocole de recherche a été approuvé par les comités scientifiques et d'éthique à la recherche des diverses institutions concernées. *Les mères en DPP* ont été recrutées lors de leur premier rendez-vous gynécologique postnatal (6<sup>e</sup> semaine postpartum), au Centre des naissances d'un hôpital de la région de Montréal et dans plusieurs bureaux privés de gynécologie/obstétrique de la région de Montréal. Elles proviennent d'une précédente recherche plus vaste dont l'objectif visait à préciser la sévérité du phénomène dépressif en contexte postnatal. *Les mères en DNP* ont été recrutées dans deux hôpitaux ainsi que dans divers centres communautaires, également de la région de Montréal. Les critères d'inclusion sont les suivants : (1) avoir reçu un diagnostic de DM, (2) maîtriser le français, (3) être âgée entre 18 ans et 45 ans, (4) être née au Québec. (5) Pour les mères en DPP, avoir donné naissance à un enfant âgé entre 6 et 12 semaines (primipare ou multipare); celles ayant donné naissance avant 37 semaines n'ont pas été incluses dans cette recherche. (6) Pour les mères en DNP, avoir au moins un enfant ou plus, âgé entre 3 ans et 10 ans. Les femmes en DPP et en DNP, mères de jumeaux ou celles souffrant de psychose n'ont pas été retenues pour cette étude.

Le principe de saturation des données a été respecté. Notons que, concernant le groupe de mères en DNP, nous avons cessé de recueillir de nouvelles données après 10 entretiens en raison de la difficulté de recrutement. Toutefois, nous pensons avoir atteint la saturation, car la majorité des catégories de contenus pour ce groupe présentait un individu et plus. De fait, seulement deux catégories sur les 36 présentées dans le Tableau 3, ne rapportent aucun sujet.

## Instruments de collecte des données

*Mesure des caractéristiques sociodémographiques et informations relatives aux antécédents de dépression et aux habitudes de consommation.* Ce questionnaire recueille des renseignements d'identifications personnelles, tels que l'âge, l'état civil, la durée de l'union maritale, le nombre d'enfants, le niveau de scolarité et les revenus annuels familiaux, les habitudes de consommation (alcool, drogue, caféine) et les antécédents de dépression.

*Mesure de la symptomatologie dépressive postnatale.* L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*; Cox, Holden & Sagovsky, 1987) est un instrument autoadministré constitué de 10 items permettant d'évaluer la symptomatologie dépressive durant la période postnatale.

*Mesure de la symptomatologie dépressive non postnatale.* Le *Beck Depression Inventory II (BDI-II)*, Beck, Steer & Brown, 1996) est un instrument auto évaluatif comprenant 21 items basés sur les critères du DSM-IV (APA, 1994) pour la DM.

*Entrevue diagnostique pour la dépression.* Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Seehan *et al.*, 1998), ou *MINI*, est un guide d'entretien semi-structuré destiné à établir un diagnostic psychiatrique selon les critères relatifs aux troubles de l'axe I du DSM-IV (APA, 1996). Il a été administré à l'ensemble de l'échantillon afin de s'assurer que toutes les participantes répondent aux critères complets d'une DM.

*Mesure de l'anxiété.* Le *State Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970); la version française (Bergeron, Landry & Bélanger, 1976; Landry, 1976), le *IASTA*, a été utilisée pour évaluer l'anxiété des participantes. Il évalue deux types d'anxiété : l'anxiété état, qui mesure l'état émotionnel au moment de

l'évaluation et l'anxiété trait, qui évalue la disposition personnelle du sujet à éprouver de l'anxiété.

*Entrevue semi-structurée.* Les propos des mères ont été recueillis à l'aide d'une entrevue individuelle en face à face. D'une durée approximative de 45 minutes, celle-ci a été élaborée dans le but de recueillir les symptômes perçus qui caractérisent l'expérience de dépression des mères en DPP et en DNP. Les questions ouvertes posées lors de cette entrevue ont été développées à partir du modèle de représentation cognitive de la maladie proposé par Leventhal, Meyer et Nerenz (1980), et composé des cinq dimensions suivantes : identité, causes perçues, chronologie, conséquences, traitement et contrôle. Seule la dimension identité (symptômes perçus) est présentée dans cet article.

### Déroulement

Toutes les participantes ont été invitées à compléter l'*EPDS*. Annexés à celui-ci, on retrouvait une description de la recherche et de ses objectifs, un bref questionnaire incluant les critères d'inclusion/exclusion et un formulaire de consentement écrit autorisant la chercheuse principale à contacter par téléphone les participantes rencontrant les critères de l'étude, afin de leur fournir de plus amples informations sur le déroulement de la recherche. Après l'obtention de ces informations, si elles étaient encore intéressées, une rencontre pour une entrevue à domicile était fixée. Avant de débiter l'entrevue, un second formulaire de consentement, décrivant les principes de confidentialité ainsi que les consignes pour compléter les questionnaires a été remis à chaque participante. L'ordre des questionnaires a été complété en la présence de l'examineur et soumis comme suit : 1. Questionnaire sociodémographique 2. *EDPS* 3. *BDI-II* 4. *IATA* 5. *MINI*. Une entrevue semi-structurée a ensuite été réalisée.

## Analyse des données

### Analyses descriptives de l'échantillon

Dans le but de décrire les deux groupes, des analyses descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SIM-Stat 2.6.5 sur les variables sociodémographiques, les habitudes de consommation, les antécédents de dépression et les niveaux d'anxiété et de dépression. Ces analyses sont les suivantes : analyses descriptives (moyenne, écart type, fréquence et %) et comparaisons des moyennes des deux groupes par test t, Man-Whitney ou Chi2 selon la nature des variables (dichotomique et catégorielle) et leur degré de normalité. Pour les statistiques descriptives, un seuil alpha de 0,05 a été utilisé.

### Analyses des entrevues

Les entrevues semi-structurées ont été enregistrées, puis fidèlement retranscrites. Une analyse de contenu thématique a été réalisée sur l'ensemble du verbatim, selon les principes décrits par Van der Maren (1996). Cette méthode a été privilégiée parce qu'elle permet de mettre en lumière des différences et des similarités au sein des données (Braun & Clarke, 2006). C'est également une méthode flexible qui s'applique à travers des approches théoriques et épistémologiques différentes et qui permet de rendre accessibles les données destinées au public (Van der Maren, 1996). Chaque entrevue a été lue plusieurs fois afin que nous puissions nous familiariser avec le contenu du verbatim. Le corpus a été soumis à une analyse transversale. Ce type d'analyse vise à comparer des variables et à établir des différences entre divers groupes (Roy & Garon, 2013). Le codage du matériel a été réalisé par une équipe de cinq personnes (étudiants en psychologie) à l'aide du logiciel QDA Miner (Péladeau,

2004) sur base d'une grille de codage mixte. Seuls les segments de texte portant sur les symptômes perçus de la dépression par les mères qui ont été préalablement sélectionnées, ont été codifiés. L'unité d'analyse considérée est la phrase ou le paragraphe. Chaque segment a été placé sous une catégorie de symptômes : émotionnel, physique, comportemental, cognitif, selon la classification proposée par Greenberger, Padesky, Chassé, Pilon et Morency (2004). Afin d'assurer la congruence ou la fidélité inter-codeurs, un contre-codage a été réalisé en calculant l'indice de Krippendorff sur 25 % du corpus des 30 entrevues, ce qui a donné lieu à un accord inter-juges de 80.8 %. Un codage inverse pour vérifier la fidélité intra-codeurs a aussi été réalisé sur l'ensemble du verbatim. Par la suite, une réduction des codes a été opérée, les segments présentant des traits communs ont été regroupés sous un même code. Cette étape d'inférence plus élevée a été réalisée sous forme de discussion entre deux chercheurs jusqu'à obtention d'un consensus.

Le critère de présence/absence du code (pourcentage d'occurrence) a été retenu, permettant ainsi de comparer le nombre de mères en DPP avec le nombre de mères en DNP pour lesquelles le symptôme apparaît. Une analyse sur base du calcul des pourcentages d'occurrence des symptômes, produite à partir du logiciel QDA Miner, a permis de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les deux groupes de mères. Les résultats concernant la taille d'effet ont également été pris en considération : petite taille d'effet ( $r=0,15$ ), moyenne (0,30) et grande (0,50). Considérant la petite taille de notre échantillon, une taille d'effet de 0,30 a servi de critère pour identifier des différences notables entre les deux groupes de mères, plutôt qu'un seuil alpha fixe. Toutefois, les seuils alpha observés sont inclus dans le tableau 3. Pour illustrer les différents thèmes issus de l'analyse des entrevues, les extraits les plus représentatifs du thème ont été sélectionnés.

L'interprétation de l'ensemble des données a été faite selon les recommandations de Van der Maren (1996), reposant sur le parallélisme intersubjectif et le principe de superposition des plans. Les hypothèses émises ont été mises en lien avec le cadre théorique. Nous avons ensuite procédé à la validation et à la vraisemblance de celles-ci.

## RÉSULTATS

### Données descriptives de l'échantillon

Le Tableau 1 présente les caractéristiques des deux groupes. La majorité des mères en DPP ont été évaluées à domicile (90 %) entre la 8<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> semaine du postpartum (8,9 semaines). Elles sont âgées de 30,6 ans en moyenne. Elles sont majoritairement primipares, de niveau de scolarité collégial ou universitaire et elles vivent en couple depuis 6,5 ans. Trente-cinq pour cent d'entre elles ont déjà reçu un diagnostic antérieur de DM. Quant aux mères en DNP la majorité a été évaluée à domicile (70 %). Elles sont âgées de 35,8 ans en moyenne. Elles vivent pour la plupart en couple depuis 10 ans. Quarante pour cent sont célibataires. Elles sont majoritairement multipares (deux enfants âgés de 8 ans en moyenne) et de niveau de scolarité à la fois universitaire (40 %) et primaire/secondaire/DEP (40 %). Cinquante pour cent d'entre elles rapportent des antécédents de diagnostic de DM.

Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes de mères en dépression en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents de dépression, ainsi que les habitudes de consommation, excepté en ce qui a trait à l'âge des participantes et à leurs revenus annuels familiaux. Les mères en

DPP sont plus jeunes ( $p=0,01$ ) et jouissent de revenus plus élevés que les mères en DNP ( $p=0,02$ ). Il faut mentionner des tailles d'effet moyennes observées entre les deux groupes de mères concernant l'état civil ( $p=0,0528$ ). Les mères en DPP sont plus nombreuses à vivre en couple.

---

Insérer tableau 1 ici

---

Le tableau 2 indique qu'aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes pour le score total de la symptomatologie dépressive sur l'*EPDS* ( $p=0,5940$ ) ni sur le *BDI-II* ( $p=0,0612$ ). Par contre, tenant compte de la taille d'effet sur le *BDI-II*, les mères en DPP semblaient présenter une symptomatologie dépressive moins sévère que les mères en DNP. L'ensemble de l'échantillon ( $N=30$ ) se caractérise par une symptomatologie dépressive majeure ( $EPDS \geq 13$  et  $BDI-II \geq 23$ ). Le diagnostic de DM a été confirmé par le *MINI* pour toutes les mères chez qui la présence d'une DM a été détectée à l'aide de l'*EPDS*.

Aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne les niveaux d'anxiété (état et trait) entre les deux groupes de mères.

---

Insérer le tableau 2 ici

---

#### Profils des symptômes perçus des mères en DPP et en DNP

L'analyse de contenu thématique a permis de dégager un total de 2191 segments codés pour les symptômes perçus, soit : émotionnels (993 segments codés, 45,32 %), physiques (392 segments codés, 17,89 %), comportementaux (312 segments codés,

14,24 %) et cognitifs (494 segments codés, 22,54 %). Le Tableau 3 présente les pourcentages d'occurrence des symptômes par groupe (DPP-DNP) répertorié au fil du discours des 30 mères. En raison de l'abondance du matériel recueilli, la présentation des résultats se limite aux symptômes les plus prévalents (occurrence supérieure ou égale à 50 %) qui caractérisent l'expérience dépressive. Ensuite, afin de dresser leur portrait symptomatologique, les similitudes et les différences de symptômes observées entre les deux groupes de mères sont décrites. Les différences dont la taille d'effet est égale ou plus grande qu'une taille moyenne sont soulignées et illustrées par les propos des mères.

#### Symptômes émotionnels.

L'analyse indique que la majorité des mères en dépression (N=30) rapportent éprouver de la tristesse. Cette tristesse s'accompagne d'irritabilité, d'anxiété, de perte d'intérêt, de sentiment d'être dépassée, de peur, de colère et de sentiment d'impuissance et de perte de contrôle de façon à peu près équivalente entre les deux groupes de mères.

Les mères en DPP se distinguent toutefois des mères en DNP par la présence d'une culpabilité prédominante. Elles rapportent éprouver plus d'insatisfaction et de déception quant au rôle de mère et au manque de soutien social ou au type d'aide reçu par l'entourage. Elles rapportent aussi éprouver plus de difficultés émotionnelles en fin de journée. Notons que si l'ensemble des mères en dépression rapporte se sentir en colère, une différence quant à la nature de cette colère est observée entre les deux groupes.

---

Insérer le tableau 3 ici

---

### Culpabilité prédominante et perception de la défaillance du rôle maternel

Les mères en DPP rapportent se sentir plus coupables que les mères en DNP. Cette culpabilité est ressentie envers leurs enfants et leur conjoint en raison de leur incapacité à remplir leur rôle de mère ou à être une mère parfaite lorsque vient le temps de gérer les soins du bébé et les besoins de leur famille (comprendre et répondre adéquatement aux besoins du bébé, allaiter, rester en contrôle de ses émotions malgré la fatigue) :

Je pense que le sentiment de culpabilité vient beaucoup avec la maternité et le sentiment d'être inadéquate [...]. Je voudrais être parfaite pour mon conjoint, mes enfants, pour moi-même. Je n'y arrive pas parce que les standards sont trop élevés. (DPP 61);

Je culpabilise de ne pas tout le temps être capable de répondre à ce qu'il a [en parlant du bébé]. (DPP 51).

La moitié des mères en DPP disent se sentir plus insatisfaites que les mères en DNP par rapport à leur rôle de mère. Elles se disent déçues de leurs propres réactions émotionnelles face à la maternité ou de ne pas se sentir tout simplement heureuse d'avoir un bébé qui soit en bonne santé. Elles rapportent aussi être déçues de l'isolement que la maternité engendre ou encore du manque de soutien et du type d'aide reçu par leur entourage :

Ce n'était pas ce tableau-là que je voyais [...]. Pourtant, j'ai tout ce que je veux. Je suis supposée être très heureuse en ce moment. Je m'attendais à me voir plus enjouée. Je ne me sens pas bien. Je ne suis pas moi-même. Je voudrais être plus détendue. Ça me déçoit. (DPP55).

Je suis vraiment déçue, j'aurais pensé que les gens allaient être plus présents. Au début, le premier mois, tout le monde voulait venir à la maison, mais j'étais fatiguée. Je ne voulais voir personne, mais tout le monde voulait venir pour voir le bébé. C'est là que j'ai besoin d'aide et il n'y a personne! (DPP 83).

Plus de difficultés émotionnelles en fin de journée.

La majorité des mères en DPP rapportent éprouver plus de difficultés émotionnelles en soirée, alors que les mères en DNP se sentent plus mal le matin au réveil.

C'est surtout en fin de journée [qu'elle éprouve de la tristesse]. La fatigue qui se fait sentir, ça donne un coup, puis là, tout vient me chercher super facilement. (DPP 80);

[...] la tristesse et les pleurs sont fréquents Ça peut arriver plus souvent le matin. C'est là que c'est le plus difficile, quand je me lève. Mais c'est quand même présent le reste de la journée. (DNP06).

La colère envers l'entourage : le bébé et le conjoint

La colère éprouvée par les mères en DPP est davantage dirigée vers les autres, particulièrement envers le conjoint et le bébé. Alors que les mères en DNP ont tendance à être plus en colère envers elles-mêmes.

Je pense que c'est beaucoup envers mon conjoint. Lui, il n'est pas obligé d'allaiter. Au début, j'étais en colère contre le bébé. Je me réveillais la nuit quand je l'entendais pleurer et ça me faisait sacrer. Après ça me faisait sentir tellement coupable que je criais. Je trouve ça terrible ! Tu ne peux pas faire ce que tu veux! Ce n'est plus pareil! Ça me fâche! (DPP 01);

Des fois j'ai de la colère. Je ne peux rien faire pour changer les choses. J'ai de la colère, pas nécessairement envers les autres, mais plus contre moi. J'ai l'impression d'être punie, parfois. (DNP01).

### Symptômes physiques

La majorité des mères (N=30) rapportent éprouver une fatigue importante qui s'accompagne, pour plus de la moitié d'entre elles, de difficultés de sommeil et de plaintes somatiques.

Les mères en DPP se distinguent des mères en DNP, car elles rapportent moins de douleurs dorsales et musculaires, de ralentissement psychomoteur, d'insomnie de milieu de nuit. Elles présentent également une tendance à rapporter moins de perte d'appétit.

#### Moins de difficultés de sommeil et d'insomnie

De manière générale, les mères en DPP semblent avoir moins tendance à souffrir d'insomnie, particulièrement de milieu de nuit, que les mères en DNP. Les difficultés de sommeil des mères en DPP sont davantage liées à l'interruption fréquente de leur sommeil en raison des soins du bébé. Seulement trois d'entre elles expliquent avoir de la difficulté à se rendormir par la suite en raison d'inquiétudes. Elles ne rapportent pas non plus de difficulté à se lever le matin, mentionnée spécifiquement par les mères en DNP.

Je ne me réveille pas. Mis à part pour les boires. (DPP 54);

Je dois m'en occuper tout le temps [en parlant du bébé]. C'est quasiment 24 heures sur 24. La nuit je me réveille souvent pour lui. (DPP 83);

J'ai des insomnies. J'ai vécu des nuits où je ne dormais que quelques heures. Je me réveillais avant 1h du matin et je n'étais plus capable de me rendormir. Je me sentais tellement fatiguée que c'était impossible pour moi de me lever le matin. (DNP03).

#### Moins de ralentissement moteur et de plaintes somatiques

Malgré la présence de plaintes somatiques dans le discours des mères en DPP et en DNP, les mères en DPP rapportent moins de douleurs dorsales et musculaires. Elles tendent à évoquer des douleurs de nature diverse, telles que : douleurs dans le bas du ventre et brûlures d'estomac, maux de tête ou nausées et vomissements. Les mères en DPP évoquent également moins de ralentissement moteur, qui caractérise davantage l'expérience des mères en DNP.

#### Symptômes comportementaux.

Les pleurs constituent le symptôme comportemental le plus évoqué par les mères (N=30). Ils s'accompagnent de façon équivalente d'isolement volontaire et de paralysie de la pensée et de l'action. Notons que les conduites dommageables telles que les tentatives de suicide et l'automutilation sont uniquement rapportées par les mères en DNP.

#### Symptômes cognitifs

Les pensées négatives plus particulièrement envers soi, les difficultés de concentration et le manque de confiance en soi constituent les symptômes cognitifs

les plus évoqués par les mères en dépression (N=30). Pour la moitié d'entre elles, ils s'accompagnent de difficultés de mémoire et d'inquiétudes, en lien avec la maternité, mais aussi d'ordre général.

Les mères en DPP se distinguent des mères en DNP, car elles rapportent moins d'idéations suicidaires. Elles disent se sentir plus inadéquates en tant que mères que les participantes en DNP. Elles ont aussi tendance à avoir une meilleure estime d'elles-mêmes, mais elles rapportent davantage de pensées de type « perfectionnistes ».

#### Moins d'idéations suicidaires

Très peu de mères en DPP (n=1) rapportent des idées suicidaires. Celles-ci sont par contre évoquées par plus de la moitié des mères en DNP.

Quand je me suis arrêtée de travailler, la semaine d'après, j'ai été hospitalisée pour des idées suicidaires. C'était trop pour moi. Quand je ne travaille plus, je ne suis plus rien. Je voulais juste mourir! (DNP03).

#### Perfectionnisme et sentiment d'être inadéquate en tant que mère

Les mères en DPP tendent à se sentir davantage inadéquates et à se percevoir comme de mauvaises mères. Elles disent ne pas se sentir à la hauteur en tant que mères. La moitié d'entre elles rapportent vouloir être une mère parfaite pour leurs enfants.

En tant que mère, j'ai l'impression que je pourrais toujours faire mieux. Avec mon fils, je fais juste jouer à la police. Fais pas ci, fais pas ça, plutôt que d'être dans le jeu comme l'est mon conjoint ou ma mère. Je fais toujours autre chose quand je m'occupe de lui. Je passe moins de temps à

le stimuler parce que je n'ai pas le temps. Je ne fais jamais autant de choses que je voudrais ni aussi bien. Je me sens inadéquate en tant que mère, je ne me sens pas à la hauteur. (DPP 64).

Avec les nouvelles tâches et responsabilités, je veux être parfaite. J'ai l'image de la maman qui travaille et qui est bien organisée. Quand je suis avec les enfants, et que je m'occupe de la famille, je pense que le fait que je ne suis pas parfaite et que je ne réussis pas à faire ce que je devrai faire, ça me déprime. (DPP77).

### Mésestime de soi

Les mères en DPP rapportent moins de mésestime d'elle-même que les mères en DNP. La moitié des mères en DNP disent en effet avoir une faible estime d'elle-même. Elles expliquent qu'elles ont tendance à se dévaloriser.

Je n'ai pas une très bonne estime de moi. J'ai tendance à me flageller souvent quand les choses ne vont pas bien. J'ai toujours eu cette tendance, mais maintenant c'est bien pire! (DNP06).

## DISCUSSION

Cette recherche est la première à comparer les similitudes et les différences des symptômes tels que perçus par les mères en DPP et en DNP. Elle avait pour but de documenter l'expérience des mères souffrant de dépression afin de déterminer si les mères en DPP décrivent des symptômes semblables ou différents de ceux des mères en DNP. Les résultats de cette recherche apportent un éclairage relatif à la question de la spécificité des symptômes de la DPP.

### Profil symptomatologique des mères en DPP

Nos résultats indiquent que les mères en DPP et en DNP présentent un profil symptomatologique généralement similaire. L'expérience de la dépression dans les deux groupes est caractérisée par : de la tristesse, des pleurs abondants, une perte d'intérêt et de plaisir accompagnée d'anxiété, d'irritabilité et d'impatience. Cette dysphorie est marquée par une fatigue importante. Des symptômes classiques de difficultés de concentration, de pensées négatives et de manque de confiance en soi comptent également parmi les symptômes les plus rapportés par l'ensemble de notre échantillon. Chez un nombre non négligeable de mères, on note aussi la présence de peurs, de sentiment d'être dépassée, d'impuissance et de perte de contrôle.

Néanmoins, certaines différences ont pu être observées, contribuant à teinter différemment l'expérience de la DPP. Les mères en DPP se caractérisent par une déception et une insatisfaction relatives à leur condition de mère. Les pensées négatives en lien avec l'échec d'être une mère parfaite engendrent chez la plupart d'entre elles une culpabilité importante. Une tendance au perfectionnisme a en effet été observée. Une colère moindre envers soi, mais plus importante envers le conjoint ou le bébé a également été relevée. Notons aussi des manifestations symptomatologiques inhabituelles par rapport au tableau classique de la dépression : les mères en DPP évoquent plus de difficultés au plan de l'humeur en fin de journée plutôt qu'au début, mais avec moins d'idéations suicidaires, de ralentissement moteur, de douleur dorsale et musculaire et de réveils nocturnes. Elles ont également tendance à rapporter moins de perte d'appétit/poids et de mésestime de soi.

Notre étude révèle que les critères symptomatologiques de la DPP semblent les mêmes que ceux de la dépression non postnatale. Bien que les résultats de cette étude

indiquent que les symptômes dépressifs observés en postpartum ne soient pas spécifiques à cette période, quelques particularités propres à la DPP ont pu être relevées. Cependant, nous croyons, tout comme Whiffen (1991), Cooper *et al.*, (2007), DiFlorio *et al.*, 2015 ou encore Beck (2002), que ces quelques différences entre les deux phénomènes dépressifs ne suffisent pas, à elles seules, à justifier la création d'un diagnostic distinct pour la DPP. Les similarités et les quelques particularités sémiologiques de la DPP sont discutées au regard des résultats des études antérieures.

#### Prédominance des symptômes « névrotiques », non spécifique à la DPP

Un certain nombre de chercheurs s'entendent pour avancer que l'expérience de la DPP est marquée par une anxiété et une irritabilité importantes (Beck, 2002; Beck & Indman, 2005; Dalton & Horlon, 1996; Knudson-Martin & Silverstein, 2009; Pitt, 1968; Robertson *et al.*, 2013). Les résultats de notre analyse témoignent de la prédominance de ces symptômes chez les mères en DPP puisque treize d'entre elles sur les vingt, rapportent éprouver de l'irritabilité, et la moitié (n=10) de l'anxiété. Néanmoins, notre analyse indique que l'anxiété et l'irritabilité constituent également des symptômes caractéristiques de l'expérience dépressive chez les mères en DNP. Ces résultats ne sont pas surprenants, puisque l'anxiété coexiste fréquemment avec les symptômes de la dépression (Nanzer, 2009). Dans l'étude de Ross *et al.* (2003), près de la moitié de mères ayant reçu un diagnostic de DPP présentaient un score élevé d'anxiété. Des scores équivalents sont retrouvés chez les individus ayant reçu un diagnostic de dépression en dehors de la période postnatale (Kessler, Nelson, McGonagle & Liu, 1996). Les données descriptives de notre étude relative au niveau d'anxiété état et trait, confirment que l'expérience de la dépression des mères en DPP et en DNP est marquée par des niveaux d'anxiété importants autant dans un groupe que dans l'autre. Cependant, les résultats des études antérieures demeurent

contradictoires. Certaines études rapportent en effet des niveaux plus élevés d'anxiété en postpartum (Hendrick *et al.*, 2000) tandis que d'autres révèlent des niveaux plus bas d'anxiété (Augusto *et al.*, 1996; Bernstein *et al.*, 2008; Whiffen & Gotlib, 1993). Cette incohérence peut être le fruit de différentes limites méthodologies relatives à la diversité des instruments de mesure utilisés ou encore aux critères diagnostiques employés pour définir la DPP ou la DNP.

Quant à l'irritabilité, nos résultats semblent aller à l'encontre de ceux de Born et Steiner (1999), qui avancent que ce symptôme constitue une dimension oubliée de la DPP qui ne serait pas présente dans l'expérience des DNP. Pourtant, notre analyse fait état d'une proportion importante de mères en DNP qui semblent éprouver une irritabilité significative dans leur expérience dépressive. Aucune différence n'est observée entre les deux groupes de mères de notre échantillon. Notre analyse semble indiquer de manière générale que bien que la DPP soit marquée par des symptômes « névrotiques » tels que l'anxiété et l'irritabilité, ceux-ci ne sont pas spécifiques au postpartum. L'absence d'un groupe de comparaison de mères en DNP dans l'étude de la symptomatologie dépressive postnatale pourrait laisser penser, à tort, que la DPP constitue une forme particulière de dépression, alors que l'anxiété et l'irritabilité semblent être partie intégrante de toute expérience de dépression. Nos résultats témoignent de l'importance de la co-morbidité anxieuse dans l'expérience de la dépression et de la nécessité de l'évaluer plus en profondeur. L'anxiété et l'irritabilité ne font pas partie des critères symptomatologiques de l'EDM décrit dans le *DSM*. L'identification des mères en DPP, tout comme celles en DNP, pourrait ne pas être optimale en l'absence d'évaluation de l'anxiété et de l'irritabilité. Nous croyons, tout comme Matthey, Barnett, Howie et Kavanagh (2003), qu'une évaluation des symptômes au-delà de l'EDM demeure indispensable dans l'identification des mères souffrant de DPP.

En plus de l'anxiété et de l'irritabilité, les peurs obsessionnelles à l'égard du bébé (par exemple, la peur de nuire au bébé) sont fréquemment évoquées par les chercheurs pour désigner une particularité de la DPP. Dans notre étude, nous constatons que ce type de peurs est peu évoqué par les mères en DPP, ce qui ne correspond pas aux résultats des études antérieures (Beck, 2002; Knudson-Martin & Silverstein, 2009; Pitt, 1968 Robertson *et al.*, 2013; Wisner *et al.*, 1999). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette divergence de résultats. Premièrement, il se pourrait qu'avec un plus grand nombre de participantes, nous aurions pu observer une proportion plus importante de mères en DPP exprimant ce type de peur. Deuxièmement, la structure de l'entrevue qualitative utilisée dans cette recherche pourrait également expliquer ceci. L'idée que les femmes doivent être en mesure de prendre soin de leur enfant est en effet répandue dans toutes les cultures (Knudson-Martin & Silverstein, 2009). Bien que, nous ayons été soucieux d'instaurer un cadre rassurant teinté d'empathie et d'écoute au moment du recueil des données, nous croyons que le format de l'entrevue a peut-être limité la possibilité de divulguer en priorité des informations plus sensibles. En effet, un nombre important de thèmes a été abordé au cours de l'entrevue afin de couvrir l'ensemble des dimensions du modèle de représentation de la maladie de Leventhal, Meyer & Nerenz (1980). Peut-être que de cibler davantage l'entrevue sur le recueil exclusif des symptômes aurait pu permettre de consacrer plus de temps à l'exploration du vécu des symptômes de la dépression et permettent aux mères de divulguer des pensées plus difficilement avouables. Le recours à des questionnaires quantitatifs pourrait faciliter la divulgation de ce type de pensées inavouables dans un contexte d'évaluation où le temps est limité. Néanmoins, les questionnaires tels que l'*EPDS* ne contiennent pas d'items relatifs aux pensées obsessionnelles de nuire au bébé. Bien que les résultats de notre analyse n'aient pas mis en évidence la présence de ce type de peurs, des recherches complémentaires pourraient être envisagées afin d'évaluer la pertinence d'un tel ajout au sein des outils de mesure des symptômes dépressifs postnataux.

### La tristesse n'est pas éclipsée par l'irritabilité et l'anxiété

Un autre argument fréquemment évoqué dans la littérature pour justifier la spécificité de la symptomatologie dépressive en postpartum est que la DPP ne serait pas particulièrement empreinte de tristesse, mais davantage de symptômes « névrotiques » (Born & Steiner, 1999; Dalton & Holton, 1996; Dayan, 2003; Pitt, 1968). Nos résultats semblent aller à l'encontre de cela et révèlent que, conjointement aux symptômes « névrotiques », la tristesse constitue l'un des symptômes les plus fréquents de la DPP et de l'expérience dépressive en général. Ils sont toutefois conformes aux résultats des études utilisant un groupe de comparaison de mères en DNP qui n'ont démontré aucune différence entre les deux groupes quant à la tristesse (Cooper *et al.*, 2007; Hendrick *et al.*, 2000; Nieland & Roger, 1997; Whiffen & Gotlib, 1993). Seul Bernstein *et al.*, (2008) observent une tristesse moins importante en DPP.

Selon Dayan (2003), bien que la DPP soit décrite par le *DSM* comme un trouble de l'humeur, les mères ne l'exprimeraient pas comme telles. En effet, d'après cet auteur, les mères interprètent souvent leur état en termes moraux, manifestant l'inquiétude d'être blâmées, d'être jugées incapables ou mauvaises mères et tendent ainsi à dissimuler leur souffrance. Bien souvent, les femmes qui souffrent expriment leurs difficultés par des signes indirects tels que l'évocation du comportement de l'enfant (Ferrerri, 2003). Il est fort probable qu'en contexte clinique, les mères expriment davantage leurs difficultés par l'entremise de doléances liées au bébé et ne parlent pas directement de leur tristesse par peur d'être jugées. Toutefois, nous pensons que la méthodologie adoptée dans le cadre de cette recherche a permis aux mères de favoriser l'expression d'une palette plus large de symptômes qui ne se limite pas à la tristesse ou aux doléances liées au bébé, ce qui a permis d'accéder à une réalité

émotionnelle peut-être plus proche que ce qu'elles peuvent dépeindre dans un contexte médical dans lequel elles ont peur d'être potentiellement jugées.

### Expérience de la maternité marquée par la culpabilité

Jusqu'à présent, nos résultats n'appuient pas l'existence de symptômes spécifiques à la DPP. Néanmoins, la culpabilité pourrait constituer une particularité sémiologique de ce phénomène dépressif. Conformément aux résultats des études antérieures (Beck, 2002; Knudson-Martin et Silverstein, 2009; Pitt, 1968; Robertson *et al.*, 2013), notre analyse indique qu'une part importante de notre échantillon de mères en DPP évoquent une culpabilité qui semble prédominer dans l'expérience de la maternité. Les mères en DPP se sentent coupables envers leur conjoint, envers leurs enfants et, spécifiquement envers le bébé en raison de leur incapacité à subvenir adéquatement aux besoins de ce dernier. De plus, cette culpabilité s'alimente aussi de leur sentiment de ne pouvoir être une mère parfaite, de leur déception et de leur insatisfaction face à leur condition de mère. Les mères en DNP sont moins nombreuses à évoquer ce type de sentiment (n=3), mais lorsqu'elles le font, cette culpabilité est à l'effet que leur état dépressif limite leur capacité à remplir leur rôle de mère.

Au cours de l'expérience dépressive, il est habituel d'éprouver un tel sentiment. Il peut donc être surprenant de ne pas retrouver un nombre plus important de mères en DNP qui témoignent de cette culpabilité. Nos résultats vont à l'encontre des études qui utilisent un groupe de comparaison et qui n'ont démontré aucune différence entre les deux groupes quant à la culpabilité (Nieland et Roger, 1997; Whiffen et Gotlib, 1993). La nature qualitative de notre recherche pourrait constituer un premier élément expliquant ces résultats contradictoires. La culpabilité pourrait ne pas constituer le symptôme qui occupe la place la plus importante dans l'expérience des mères en

DNP. Les méthodes quantitatives utilisent des échelles systématiques qui ne tiennent pas compte de l'importance attribuée à chacun des symptômes. L'approche qualitative peut s'avérer à cet égard un complément riche aux méthodes quantitatives dans l'étude des symptômes de la DPP. Une seconde hypothèse pour expliquer la prédominance de la culpabilité chez les mères en DPP est le décalage attendu entre la mère parfaite et en contrôle et l'échec de cette image, décalage qui peut s'avérer très culpabilisant pour une nouvelle mère. Le contexte culturel peut intensifier ces attentes et les expériences contradictoires de la maternité (Knudson-Martin et Silverstein, 2009). À cet égard, dans un contexte préventif, les professionnels de la santé devraient être attentifs aux mères pour qui l'idéal de la maternité semble présent. Ce qui pourrait améliorer la détection des mères souffrant de difficultés émotionnelles en postpartum.

#### Symptômes opposés à ceux retrouvés dans la dépression classique

Le fait que certains symptômes se manifestent de façon opposée à ce qui est habituellement observé dans la dépression « classique » constitue un autre argument avancé par les partisans d'une vision spécifique des symptômes de la DPP. En continuité avec les résultats des études antérieures, notre analyse indique que l'humeur des mères en DPP est plus difficile en fin de journée que le matin, tel qu'habituellement observé dans la dépression classique. De plus, les mères en DPP présentent moins d'idéations suicidaires, d'insomnie (particulièrement de réveils précoces), de ralentissement moteur, de plaintes somatiques (douleur dorsale et musculaire) ainsi qu'une tendance à signaler moins de perte d'appétit et de poids (Beck, 2002; Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007; Eberhard-Gran, Tambs, Opjordsmoen, Skrandal & Eskild (2003); Knudson-Martin & Silverstein, 2009; Pitt, 1968; Robertson *et al.*, 2013; Ugarriza, 2002).

Tout comme les travaux d'un certain nombre de chercheurs qui se sont intéressés à la symptomatologie de la DPP, notre analyse indique que les pensées suicidaires semblent moins fréquentes en contexte postnatal. Nos résultats sont conformes à ceux retrouvés dans les travaux de Pitt (1968), Nahas et Amasheh (1999), Ugarriza (2002) ou encore Bernstein *et al.*, (2008). Plusieurs hypothèses ont été avancées par les chercheurs afin d'expliquer de tels résultats. Pour certains, ceux-ci s'expliquent par la présence du bébé qui agirait comme un facteur de protection. Toutefois, les données relatives à l'absence ou à la rareté de pensées suicidaires en contexte postnatal ne font pas consensus. Certains travaux ont documenté le fait que le fardeau de la culpabilité éprouvée par certaines mères en DPP pouvaient engendrer chez certaines d'entre elles, l'apparition de pensées suicidaires, soit en raison de leur perception de l'échec de la maternité et en raison aussi de la présence de pensées obsessionnelles de nuire au bébé (Berggren-Clive, 2009; Knudson-Martin & Silverstein, 2009). Une telle divergence de résultats entre les études pourrait s'expliquer comme suit : certains chercheurs ont identifié les mères en DPP au moyen d'outils diagnostiques, tandis que d'autres chercheurs se sont appuyés sur l'autodiagnostic des mères pour sélectionner celles qui souffraient de DPP. Cette dernière forme de sélection pourrait davantage refléter une humeur dépressive plutôt qu'un trouble clinique et expliquer la faible occurrence des idées suicidaires en contexte postnatal (Ugarriza, 2002).

Les difficultés de sommeil constituent un autre symptôme courant de l'expérience dépressive, particulièrement les insomnies. Notre analyse indique que les mères souffrant de DPP semblent présenter moins d'insomnie de milieu de nuit et de réveil précoce que les mères en DNP. Les mères en DPP évoquent aussi davantage des difficultés de sommeil occasionnées par les soins au bébé plutôt que des insomnies. Tandis que chez les mères en DNP, ce sont les ruminations qui provoquent l'insomnie et qui engendrent des difficultés à se lever le matin. Nos résultats sont

cohérents avec ceux des études antérieures (Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007; Ugarriza, 2002).

L'estime de soi est habituellement affectée lorsqu'un individu expérimente la dépression (Goudemand, 2010). En dépit du fait que la littérature révèle une absence de consensus quant à l'estime de soi des mères en DPP, les résultats de notre analyse indiquent que celles-ci rapportent moins de mésestime de soi que les mères en DNP. Plusieurs éléments retrouvés dans l'analyse des propos rapportés par les mères peuvent expliquer ces résultats. Rappelons que les personnes qui présentent des erreurs de pensées caractérisées par une vision négative de soi, de l'avenir ou du monde sont plus à risque de développer une dépression (Milgrom & Beatrice, 2003). Aucune différence n'a été observée concernant la présence de pensées négatives entre les deux groupes de mères de notre échantillon. Cependant, les mères en DPP rapportent moins de pensées négatives relatives à la dévalorisation globale de soi, ce qui pourrait expliquer que l'estime de soi des mères en DPP soit davantage préservée. De plus, même si les mères en dépression n'ont démontré aucune différence quant au fait de vivre de la colère, les mères en DPP semblent davantage en colère envers leur conjoint et ont moins tendance à diriger leur colère envers elles-mêmes, contrairement aux mères en DNP.

En bref, nous sommes d'avis, tout comme Cooper *et al* (2007), que peu de différences existent entre la DPP et les autres formes de dépression. Seuls quelques symptômes, tels la culpabilité qui marque l'expérience de la DPP ou certaines manifestations opposées à ce que l'on observe habituellement dans la dépression classique, relevés à travers notre analyse, marquent certaines particularités. De notre point de vue, nous considérons que ces différences ne sont pas suffisantes pour établir que la DPP constitue une condition différente de la DNP. Nos résultats s'inscrivent

dans la lignée des travaux qui suggèrent que les preuves actuelles sont insuffisantes pour justifier la création d'un diagnostic distinct (Beck, 2002; Cooper *et al.*, 2007; Jones & Cantweel, 2010; Purdy & Frank, 1993; Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003; Whiffen, 1991, 2004). Ces différences s'expliquent selon eux en raison du contexte postnatal qui détermine l'expressivité des symptômes. Les symptômes demeurent une variable trop restrictive pour statuer sur la question de la spécificité de la DPP. Toutefois, nos résultats apportent un éclairage quant à l'existence de ces quelques particularités propres à cette forme de dépression, éclairage qui fournit des indices précieux pour l'optimisation de la prévention du phénomène dépressif en contexte postnatal.

### Implications cliniques

L'analyse des propos des mères en dépression a permis d'illustrer la complexité et la pluralité des symptômes de la DPP. Le manque de connaissance des symptômes de la DPP par les professionnels de la santé a été documenté dans la littérature comme un obstacle à l'identification des mères en DPP (Edge, Baker & Rogers, 2004). Afin de pouvoir repérer les mères souffrant de cette condition, les professionnels de la santé devraient être sensibilisés au fait que, d'une part, tout comme dans la DNP, la comorbidité anxieuse et l'irritabilité occupent une place importante dans l'expérience de la DPP. D'autre part, bien que la sémiologie de cette condition s'apparente de manière générale à celle de la DNP, il existe quelques particularités propres à la DPP dont il faut tenir compte, car elles peuvent influencer sa détection. Leur prise en compte nous semble essentielle dans le cadre de la prévention de ce phénomène dépressif. À cet égard, l'utilisation d'instruments spécifiques à la DPP reflétant les quelques particularités de cette condition est préconisée pour évaluer les mères soupçonnées de souffrir de symptômes dépressifs en postpartum. Nous

recommandons aussi de ne pas se limiter à la simple mesure des symptômes dépressifs, mais plutôt de recourir à des outils de mesure complémentaires tels que l'anxiété et l'irritabilité, qui permettront de couvrir la vaste gamme de symptômes qui peuvent être rencontrés en contexte postnatal.

Note analyse a également permis de mettre en lumière la part importante de la culpabilité éprouvée par certaines mères en DPP quant à leur échec à être des mères parfaites. La stigmatisation sociale associée à la DPP influence certaines d'entre elles à ne pas aller chercher de l'aide (Beck, 2002). Dans une optique préventive, les professionnels de la santé auraient un rôle à jouer dans l'éducation des parents et des nouvelles mères. Ils devraient être encouragées à lutter contre le stéréotype de « la mère parfaite », par exemple, en normalisant le fait d'éprouver de la tristesse ou certaines difficultés à la suite de la naissance d'un enfant afin de déculpabiliser les mères qui en souffrent, mais aussi normaliser le fait de demander de l'aide dans un contexte de maternité. Des changements dans la société quant à l'image du rôle de la mère véhiculé dans notre culture pourraient également être envisagés via les médias sociaux. De plus, les professionnels de la santé devraient également informer les parents de la gamme possible des symptômes que l'on peut rencontrer lorsqu'on souffre de DPP, leurs similarités avec ceux de la DNP, mais aussi les quelques particularités qui peuvent être observées en raison du contexte postnatal. Une étude canadienne a en effet révélé une incapacité des nouvelles mères et de leur réseau à identifier les symptômes de la DPP, ce qui interférerait dans leur recherche d'aide (Sealy, Fraser, Simpson, Evans & Hartford, 2009). L'éducation du public est donc elle aussi préconisée.

### Limites de l'étude et recommandations pour les recherches futures

Cette étude constitue à notre connaissance la première recherche qualitative à avoir documenté les similitudes et les différences concernant les symptômes perçus entre la DPP et la DNP. Il est cependant nécessaire d'interpréter les résultats avec prudence en raison de certaines limites. Tout d'abord, le statut socioéconomique élevé ainsi que le niveau de scolarité majoritairement universitaire des participantes de cette étude impliquent une relative homogénéité du profil des mères en dépression. Le manque d'hétérogénéité des participantes ne nous permet pas de savoir si les mères qui vivent dans un contexte plus défavorisé rapporteraient le même type de symptômes. De plus, il aurait été souhaitable que le diagnostic de dépression clinique soit confirmé par une seconde personne afin d'éviter les biais diagnostiques. Finalement nos résultats n'ont pas pu être validés par les mères elles-mêmes, ce qui selon Van der Maren (1996) pourrait limiter la validité de nos résultats. Malgré tout, les résultats qualitatifs démontrent un niveau de transférabilité acceptable en raison des liens effectués avec les recherches antérieures. De plus, la majorité des critères de qualité énoncés par Van der Maren (1996) ont été respectés. Aussi précisons que nous sommes partis d'un cadre épistémologique sans a priori, ce qui limite les biais d'interprétation. Nos résultats encouragent la poursuite d'études de nature qualitative menées à l'aide d'un groupe de comparaison de mères en DNP afin de préciser la nature des symptômes de la DPP. L'identification des mères en dépression devrait se baser sur l'utilisation d'une entrevue clinique structurée plutôt que d'utiliser des questionnaires auto-rapportés. Enfin, la poursuite des recherches relatives à la comparaison des causes perçues par les mères en DPP et en DNP pourrait également contribuer à apporter des éléments de réponse à la question de la spécificité du diagnostic de la DPP.

## CONCLUSION

En conclusion, du point de vue symptomatologique, la DPP se manifeste de manière similaire à la dépression classique. Bien que quelques particularités soient observées entre les mères souffrant de DPP et celles souffrant de DNP, plusieurs aspects des résultats de notre étude sont cohérents avec la vision selon laquelle la DPP ne constitue pas un diagnostic distinct. Toutefois, il semble nécessaire de tenir compte du contexte postnatal qui pourrait induire une expressivité particulière des symptômes dépressifs et influencer la détection de cette condition. La culpabilité que peuvent éprouver certaines mères en raison de leur échec à être des mères parfaites peut avoir des implications majeures dans l'identification des mères en DPP. Comprendre le phénomène dépressif en période postnatale demeure un défi et la poursuite d'études de nature qualitative menées à l'aide d'un groupe de comparaison de mères en DNP est préconisée.

## BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*, 4th. Washington : Washington American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd., version internationale. Paris : Paris Masson.
- Appleby, L. (1991). Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *Bmj*, 302(6769), 137-140.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos E., & Figueiredo, E. (1996). Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(01), 135-141.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, TX*, p. 78204-72498.
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: À metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.
- Beck, Ch. T., & Indman P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, et Neonatal Nursing*, 34(5), 569-576.
- Bergeron, J., Landry, M. & Bélanger, D. (1976). The development and validation of a French form of the State-Trait Anxiety Inventory. *Cross-cultural anxiety*, 1, p. 41-50.
- Berggren-Clive, K. (2009). Out of the darkness and into the light : Women's experiences with depression after childbirth. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 17(1), 103-120.

- Bernstein, I. H., Rush, A. J., Yonkers, K., Carmody, Th. J., Woo, A., McConnell, K., & Trivedi, M. H. (2008). Symptom features of postpartum depression : are they distinct? *Depression and anxiety*, 25(1), 20-26.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Born, L., & Steiner, M. (1999). Irritability: The forgotten dimension of female-specific mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 2(4), 153-167.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brockington. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford : Oxford University Press.
- Church, N. F., Dunstan, D. A., Hine, D. W., & Marks, A. DG. (2009). Differentiating Subtypes of Postnatal Depression Based on a Cluster Analysis of Maternal Depressive Cognitions. *Journal of Prenatal et Perinatal Psychology et Health*, 24(2), 89.
- Clemmens, D., Driscoll, W. J. & Beck, C. T. (2004). Postpartum depression as profiled through the depression screening scale. *MCN : The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(3), 180-185.
- Cooper, C., Jones, L., Dunn, E., Forty, L., Haque, S., Oyebode, F., Craddock, N. & Jones, I. (2007). Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychological Medicine*, 37(9), 1273-1280.
- Cooper, P. J, Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *The British Journal of Psychiatry*, 152(6), 799-806.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.

- Cunningham, N. K., Brown, Ph. M., Brooks, J., & Page, A. C. (2013). The structure of emotional symptoms in the postpartum period : Is it unique? *Journal of affective disorders*, 151(2), 686-694.
- Dalton, K., & Holton, W. M. (1996). *Depression after childbirth: how to recognize, treat, and prevent postnatal depression*. Trad. de : *English*. Oxford; New York : Oxford University Press.
- Dayan, J. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*. Coll. Collections : Âges de la vie. Paris : Masson.
- Des Rivières-Pigeon, C., Gagné, C., & Vincent, D. (2012). *Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale : mères dépressives, mais pimpantes*. Montréal : Éditions Nota bene.
- Di Florio, A., & Meltzer-Brody, S. (2015). Is postpartum depression a distinct disorder?. *Current psychiatry reports*, 17(10), 76.
- Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrandal, A. & Eskild, A. (2003). A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(10), 551-556.
- Edge, D., Baker, D., & Rogers, A. (2004). Perinatal depression among black Caribbean women. *Health et social care in the community*, 12(5), 430-438.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj*, 323(7307), 257-260.
- Ferreri, M. (2003). *La dépression au féminin*. Coll. Collections : Collection Pathologie science formation. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Goudemand, M. (2010). Les états dépressifs. *Lavoisier : Médecine Sciences Publications*.
- Greenberger, D., Padesky, Ch., Chassé, F., Pilon, W. & Morency, P. (2004). *Dépression et anxiété : comprendre et surmonter par l'approche cognitive* : Décarie.

- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. Netherlands, Elsevier *Science*. 91 : 97-111 p.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression : differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and anxiety*, 11(2), 66-72.
- Jones, I. et Cantwell, R. (2010). The classification of perinatal mood disorders— Suggestions for DSM-V and ICD-11. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 33-36.
- Kendell, R.E., Mackenzie, W.E., West, C., McGuire, R.J. & Cox, J.L. (1984). Day-to-day mood changes after childbirth : further data. *The British Journal of Psychiatry*, 145(6), 620-625.
- Kessler, R. C., Nelson, Ch. B., McGonagle, K. A., & Liu J. (1996). Comorbidity of DSM-III—R major depressive disorder in the general population: Results from the US National Comorbidity Survey. *The British Journal of Psychiatry*.
- Knudson-Martin, C., & Silverstein, R. (2009). Suffering in Silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of marital and family therapy*, 35(2), 145-158.
- Landry, M. (1976). L'adaptation française d'un questionnaire d'anxiété : Fidélité, validité et normalisation avec une population étudiante de niveau collégial. Thèse de doctorat inédite, Département de psychologie, Université de Montréal.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers : whatever happened to anxiety? *Journal of affective disorders*, 74(2), 139-147.

- Milgrom, J., & Beatrice, G. (2003). Coping with the stress of motherhood : cognitive and defence style of women with postnatal depression. *Stress and Health, 19*(5), 281-287.
- Nahas, V., & Amasheh, N. (1999). Culture care meanings and experiences of postpartum depression among Jordanian Australian women: A transcultural study. *Journal of Transcultural Nursing, 10*(1), 37-45.
- Nanzer, N. (2009). *La dépression postnatale : sortir du silence*. Favre.
- Nieland, M. NS, & Roger, D. (1997). Symptoms in post-partum and non-post-partum samples : Implications for postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 15*(1), 31-42.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 37-54.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H. & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders : Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(1), 3-15.
- Péladeau, N. (2004). QDA miner. Qualitative data analysis software user's guide. *Montreal : Provalis Research*.
- Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *The British Journal of Psychiatry, 114*(516), 1325-1335.
- Purdy, D. et Frank, E. (1993). Should postpartum mood disorders be given a more prominent or distinct place in the DSM-IV? US, Wiley-Liss, Inc. 1: 59-70 p.
- Riecher-Rössler, A. et Hofecker Fallahpour, M. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 51-56.
- Robertson, P., Curtis, R., Lasher, R., Jacques, S., & Tom, S. J. (2013). Experiences of Postpartum Mood Disorders of Women With More Than One Child. *The Family Journal*, p. 1066480713491068.

- Ross, L.E., Evans, S.E. G., Sellers, E.M., & Romach, M.K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 51-57.
- Roy, N., & Garon, R. (2013). Hors thème Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives : de l'approche automatique à l'approche manuelle. *Recherches qualitatives*, p. 154.
- Sealy, P. A., Fraser, J., Simpson, J. P., Evans, M., & Hartford, A. (2009). Community awareness of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, et Neonatal Nursing*, 38(2), (121-133).
- Sheehan, D. V, Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, Th., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*.
- Spielberger, C. D, Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). STAI. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California : Consulting Psychologist.
- Sword, W., Clark, A. M., Hegadoren, K., Brooks, S., & Kingston D. (2012). The complexity of postpartum mental health and illness : a critical realist study. *Nursing Inquiry*, 19(1), 51-62.
- Ugarriza, D. N. (2002). Postpartum depressed women's explanation of depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), (227-233).
- Van der Maren, J-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* : De Boeck Supérieur.
- Whiffen, V. E. (1991). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: A rose by any other name. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16(3), 160-165.
- Whiffen, V. E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 12(5), 485-508.

- Whiffen, V. E. (2004). Myths and mates in childbearing depression. *Women et Therapy, 27*(3-4), 151-164.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1993). Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 485-494.
- Wisner, K. L., Peindl K. S., & Hanusa B. H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *The Journal of clinical psychiatry, 60*(3), 1,478-180.



Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et informations relatives aux antécédents de dépression et aux habitudes de consommation

	DPP (n=20) N (%)	DNP (n=10) N (%)	P
<b>Variabes sociodémographiques</b>			
Âge	30,65 (4,826)	35,80 (5,865)	0,01
Statut civil			0,05
En couple	18 (90 %)	6 (60 %)	
Célibataire	2 (10 %)	4 (40 %)	
Durée de l'union (années)	6,56 (4,64)	10,18 (8,66)	0,72
Niveau de scolarité			0,79
Primaire-secondaire-DEP	6 (30 %)	4 (40 %)	
Collégial	6 (30 %)	2 (20 %)	
Universitaire	8 (40 %)	4 (40 %)	
Parité			0,3
Primipares	12 (60 %)	4 (40 %)	
Multipares	8 (40 %)	6 (60 %)	
Revenus annuels familiaux			0,02
29.000\$ à 59.999\$	4 (20 %)	6 (60 %)	
60.000\$ à 99.999\$	4 (20 %)	3 (30 %)	
100.000\$ et plus	12 (60 %)	1 (10 %)	
<b>Habitudes de consommation</b>			
Cannabis			0,06
Oui	1 (5 %)	3 (30 %)	
Non	19 (95 %)	7 (70 %)	
<b>Histoire de dépression</b>			
Dépression antérieure (diagnostic)			0,66
Oui	7 (35 %)	5 (50 %)	
Non	13 (65 %)	5 (50 %)	
DPP antérieure			0,44
Oui	2 (10 %)	2 (20 %)	
Non	18 (90 %)	8 (80 %)	

Tableau 2. Symptomatologie dépressive et anxieuse (*EDPS et BDI-II*)

	DPP (n=20) Moyenne (ET)	DNP (n=10) Moyenne (ET)	P	Taille d'effet
EPDS	16,15 (3,43)	16,90 (3,95)	0,59	0,10
DBI-II	23,85 (8,25)	30,80 (7,99)	0,06	0,34
ISATA				
IATA-État	48,10 (11,75)	42,20(11,75)	0,19	0,24
IATA-Trait	51,55 (8,71)	56,40 (7,44)	0,17	0,25

Tableau 3. Pourcentage d'occurrence des symptômes perçus par groupe (DPP-DNP)

	DPP (n=20) (%)	DNP (n=10) (%)	P	Taille d'effet
<b>Symptômes émotionnels</b>				
Tristesse	85 %	90 %	0,68	0,07
Irritabilité	65 %	70 %	0,78	0,05
Anxiété	50 %	50 %	1,00	0,00
Perte intérêt-plaisir	70 %	50 %	0,28	0,19
Sentiment d'être dépassée	50 %	40 %	0,6	0,10
Peur	50 %	30 %	0,27	0,20
Peur diverses	50 %	30 %	0,27	0,20
Peur spécifique a la maternité	30 %	10 %	0,15	0,26
Impuissance et perte de contrôle	50 %	40 %	0,6	0,10
Culpabilité	75 %	30 %	0,00	0,47
Déception-insatisfaction	50 %	10 %	0,00	0,35
Difficultés émotionnelles en fin de journee	35 %	0 %	0,01	0,39
Colère	45 %	40 %	0,79	0,05
Colère envers les autres	45 %	0 %	0,07	0,32
Colère envers soi	10 %	40 %	0,00	0,74
<b>Symptômes physiques</b>				
Fatigue	95 %	80 %	0,26	0,20
Perte d'appétit	20 %	50 %	0,09	0,29
Difficultés de sommeil	70 %	90 %	0,15	0,26
Insomnie	40 %	70 %	0,09	0,29
Insomnie d'endormissement	20 %	10 %	0,44	0,14
Insomnie de milieu de nuit	15 %	60 %	0,00	0,47
Nuit coupée par le bébé	55 %	20 %	0,03	0,38
Difficultés de se lever matin	0 %	60 %	0,00	0,71
Plaintes somatiques	55 %	70 %	0,41	0,15
Douleur et tensions musculaires/dos	20 %	70 %	0,00	0,53
Ralentissement moteur	10 %	50 %	0,01	0,43
<b>Symptômes comportementaux</b>				
Pleurer	100 %	100 %	1,00	0,00

Isolement volontaire	40 %	50 %	0,60	0,09
Paralysie de l'action	45 %	60 %	0,43	0,14
Conduites dommageables	0 %	10 %	0,29	0,19
<b>Symptômes cognitifs</b>				
Pensées négatives	80 %	80 %	1,00	0,00
Pensées négatives envers soi	75 %	50 %	0,17	0,25
Dépréciation globale de soi	25 %	50 %	0,17	0,25
Dépréciation spécifique maternité	65 %	30 %	0,05	0,36
Pensées négatives envers monde	45 %	40 %	0,79	0,05
Concentration	55 %	70 %	0,41	0,15
Confiance en soi	70 %	60 %	0,59	0,10
Mémoire	30 %	50 %	0,28	0,19
Inquiétudes	40 %	50 %	0,60	0,09
Inquiétudes spécifiques à la maternité	35 %	20 %	0,36	0,17
Inquiétudes générales	30 %	20 %	0,53	0,11
Idées suicidaires	10 %	60 %	0,00	0,54
Perfectionnisme	50 %	20 %	0,07	0,32
Mésestime de soi	20 %	50 %	0,09	0,30

## CHAPITRE IV

### LA DÉPRESSION POSTNATALE, UN DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE? ANALYSE DES CAUSES PERÇUES PAR LES MÈRES EN DÉPRESSION POSTNATALE ET NON POSTNATALE : PERSPECIVE QUALITATIVE

ARTICLE III SOUMIS ET ACCEPTÉ POUR PUBLICATION  
DANS LA *REVUE DEVENIR*  
PARUTION NUMÉRO 2017.04



**LA DÉPRESSION POSTNATALE, UN DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE?  
ANALYSE DES CAUSES PERÇUES PAR LES MÈRES EN DÉPRESSION  
POSTNATALE ET NON POSTNATALE : PERSPECTIVE QUALITATIVE**

THE POSTPARTUM DEPRESSION ONE SPECIFIC DIAGNOSIS? ANALYSIS  
OF CAUSES RECEIVED BY MOTHERS POSTPARTUM DEPRESSION AND  
NON POSTNATAL: QUALITATIVE PERSPECTIVE

**Stéphanie Goron, M.P.s., DESS, Ph.D/Psy D .**

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada  
stephgoron@gmail.com .

**Gilles Dupuis, Ph.D.**

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

**Catherine des Rivières-Pigeon, Ph.D.**

Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Québec, Montréal

**Marie Josée Bédard, M.D., FRCPC.**

Centre des naissances, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Québec, Canada

**Nicole Reeves, M.P.s, Ph.D. (c).**

Centre des naissances, Centre hospitalier universitaire de Montréal, Québec, Canada



## RÉSUMÉ

Cette étude s'intéresse à la controverse entourant les causes de la dépression postpartum (DPP). Bien que l'on pense implicitement que la naissance joue un rôle déclencheur dans la DPP, cette hypothèse n'est pas solidement soutenue. Afin d'explorer davantage cette problématique, une analyse qualitative des causes de la dépression telles que perçues par les mères en DPP (n= 20) et en dépression non postnatale (DNP : n = 10) est réalisée. Les résultats n'appuient pas l'hypothèse d'une étiologie liée directement à la naissance dans le développement de la DPP. La DPP et la DNP seraient déclenchées par des facteurs similaires.

Mots-clés : dépression postnatale, étiologie, recherche qualitative



## ABSTRACT

This study focuses on the controversy surrounding the causes of postpartum depression (PPD). Although it is implicitly believed that birth plays a triggering role in the PPD, this hypothesis is not strongly supported. In order to further explore this issue, a qualitative analysis of the causes of depression as perceived by mothers in PPD (n = 20) and non-postnatal depression (NPD: n = 10). The results do not support the hypothesis of an etiology directly related to birth in the development of the DPP. DPP and DNP could be triggered by similar factors.

Keywords: postnatal depression, etyology, qualitative research



## INTRODUCTION

La dépression du postpartum (DPP) peut avoir des conséquences délétères sur la mère, l'enfant et sa famille (Sword, Clark, Hegadoren, Brooks et Kingston, 2012). Au Canada, un sondage auprès de 6241 femmes (Lanes, Kuk et Tamim, 2011) révèle que 8,69 % des mères souffriraient de dépression majeure en période postnatale. En Europe, des pays comme la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni présentent des prévalences respectives de 8,5%, 4,2% et de 7,2% (Halbreich et Karkun, 2006). Il est donc primordial de comprendre ce qui contribue au déclenchement de cette pathologie. Les recherches ont pu établir un lien clair entre la naissance et la survenue du baby blues ou de la psychose (Munk-Olsen, Laursen, Pedersen, *et al.*, 2006). L'intuition clinique suggère donc que l'on considère la naissance comme une cause spécifique de la DPP (Cramer, 2002). Toutefois, cette hypothèse demeure controversée. Depuis son introduction dans le *DSM-IV* en 1994, la DPP est définie comme une dépression majeure (DM) comparable aux dépressions qui surviennent à d'autres périodes de la vie. Pour de nombreux chercheurs et cliniciens, les causes de la DPP seraient de ce fait semblables à celles de la DNP. Toutefois, il est difficile de savoir si la DPP est provoquée directement par la naissance ou si c'est tout simplement le fait d'une co-occurrence sans causalité, entre l'accouchement et le moment d'apparition des symptômes dépressifs (O'Hara, 2009). En somme, une question demeure : la DPP est-elle causée par des facteurs étiologiques différents de ceux qui déclenchent la DNP – ce qui en ferait une forme particulière de dépression – ou sont-ils similaires?

### Spécificité des causes de la dépression postnatale : état de la littérature

L'étiologie de la DPP a fait l'objet de nombreuses recherches (Cramer, 2002). Celle-ci n'indique pas une cause unique, mais plutôt multifactorielle. La plupart des chercheurs avancent que les facteurs les plus fortement associés à la DPP sont : les antécédents de dépression, l'anxiété durant la grossesse, les événements de vie stressants, des difficultés conjugales et un manque de soutien social (Beck, 2001; O'Hara et Swain, 1996; Robertson, Curtis, Lasher, Jacques et Tom, 2013). Un statut socioéconomique défavorable et le tempérament difficile du nourrisson seraient moins fortement reliés à la DPP (Beck, 2001; Robertson, Grace, Wallington et Stewart, 2004; Robertson *et al.*, 2013). En ce qui a trait aux facteurs plus spécifiques à la naissance, tels que les caractéristiques obstétricales ou gynécologiques, les résultats indiquent qu'elles ne sont pas fortement associées à l'émergence de la DPP (O'Hara, Schlechte, Lewis, et Varner, 1991; Beck, 2001; Robertson *et al.*, 2004). Le rôle étiologique de l'expérience de l'échec de l'allaitement ou d'un accouchement difficile qui se termine en césarienne reste encore peu clair (Sword *et al.*, 2012). Quant au rôle des changements hormonaux dans le développement de la DPP, celui-ci demeure également équivoque. Les études génétiques réalisées ces dix dernières années indiquent en effet que certaines femmes en DPP présenteraient une sensibilité accrue à la signalisation de l'oestrogène (Serati, Redalli, Budi, et Altamar., 2016). Toutefois, ces résultats nécessitent d'être corroborés et la valeur prédictive de cette variable dans la genèse de la DPP reste à déterminer.

Bien que les études quantitatives et qualitatives qui ont porté sur les causes à l'origine de la DPP fassent état de résultats passablement similaires, des Rivières-Pigeon, Gagné et Vincent (2012) soulignent que les études qualitatives semblent les seules à mettre plus systématiquement en lien la DPP et la présence d'un très jeune enfant, mais non avec la naissance en tant que telle. Elles mettent l'accent sur le fait que le

sentiment d'être submergée par la responsabilité des soins du nourrisson et/ou les tâches ménagères, en raison d'un manque de soutien pratique et émotionnel du conjoint et de la famille, constitue un facteur qui peut rendre plus difficile l'adaptation à la maternité et contribuer au développement de la DPP (Knudson-Martin et Silverstein, 2009). La privation de sommeil, en raison des soins attribués au bébé, et le manque de temps pour soi constituent des causes qui sont aussi fréquemment relevées dans l'analyse du discours des mères en DPP (Beck, 2002). Qui plus est, l'impossibilité pour certaines d'entre elles d'exprimer leurs émotions négatives en raison des conventions sociales et des réactions réprobatrices de l'entourage, ainsi que le manque de soutien émotionnel, favoriseraient l'isolement des mères, contribuant également au développement et au maintien de la DPP (Knudson-Martin et Silverstein, 2009). Les études qualitatives ont ainsi permis de préciser l'importance du rôle du contexte social et relationnel dans l'émergence de la DPP (Knudson-Martin et Silverstein, 2009). Elles font aussi état de l'importance du rôle étiologique du construit social de la maternité et des normes culturelles véhiculées quant au rôle de la mère (Beck, 2002; Knudson-Martin et Silverstein, 2009; Robertson *et al.*, 2013). Le rôle-clé des conflits entre les attentes irréalistes des mères et la réalité de la maternité semble faire consensus parmi les écrits. L'idéalisation du rôle de mère laisserait peu de place à la flexibilité et rendrait plus difficilement acceptables les pensées négatives en lien avec la maternité et la demande d'aide (Beck, 2002).

La recension des écrits fait douter d'un lien spécifique entre la naissance et la dépression. Tout comme l'observe Cramer (2002), ce sont plutôt des facteurs non spécifiques à la naissance qui sont pointés par la plupart des chercheurs pour expliquer la survenue de la DPP. Les études semblent indiquer que les facteurs étiologiques les plus prédominants de la DPP sont davantage de nature psychosociale. La plupart des DPP se développeraient dans un contexte psychosocial, au même titre

que les dépressions survenant à d'autres périodes de la vie (Beck, 2002; O'Hara, 2009). La naissance d'un enfant, avec ses conséquences biologiques, psychologiques et sociales, constituerait simplement un évènement de vie stressant qui peut précipiter ou aggraver un désordre affectif (Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour, 2003). La création d'un diagnostic distinct n'est donc à ce jour pas justifiée (Beck, 2002; Riecher-Rosler et Hofecker Fallahpour, 2003; Jones et Cantwell, 2010). Toutefois, il est surprenant de constater que peu de chercheurs se sont attardés à examiner les causes de la DPP en utilisant aussi groupe de comparaison de mères souffrant de DNP. De plus, aucune étude de ce genre n'a été menée à ce jour à l'aide d'une méthodologie qualitative. Pourtant, cette approche a permis, d'une part, de mettre en lien les symptômes avec la venue d'un jeune enfant, d'autre part, de préciser le rôle du contexte social, relationnel et culturel dans le développement de la DPP. Il importe donc de questionner les mères qui souffrent de dépression afin de préciser la nature des causes qu'elles perçoivent comme étant à l'origine de leur état dépressif. De telles données nous permettraient de mieux comprendre si la DPP constitue une forme particulière de dépression.

## MÉTHODOLOGIE

Cette recherche qualitative a pour but de clarifier la question de la spécificité des causes à l'origine de la DPP en documentant le regard que portent les mères en DPP et en DNP sur les causes de leur état dépressif.

### Participant<sup>es</sup>

Les 30 mères constituant l'échantillon [DPP (n=20) et de DNP (n=10)] ont été recrutées sur une base volontaire, de février 2008 à septembre 2009. Les 20

participantes identifiées en DPP proviennent d'une précédente recherche plus vaste, qui visait à préciser la sévérité du phénomène dépressif en contexte postnatal. Elles ont été recrutées lors de leur premier rendez-vous gynécologique postnatal (6<sup>e</sup> semaine de postpartum) par l'intermédiaire du centre des naissances d'un hôpital de la région de Montréal, ainsi que par l'entremise de plusieurs bureaux privés de gynécologie/obstétrique de la région de Montréal. Les mères en postpartum présentant les critères d'inclusion suivants ont été sélectionnées : (1) diagnostic de DM, (2) maîtrise du français, (3) être âgée entre 18 ans et 45 ans, (4) être née au Québec, (5) et avoir donné naissance à un enfant âgé entre 6 et 12 semaines (primipare ou multipare). Étaient exclues, les femmes ayant donné naissance avant 37 semaines. Les dix mères en DNP ont été recrutées dans deux hôpitaux ainsi que dans divers centres communautaires de la région de Montréal. Les critères d'inclusion étaient les suivants : (1) diagnostic de DM, (2) maîtrise du français, (3) être âgée entre 18 ans et 45 ans, (4) être née au Québec et (5) avoir au moins un enfant ou plus âgé entre 3 ans et 10 ans. La présence de psychose ou les naissances gémellaires chez les mères en DPP et en DNP, constituaient des critères d'exclusion.

Notons que, concernant le groupe de mères en DNP, le recrutement a été interrompu après 10 entretiens en raison de la difficulté de trouver des volontaires. Toutefois, nous pensons avoir atteint la saturation, car la majorité des catégories de contenus pour ce groupe présentait au moins deux individus et plus. De fait, seulement deux catégories sur les 26 présentées dans le tableau 1, ne rapportent aucun sujet, catégories qui sont en lien avec le bébé, soit la perte de contrôle et l'impuissance face au bébé et la gestion des soins du bébé.

## Instruments de mesure

*Mesure des caractéristiques sociodémographiques, informations relatives à l'histoire de dépression et aux habitudes de consommation.* Ce questionnaire sert à recueillir des informations telles que : l'âge, l'état civil, la durée de l'union maritale, le nombre d'enfants, le niveau de scolarité, les revenus annuels familiaux, les habitudes de consommation (alcool, café, drogue) et l'histoire de dépression.

*Mesure de la symptomatologie dépressive postnatale.* L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) ou *EPDS* est un instrument autoévaluatif qui comprend 10 items permettant d'évaluer la symptomatologie dépressive en contexte postnatal.

*Mesure de la symptomatologie dépressive non postnatale.* Le *Beck Depression Inventory II* (Beck et al., 1996) ou *BDI-II* est un questionnaire auto évaluatif constitué de 21 items se rapportant aux critères du DSM-IV (APA, 1996) pour une DM.

*Entrevue diagnostique pour la dépression.* Le *Mini international Neuropsychiatric Interview* (Seehan et al., 1998) ou *MINI* est un guide d'entretien semi-structuré permettant d'établir un diagnostic psychiatrique selon les critères relatifs aux troubles de l'axe I du DSM-IV (APA, 1994). Cet instrument d'évaluation est utilisé pour diagnostiquer une DM.

L'*entrevue semi-structurée* individuelle, basée sur le modèle de Leventhal, Meyer et Nerenz (1980), d'une durée approximative de 45 minutes, s'est déroulée en face à face. Les questions ouvertes couvraient les cinq dimensions suivantes du modèle :

identité, causes perçues, chronologie, conséquences, traitement et contrôle. Seule la dimension causes perçues a été analysée dans le cadre de cette étude.

### Procédure

Les participantes ont été sélectionnées sur la base d'un score à l'*EPDS* supérieur à 12. L'ensemble des participantes ont fourni leur consentement et les principes de confidentialité leur ont été expliqués. Elles ont été évaluées à domicile lors d'une seule rencontre. Les consignes pour compléter les questionnaires ont été fournies à chaque participante. L'ordre des questionnaires complétés en la présence de l'examineur est le suivant : 1. Questionnaire sociodémographique et informations relatives aux habitudes de consommation et à l'histoire de dépression 2. *EDPS* 3. *BDI-II* 4. *MINI*. L'entrevue semi-structurée a ensuite été réalisée. Ce protocole de recherche a été approuvé par les comités scientifiques et d'éthique à la recherche des diverses institutions concernées.

### Analyses descriptives de l'échantillon

Des analyses (logiciel SIM-Stat 2.6.5) descriptives (moyenne, écart type, fréquence et pourcentage) et des comparaisons des moyennes ou des pourcentages des deux groupes (test t, Man-Whitney ou Chi<sup>2</sup>) ont été réalisées sur les variables sociodémographiques, les habitudes de consommation et l'histoire de dépression antérieure ainsi que sur les niveaux de dépression. Pour les statistiques descriptives un seuil alpha de 0,05 a été utilisé.

## Analyses des entrevues

Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites dans leur intégralité. Elles ont été soumises à une analyse de contenu thématique selon les principes décrits par Van der Maren (1996). Le codage du matériel (logiciel QDA Miner; Péladeau, 2004), réalisé par une équipe de cinq personnes (étudiants en psychologie), a été effectué à l'aide d'une grille de codage mixte. L'unité d'analyse considérée est la phrase ou le paragraphe. Chaque segment a été placé sous une catégorie comme suit : causes biologiques, psychologiques, sociales/environnementales. Afin d'assurer la congruence ou la fidélité inter-codeurs, un contre-codage a été réalisé en calculant l'indice de Krippendorff sur 25 % du corpus des 30 entrevues. Celui-ci a donné lieu à un accord inter-juges de 75,6 %. Un codage inverse pour vérifier la fidélité intra-codeurs a aussi été réalisé sur l'ensemble du corpus. Par la suite, une réduction des codes a été réalisée en se basant sur les traits communs des segments. Cette étape a été menée sous forme de discussion entre deux chercheurs jusqu'à l'obtention d'un consensus.

Le critère de présence/absence du code (pourcentage d'occurrence) a été retenu pour comparer le nombre de mères en DPP et le nombre de mères en DNP pour lesquelles une cause apparaît. Les résultats concernant les tailles d'effet sont également rapportés dans l'analyse des résultats : petite taille d'effet ( $r=0,15$ ), moyenne (0,30) et grande (0,50). Une taille d'effet de 0,30 a servi de critère pour identifier des différences notables entre les deux groupes de mères, plutôt qu'un seuil alpha fixe. Pour illustrer les différents thèmes issus de l'analyse des entrevues, les extraits les plus représentatifs du thème ont été sélectionnés. L'interprétation des données a été effectuée selon les recommandations de Van der Maren (1996), reposant sur le parallélisme intersubjectif et le principe de superposition des plans.

## RÉSULTATS

### Données descriptives de l'échantillon

Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes de mères en dépression, pour ce qui est des caractéristiques sociodémographiques, des antécédents de dépression, des habitudes de consommation, ainsi que du score total de la symptomatologie dépressive.

La majorité des mères en DPP ont été évaluées à domicile (90 %) entre la 8<sup>e</sup> et la 10<sup>e</sup> semaine du postpartum (8,9 semaines). Elles sont significativement plus jeunes ( $p=0,01$ ) [moyenne (M) 30,6 ans; écart-type (ET) 4,83], que les mères en DNP (M=35,6; ET= 5,87), majoritairement primipares (60 %), de niveau de scolarité collégial ou universitaire (70 %) et 90 % vivent en couple avec une durée moyenne d'union de 6,5 ans, contre 60 % ( $p=0,05$ ) pour les mères en DNP qui ont une durée moyenne d'union de 10 ans. Trente-cinq pourcent des mères en DPP ont déjà reçu un diagnostic antérieur de DM. La majorité des mères en DNP ont été évaluées à domicile (70 %). Elles sont âgées en moyenne de 35,8 ans. Quarante pourcent sont célibataires. Elles sont majoritairement (60 %) multipares (deux enfants âgés de 8 ans en moyenne) et 60 % ont un niveau de scolarité collégial ou universitaire. Cinquante pourcent d'entre elles ont déjà reçu un diagnostic de DM antérieurement. Le revenu annuel familial des mères en DPP (80 %  $\geq$  60 000\$) est significativement ( $p=0,02$ ) plus élevé que celui des mères en DNP (90 % inférieur à 60 000\$). L'ensemble de l'échantillon (N=30) se caractérise par une symptomatologie dépressive majeure (EPDS  $\geq$ 13 et BDI-II  $\geq$  23). Le diagnostic de DM a été confirmé par le MINI pour toutes les mères chez qui la présence d'une DM a été détectée à l'aide de l'EPDS.

## Profil mères en DPP et en DNP : perception des causes à l'origine de la dépression

Le tableau 1 résume le pourcentage d'occurrence de chacune des causes perçues par les mères pour expliquer l'apparition de leurs symptômes dépressifs. L'analyse de contenu thématique a permis de dégager un total de 975 segments codés soit : les causes biologiques (126 segments - 12,92 %), psychologiques (237 segments - 24,3 %) et sociales/environnementales (612 segments - 62,76 %). Les causes communes rapportées par les deux groupes de mères en dépression sont tout d'abord présentées. Ensuite, viennent les différences spécifiques entre les groupes.

### Causes biologiques et physiologiques

Près de 30 % des mères en DPP et en DNP mentionnent de façon à peu près équivalente les changements hormonaux comme facteur causal. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes concernant ce facteur ni en ce qui a trait aux difficultés obstétricales et aux antécédents de dépression.

#### Changements hormonaux

J'ai souvent réagit fortement aux hormones. Je me dis que je suis facilement influencée par le degré d'hormones dans mon corps (PP51)

J'ai toujours eu l'impression que c'était hormonal. Je sens tellement les vagues. J'ai mal à tête. J'me sens pas bien. Tout m'irrite. Des fois, j'ai enfin l'impression d'avoir repris le dessus. Ça dure deux jours pis après je retombe. Ça fait des dents-de-scie (DNP07).

Notons des différences entre les deux groupes de mères concernant la fatigue, la médication et la douleur physique. Les mères en DPP évoquent davantage la fatigue éprouvée en raison du manque de sommeil pour expliquer la survenue de leurs symptômes dépressifs. Par ailleurs, les mères en DNP sont les seules à évoquer la douleur physique ou l'arrêt de la médication (antidépresseurs) pour expliquer la survenue des symptômes.

#### Le manque de sommeil et la fatigue

La grande majorité des mères en DPP mentionnent que leurs symptômes dépressifs résultent en partie d'un manque de sommeil qui serait associé à une fatigue importante. Elles expliquent qu'en raison des soins qu'elles doivent donner au bébé, leur sommeil est fréquemment interrompu et le manque de temps pour se reposer causerait une fatigue importante qui semble jouer un rôle déterminant dans l'apparition de leurs symptômes. Bien souvent, le fait de pouvoir récupérer est, selon certaines d'entre elles, salvateur pour l'amélioration de leur humeur.

C'est essentiellement le manque de sommeil. C'est le fait de ne pas dormir qui vient expliquer tout ça [en parlant de son état dépressif]. (DPP 68)

Je suis convaincue que si j'étais moins fatiguée, au moins trente à cinquante pour cent des symptômes s'en iraient. (DPP50).

#### Causes psychologiques

Aucune différence n'est observée entre les deux groupes de mères concernant les traits de personnalité. Sept mères sur vingt en DPP contre deux mères sur dix en DNP

mettent en cause leur structure de personnalité pour expliquer l'apparition de leurs symptômes dépressifs.

#### Trait de personnalité

Je me fâche souvent, c'est un peu ma personnalité. J'ai tendance à être comme ça et c'est ça qui m'a amené en dépression, je pense (DPP51).

Je pense que c'est à cause de mon estime de moi, de ma tendance à m'auto flageller, je l'ai toujours eu un petit peu, Je pense que c'est ma personnalité. (DNP06)

Les causes suivantes diffèrent selon les deux groupes de mères. La majorité des mères en DPP expliquent la survenue de leurs symptômes dépressifs par leurs difficultés à s'adapter aux changements de style de vie suite à la venue du bébé, par leurs standards de perfection de la maternité, par l'anxiété et l'inquiétude ainsi que par la perte de contrôle et l'impuissance. Par contre, les mères en DNP expliquent davantage l'émergence de la dépression par leurs difficultés à mettre des limites (savoir dire non).

#### Difficultés d'adaptation aux changements de style de vie

Une grande majorité de mères en DPP évoquent des difficultés à s'adapter au changement de style de vie pour expliquer leur état dépressif. En somme, la venue du bébé leur impose un changement de routine, une diminution de leurs activités sociales, professionnelles et personnelles qui semble difficilement vécu par certaines mères :

Les interactions sociales ont changé, vous voyez moins vos amis. Je passe mon temps avec le bébé et je dois suivre son rythme. S'il dort, je ne peux pas décider de sortir. Je dois attendre qu'il se réveille. Puis on est tellement épuisés que ça ne nous tente pas toujours de nous déplacer chez des gens. Je ne peux pas l'amener partout [...], s'il pleure [...] Je trouve ça difficile ! Ça me donne le goût de pleurer (DPP 80).

Ne plus voir mon monde, ne plus avoir la valorisation du travail ... Je suis dans la maison. Il faut que je me fasse à cette nouvelle vie et c'est difficile. (DPP 19)

Je dois m'adapter au changement, mais je suis quelqu'un qui aime les choses stables. J'ai l'impression qu'il y a des problèmes d'adaptabilité. Je pense que tout ça engendre la dépression. (DPP61)

#### Perfectionnisme et sentiment d'incompétence maternelle

Plus de la moitié des mères en DPP expliquent ceci :

J'ai le sentiment d'être inadéquate parce que je voudrais être parfaite pour mon conjoint, mes enfants, pour moi-même et je n'y arrive pas parce que les standards sont trop élevés. Je suis face à la réalité de la maternité, et il faut que je comprenne que l'idéal n'existe pas. J'étais peut-être mal préparée à être maman [...]. Je pense que tout ça engendre la dépression. (DPP61)

#### Anxiété et inquiétudes

La moitié des mères en DPP évoquent le rôle de l'anxiété dans le développement de leurs symptômes dépressifs. Elles rapportent se sentir inquiètes concernant la santé de leur bébé. Soulignons que les inquiétudes relatives au bébé sont spécifiquement évoquées par les mères en DPP et touchent principalement le sommeil, l'alimentation et la garde du bébé.

Je pense que c'est peut-être plus l'anxiété qui déclenche l'humeur dépressive. (DPP 51)

Des inquiétudes par rapport aux enfants. Par exemple, mon fils a un rhume, il ne mange pas bien, il ne dort pas bien, moi ça m'inquiète. C'est des petits détails comme ça qui m'inquiètent. C'est niais, mais c'est plus fort que moi. (DPP64)

### Perte de contrôle et impuissance

La perte de contrôle et l'impuissance sont spécifiquement rapportées par près d'un tiers des mères en DPP pour expliquer la présence de leurs symptômes dépressifs. En somme, c'est le fait de ne pas avoir de contrôle sur les réactions du bébé et le fait de ne pas savoir comment réagir avec ce dernier qui provoqueraient un sentiment d'impuissance et affecteraient leur humeur.

Je n'ai pas de contrôle sur mon bébé et c'est ça qui me rend triste, impuissante et qui m'épuise. (DPP 40)

On dirait qu'il faudrait que ce soit inné. Souvent je me fais dire : « C'est toi la mère ! ». Oui c'est moi la mère, mais je ne sais quand même pas ce que je dois faire ! Je suis complètement désarçonnée. Ça me déprime. (DPP 50)

### Difficultés à mettre ses limites, à savoir dire non

Plus d'un tiers des mères en DNP expliquent ceci :

Je pense que c'est le fait de ne pas mettre mes propres limites, de ne pas savoir dire non, ça entraîne de la surcharge. Je suis quelqu'un qui s'implique beaucoup et souvent ça finit par m'épuiser. Je ne sais pas

comment faire pour refuser. C'est probablement pour ça que je suis en dépression. (DNP02).

### Causes sociales et environnementales

Aucune différence n'est observée entre les deux groupes de mères concernant les causes suivantes : l'isolement social, le manque de soutien pratique et émotionnel, la présence de tensions conjugales, le fait que l'enfant soit le centre d'attention, l'allaitement. Les mères en DNP expliquent également leur état dépressif par le fait de vivre des difficultés en lien avec le travail ou la gestion des tâches familiales.

### Gestion des tâches familiales, manque de soutien et tension conjugale

J'aurais aimé avoir de l'aide de ma famille. Il faut beaucoup de choses pour le bébé, mais j'aurais aimé ça que mon conjoint voit tout ce qu'il y a à faire. Puis aussi il y a eu une chicane entre moi et mon copain. Pendant une semaine on s'est pas parlé et moi je faisais tout avec le bébé. C'est un gros facteur sur l'humeur (DPP81)

Dans les cours prénataux ils nous disaient souvent, vous allez voir le premier mois, le deuxième mois vous allez avoir des gens autour de vous qui vont vous aider, à préparer un souper, à faire du ménage, des trucs comme ça pour vous donner un coup de main. Mais c'est le genre de choses qui est pas arrivé souvent. On dirait que les gens pensent qu'on s'arrange bien, alors ils s'imaginent que tout va bien alors que j'ai besoin d'aide, J'ai fait face à des gens qui me disaient, plein de commentaires, des jugements, puis ces gens ne sont pas conscients qui sont en train de nous dire des choses qui vont nous blesser ou on dirait qu'ils essayent d'aider, mais vraiment pas de la bonne façon (DPP86).

Ce qui a été difficile, c'est le fait de courir toujours, de vouloir tout faire et de gérer toutes les tâches ménagères, toutes les responsabilités. Vous avez l'impression que vous endossez toute la responsabilité plus que votre conjoint J'ai pas de famille ici, c'est difficile et mon conjoint ne

s'implique vraiment pas beaucoup dans la gestion des responsabilités (DNP10)

#### Arrêt de travail et isolement social

C'est le fait de ne plus me lever le matin pour aller travailler. De ne plus voir mon monde, de ne plus avoir la valorisation du travail, de ne plus. Je suis à la maison, il faut que je me fasse une nouvelle vie parce que j'ai 7 jours de semaine à passer ici. C'est difficile, ça me déprime. (DPP19)

C'est l'isolement qui a intensifié mes symptômes, c'est le fait d'être toute seule parce que tu sors moins, tu vas moins dans les soirées, les événements, les choses comme ça. Tu te couches de bonne heure, t'es fatiguée, tu changes ton alimentation aussi pour le bébé. Tu te renfermes un peu. Quand t'as un bébé, tu t'en occupes et ça demande que tu sois plus souvent à la maison ... (DPP77)

Le fait que j' fasse pas mes choses courantes de la vie, que j' sois pas capable de travailler, que j' sois pas capable de sociabiliser avec les gens, de faire des activités que j'aime. Je ' pense que c'est à cause de ça que je suis en dépression. Si je me mêlais plus aux autres, je serais peut-être un peu plus heureuse. (DNP03)

Les mères en DPP se distinguent des mères en DNP principalement par le sentiment de perte de liberté et le manque de temps pour soi qu'imposent la responsabilité et la gestion des soins au nouveau-né, ainsi que par l'idéalisation de la maternité. La grossesse non planifiée, de même que les conseils et les jugements relatifs à la maternité constituent des causes spécifiquement rapportées par les mères en DPP. Près d'un tiers des mères en DNP expliquent davantage l'émergence de leurs symptômes dépressifs en raison du tempérament difficile de leur enfant. Notons que ce facteur est spécifiquement évoqué par les mères en DNP.

### Perte de liberté, de temps pour soi et gestion des soins du bébé

L'arrivée du bébé fait que je ne peux plus faire ce que je veux. Il y a quelqu'un qui dépend de moi et ça m'angoisse. Je ne peux pas m'en aller, je ne peux plus faire ce que je faisais avant et je ne sais pas quand je vais pouvoir le faire. Je n'ai plus de temps pour moi. (DPP 51)

Idéalisation de la maternité, conseils et jugement de l'entourage. La société présente la maternité comme quelque chose de merveilleux, mais on ne parle pas des couches, du manque de sommeil, des difficultés d'allaitement. Je suis vraiment déçue. Je voyais ça comme une étape merveilleuse (en parlant de la maternité), remplie de joie. On dirait que je n'avais pas été préparée à vivre autant de tristesse. La plupart des gens, quand ils parlent d'avoir un enfant, ils parlent des belles choses et pas des difficultés. Je savais qu'un bébé ça pleure, mais moi je ne m'attendais pas à trouver ça si difficile et à être aussi triste d'une situation aussi heureuse. (DPP83)

Je reçois beaucoup de conseils de mon entourage, de mes amies, mais surtout de mes parents, et c'est ça qui me rend déprimée. Ma famille me dit de ne pas faire ci, faire ça. Ma sœur a accouché deux semaines avant moi. Il y a beaucoup de comparaison de la part de mes parents. J'ai l'impression d'entendre beaucoup de critiques négatives sur ma façon de réagir avec Etienne [son bébé]. J'entends souvent : « ta sœur fais pas ça comme ça! ». J'ai l'impression que je ne suis pas à la hauteur des attentes. Ça me rend malheureuse. (DPP43)

### Grossesse non planifiée

La cause de ma dépression? C'est que je n'en voulais pas, d'enfant! Quand j'ai réalisé que j'étais enceinte, j'ai paniqué. Ça ne m'intéressait pas d'avoir des enfants au point que quand j'allais chez mes amies et que les enfants m'énervaient, je mettais mon manteau et je partais. Je n'avais pas planifié de tomber enceinte. Je pense que c'est plus facile quand t'as décidé d'en avoir! (DPP50)

### Tempérament difficile de l'enfant

Pour certaines mères en DNP, c'est plutôt le fait d'avoir un enfant au tempérament difficile qui jouerait un rôle dans le développement de leurs symptômes dépressifs.

Mon fils a des problèmes de comportement. Je dois lui imposer des limites et c'est difficile, il fait des crises. Il n'y a pas une seule gardienne qui veut le garder. Ça m'épuise, ça me rend triste. Si je n'avais pas ça (en parlant du comportement difficile de son enfant), ça irait sûrement mieux. (DNP03).

## DISCUSSION

Cette recherche est la première à documenter la nature des causes, telles que perçues par les mères en DPP et en DNP, afin d'analyser si la dépression qui survient en période postnatale est reliée spécifiquement à l'événement de la naissance, ou si elle résulte de causes similaires à celles de la DNP.

### Profil des facteurs étiologiques des mères en DPP

Notre objectif, qui visait à analyser les causes telles que perçues par les mères en DPP et en DNP, révèle des différences entre les deux phénomènes dépressifs. Néanmoins, en dépit de cette distinction apparente, la nature des facteurs causaux retrouvée dans les deux formes de dépression semble similaire. En effet, bien que notre analyse indique que les mères en DPP mettent plus systématiquement en lien leurs symptômes avec la venue d'un jeune enfant, nos résultats s'inscrivent de manière générale dans la lignée des travaux qui indiquent que la DPP résulte généralement de

facteurs étiologiques non spécifiques à la naissance. Les causes biologiques inhérentes aux changements hormonaux ou aux difficultés obstétricales ne constituent pas les explications les plus prévalentes retrouvées dans le discours des mères en DPP pour expliquer la genèse de leur état dépressif. Nous rejoignons à cet égard les conclusions de O'Hara (2009), qui suggère que la DPP se développe dans un contexte psychosocial au même titre que les dépressions survenant en dehors de la période postnatale. Tout comme Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour (2003), nous sommes d'avis que le bébé semble agir comme un facteur de stress auquel les mères doivent s'adapter. Nos résultats appuient l'idée selon laquelle la création d'un diagnostic spécifique pour la DPP n'est pas justifiée (Beck, 2002; Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour, 2003; Whiffen, 1991). Toutefois, les causes perçues par les mères en DPP de notre étude méritent d'être discutées, car elles peuvent constituer des éléments d'informations importants sur le plan de la prévention et du traitement de ce trouble.

#### La naissance, un facteur déclencheur du développement de la DPP?

Tant dans le public que dans le monde médical, les changements hormonaux liés à la naissance sont, en général, la première cause avancée pour expliquer l'apparition de la DPP. Dans notre échantillon, seulement un tiers des mères souffrant de DPP attribuent le développement de leurs symptômes dépressifs aux fluctuations hormonales inhérentes à la naissance. Tout comme O'Hara (2009), nous notons que ce facteur biologique ne semble pas constituer l'explication la plus fréquemment rapportée par les mères en DPP pour expliquer leur état dépressif. D'autres facteurs semblent avoir clairement une influence sur la santé psychologique des mères en période postnatale. Bien qu'elles ne représentent pas la majorité, il est toutefois primordial de garder à l'esprit, tout comme l'indiquent nos résultats et ceux de

certaines études antérieures, qu'une proportion non négligeable de mères pourrait être plus vulnérable aux changements hormonaux liés à la maternité et que ces changements pourraient être associés à leurs symptômes dépressifs (Bloch, Rotenberg, Koren et Klein, 2005; Serati et al., 2016).

Il est par ailleurs intéressant d'observer qu'une proportion équivalente des mères souffrant de DNP évoque l'influence des changements hormonaux dans l'émergence de leur état dépressif. Ce facteur biologique pourrait donc ne pas être spécifique à la DPP. Ceci ne nous paraît pas si surprenant puisque l'humeur des femmes dans la population générale est souvent mise en lien avec le cycle menstruel ou la ménopause (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Tout comme le souligne Ferreri (2003), bien que l'on suppose que les hormones sexuelles jouent un rôle dans l'émergence des dépressions caractérisées, ce rôle n'apparaît pas non plus prévalant dans la population générale des femmes. Les dépressions ne semblent pas plus fréquentes à la ménopause.

Notons qu'il est difficile de savoir si l'explication hormonale rapportée dans notre étude par les mères dans l'apparition de leurs symptômes dépressifs est mentionnée en raison de l'influence du discours populaire ou d'une réelle vulnérabilité biologique aux changements hormonaux.

#### Privation de sommeil et émergence de symptômes dépressifs

Des changements au niveau du sommeil et la privation de sommeil ont été suggérés comme explication dans l'apparition des troubles psychiatriques périnataux (Ross, Murray et Steiner, 2005). Certaines études ont porté plus précisément sur les difficultés de sommeil en période postnatale et leur association possible avec la

dépression (Armstrong, Van Haeringen, Dadds et Cash, 1998; Dorheim, Bondevik, Eberhard-Gran et Bjorvatn, 2009; Ross *et al.*, 2005). La privation de sommeil au cours de la période postnatale pourrait provoquer des insomnies chroniques (Silber, 2005) ou d'autres symptômes s'apparentant à la dépression, comme l'irritabilité ou encore la fatigue (Armstrong *et al.*, 1998). Toutefois, nos résultats indiquent que c'est le manque de sommeil induisant cette fatigue, qui pourrait jouer un rôle étiologique spécifique dans la survenue des symptômes de la DPP. La fatigue éprouvée par les mères pourrait être causée par des facteurs différents chez les mères en DPP et en DNP. Chez les mères en DPP, elle semble être causée par le manque de sommeil et les réveils fréquents qu'occasionnent les soins au bébé alors que pour les mères en DNP, elle semble davantage liée aux insomnies inhérentes à la dépression. Nos résultats sont cohérents avec ceux des recherches ayant utilisé un groupe de mères en DNP, qui indiquent que les mères en DPP rapportent moins d'insomnies que les mères en DNP (Whiffen, 1991).

Toutefois, même si un manque de sommeil peut augmenter le risque de dépression chez certaines femmes, il est primordial de considérer que plusieurs autres facteurs peuvent influencer la qualité du sommeil durant les premiers mois du postpartum. Le soutien social pourrait en faire partie. Rappelons que les mères en DPP de notre échantillon mentionnent que le repos a bien souvent suffit à améliorer leur état émotionnel. Le soutien de l'entourage, et particulièrement du conjoint, paraît essentiel durant les premières semaines postnatales et peut avoir une influence marquée sur la capacité des mères à récupérer et à s'adapter. Il nous paraît donc pertinent de sensibiliser l'entourage à l'importance d'un réseau de soutien qui permet de répondre aux besoins des mères durant cette période de vulnérabilité.

### La DPP, la résultante de facteurs psychosociaux?

Les facteurs relationnels et ceux liés à l'environnement social de la mère sont maintenant bien documentés pour expliquer l'exacerbation des symptômes dépressifs. La qualité de la relation conjugale est un facteur associé à la détresse psychologique et à la dépression chez les femmes de tous âges (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Un peu moins de la moitié de toutes les mères de notre échantillon mentionnent vivre des tensions conjugales fréquentes, ce qui est cohérent avec les résultats de Beck (2002). La moitié des mères de notre échantillon rapportent que l'isolement social éprouvé en raison de leur condition de mère génère leurs difficultés au plan de l'humeur. Ce facteur est toutefois présent dans les deux groupes de mères. Conformément aux études antérieures, ces facteurs psychosociaux ne sont pas spécifiques à la DPP.

### Le mythe d'une maternité idéalisée

Stoppard (2000), avance qu'il existe des facteurs invisibles qui peuvent affecter la vie des femmes, quel que soit le milieu de vie. Le discours populaire sur le rôle de mère et la maternité pourrait constituer l'un d'entre eux. Dans notre société, la maternité est empreinte d'un mythe : devenir mère, c'est être accomplie et heureuse. Cette idéologie de la maternité contribue à alimenter le fantasme de la mère parfaite. Dans notre échantillon, un peu moins de la moitié des mères en DPP rapportent que l'image idéalisée de la maternité serait à l'origine de leurs symptômes dépressifs. En accord avec les études qualitatives antérieures, nos résultats révèlent que ce discours idéalisé de la maternité pourrait être, pour certaines mères, la source d'attentes non comblées qui créerait un décalage avec l'expérience réelle de la maternité et qui contribuerait au développement de symptômes dépressifs (Knudson-Martin et Silverstein, 2009; Beck, 2002; Robertson *et al.*, 2013; Vik et Hafting, 2012). D'autres

types d'attentes non satisfaites peuvent être rencontrées dans différents domaines de la vie (travail, soutien social, relation avec le partenaire, la vie avec les enfants, soi comme mère, etc.). Ces attentes non comblées contribuent à rendre plus difficile l'adaptation à la maternité (Beck, 2002). Elles peuvent générer l'idée de se considérer comme une mauvaise mère ou la peur d'être condamnée comme telle par la société (Beck, 2002 ; Knudson-Martin et Silverstein, 2009).

Bien que l'influence de ce discours idéalisé de la maternité ne soit pas évoquée par la grande majorité des mères en DPP, il est surprenant que cela ne soit pas mentionné par un certain pourcentage de mères en DNP. Dans notre société, le rôle parental fait l'objet d'une certaine pression de performance. Selon nous, autant les mères qui ont des enfants en bas âge que celles ayant des enfants plus vieux sont confrontées à cet idéal de la maternité. Pourquoi les mères en DNP évoquent-elles davantage des difficultés liées au tempérament difficile de l'enfant ou concernant son éducation, plutôt que le malaise découlant de la pression de performance liée à leur rôle de mère? Cette question mériterait davantage de recherche pour apporter une réponse bien nuancée.

### Anxiété et perfectionnisme

Plus de la moitié des mères en DPP de notre échantillon attribuent leurs symptômes dépressifs à l'anxiété qui serait spécifiquement reliée aux inquiétudes envers le bébé, ce qui n'est pas le cas des mères en DNP. Certains travaux, comme ceux de Robert, David, Reeves, Goron et Delfosse (2008), confirment l'existence d'une anxiété qui serait propre à la maternité. Cette anxiété spécifique tient son origine dans l'angoisse de performance et du mythe de la mère parfaite et idéale. Les mères en DPP de notre échantillon présentent des standards élevés de perfection par rapport à la maternité.

Le perfectionnisme semble jouer un rôle important dans l'étiologie, le maintien et l'évolution de certains des problèmes psychologiques les plus répandus chez les femmes, y compris la dépression et l'anxiété (Shafran et Mansell, 2001). Les mères qui pensent devoir être des mères parfaites sont à risque de DPP et peuvent rencontrer plus de difficultés à s'adapter au changement de vie après l'accouchement (Nepon, Flett, Hewitt et Molnar, 2011). Le perfectionnisme constitue un facteur indépendant de trait de personnalité associé à la DPP (Gelabert *et al.*, 2012). Par ailleurs, il n'est pas clair si ce sont les traits de personnalité (facteurs individuels) qui sont en jeu ou si c'est l'image véhiculée par la société qui pousse les mères à vouloir être parfaites (facteurs culturels) ou la combinaison des deux facteurs qui influence le développement des symptômes dépressifs en postpartum. Considérant ce lien possible entre perfectionnisme et anxiété, nous suggérons, tout comme Robert *et al.* (2008), d'évaluer ces deux dimensions dans l'étude de la dépression en contexte postnatal.

#### La DPP, une dépression liée au changement de style de vie et à la perte?

La naissance d'un enfant entraîne une multitude de changements personnels nécessitant un ensemble d'ajustements individuels, conjugaux et familiaux. Les trois quarts des mères en DPP de notre échantillon rapportent éprouver de la difficulté à s'adapter au changement de style de vie qui contribuerait, selon elles, au développement de leurs symptômes dépressifs. Lors de la naissance d'un enfant, les mères doivent recourir à de multiples stratégies d'adaptation qui, selon Razurel, Kaiser, Sellenet et Epiney (2013), ne sont pas spécifiques à la période périnatale, mais vont être influencées par le degré de soutien social perçu, et par la perception des événements. En plus du manque de soutien évoqué précédemment, la grande majorité des mères en DPP de notre échantillon mentionnent vivre différentes sortes de perte suite à la naissance de leur enfant: le manque de temps pour elles, le manque

de temps pour faire tout ce qu'il y a à faire, le sentiment de perte de liberté, de perte de contrôle et l'impuissance, la perte d'identité, la perte des relations sociales et de stimulation intellectuelle, etc. La moitié d'entre elles rapportent également se sentir submergées par la gestion des soins au bébé et rapportent un sentiment de perte de contrôle. Nos résultats sont conformes à ceux des études antérieures (Beck, 2002; Knudson-Martin et Silverstein, 2009; Vik et Hafting, 2012).

En résumé, l'analyse du discours des mères révèle un paradoxe quant à la conceptualisation de la DPP. Présentement, la DPP est implicitement perçue par les professionnels de la santé et dans la population comme une dépression spécifique qui est davantage liée aux changements hormonaux qui font suite à l'accouchement, plutôt qu'à des conditions de vie difficiles ou au contexte social des mères. Pourtant, nos résultats ne soutiennent pas la vision selon laquelle la DPP est déclenchée directement par ce facteur spécifique qu'est la naissance du bébé. Ils soutiennent plus l'idée que les facteurs biologiques ne doivent pas être considérés comme les seuls éléments explicatifs de la dépression chez les mères, mais que la DPP est générée par des facteurs multiples qui sont d'ordre à la fois biologique, psychologique et social. L'importance de la culture, qui alimente l'idéalisation de la maternité et le désir d'être une mère parfaite n'est pas non plus à négliger. Ce sont donc davantage des causes psychosociales en lien avec l'environnement social et familial et le contexte culturel qui sont mentionnées par les mères en DPP pour expliquer leur dépression. La création d'un diagnostic spécifique à la DPP qui la différencierait des DNP ne serait pas justifiée, selon nous, car les causes identifiées mettent en jeu des mécanismes d'adaptation à des stressors de la vie, qui sont contextualisés ici par la présence du nouveau-né et les ajustements que cela nécessite, tout comme dans certaines DNP où les stressors de la vie peuvent constituer des causes de l'état dépressif.

## Implications cliniques

Actuellement, la DPP a tendance à être encadrée comme un problème essentiellement médical (Knudson-Martin et Silverstein, 2009), ce qui peut expliquer que l'hypothèse hormonale occupe une place si importante dans l'étiologie de la DPP. Le fait de maintenir une vision spécifique de la DPP, dont les causes seraient liées directement à la naissance, n'est pas sans conséquence. Tout comme des Rivières-Pigeon *et al.*, (2012), nous pensons que cela peut avoir un impact sur le type d'interventions proposées aux mères souffrant de DPP, interventions qui seraient plus de nature médicale et donc pas nécessairement adaptée aux besoins des mères qui sont souvent de nature psychosociale. Il serait plus adéquat de développer des interventions préventives qui soient davantage axées sur l'environnement social et familial des mères, et qui privilégieraient une démarche de démystification de la maternité. Les professionnels de la santé qui œuvrent auprès des mères en DPP pourraient à cet effet axer leurs interventions vers des activités de transfert de connaissances (feuilles informatifs, vidéo, animation, réseaux sociaux, etc.) touchant notamment les résultats des recherches concernant les causes à l'origine de la DPP, afin de pouvoir accéder à des informations nuancées, objectives et non culpabilisantes (Moreau, 2011). Des interventions axées sur les perceptions qu'ont les mères de la maternité et des idéaux intériorisés, ainsi que sur l'acceptation des émotions présentes durant la période postnatale pourraient être développées (Knudson-Martin et Silverstein (2009). Les idéaux n'étant pas des objectifs atteignables, ils peuvent engendrer des sentiments d'incompétence chez les femmes (Douglas et Michaels, 2004). Un recadrage des attentes irréalistes pour libérer les mères des contraintes qu'elles s'imposent (Beck, 2002) et surtout une normalisation des sentiments négatifs ou ambivalents (d'ennui, de tristesse, de colère, etc.) pourraient ainsi être préconisés. De telles interventions pourraient s'avérer très pertinentes dans le cadre des rencontres préparatoires à l'accouchement. Le soutien demeure selon nous le pilier de la prise en charge; soutien

qui devrait être à la fois émotionnel et pratique et caractérisé par l'écoute et le non-jugement. Ce soutien qui souvent absent du réseau social de plusieurs femmes devrait faire l'objet d'interventions visant à en faciliter l'accessibilité. En somme, ce sont des interventions de type non médical qui devraient être développées pour cette population, afin d'augmenter sa qualité de vie. Les antidépresseurs ne devraient pas constituer, selon nous, le traitement privilégié.

#### Recherches futures

Les recherches futures devraient être de nature qualitative comparant les facteurs étiologiques de la DPP et ceux de la DNP, tels que perçus par les mères, tout en considérant les facteurs hormonaux qui pourraient être présents dans ces deux populations cliniques. Ainsi, on verrait dans quelle proportion le facteur biologique joue de façon différentiel dans les deux groupes, tout en bénéficiant de l'éclairage de la perception des mères quant aux causes de leur état dépressif. De plus, la poursuite des études explorant le lien causal de la DPP avec d'autres facteurs individuels, tels que les traits perfectionnistes, est également préconisée en raison de sa forte association à l'anxiété et à la dépression.

#### Limites de l'étude

Bien que cette étude constitue, à notre connaissance, la première recherche à avoir documenté les causes telles que perçues par les mères en DPP, en utilisant un groupe de comparaison de mères en DNP, celle-ci comporte un certain nombre de limites. Tout d'abord, rappelons qu'elle ne permet pas d'établir de lien de cause à effet entre les causes rapportées par les mères et les symptômes dépressifs, étant donné le choix

du devis de recherche. De plus, le statut socioéconomique ainsi que le niveau de scolarité des participantes ne nous permet pas de savoir si des mères vivant dans un contexte plus défavorisé rapporteraient des causes similaires. Il aurait également été souhaitable que le diagnostic de dépression clinique soit confirmé par une seconde personne afin d'éviter les biais diagnostiques. Malgré ces lacunes, nos résultats concordent en grande partie avec les recherches antérieures. À l'exception des résultats qui n'ont pas pu être validés par les sujets eux-mêmes de l'étude, les critères de qualité pour la recherche qualitative énoncés par Van der Maren (1996) ont été respectés.

## CONCLUSION

En conclusion, plusieurs aspects des résultats de notre étude sont cohérents avec la vision selon laquelle la DPP serait déclenchée par des causes multifactorielles qui sont non spécifiques à la naissance. La création d'un diagnostic distinct qui différencierait la DPP des autres formes de dépression n'est à ce jour pas justifiée. La poursuite des études de nature qualitative entourant les causes de la DPP et le recours à un groupe de comparaison de mères en DNP paraît essentielle afin d'approfondir notre compréhension de ce phénomène dépressif.

## BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV* (4e ed.). Washington : Washington American Psychiatric Association.
- Armstrong, K.L., Van Haeringen, A.R., Dadds, M.R. et Cash, R. (1998). Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: separating the chicken from the egg. *Journal of paediatrics and child health*, 34(3), 260-262.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, K. G. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, TX*, 78204-72498.
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: À metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. et Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of affective disorders*, 88(1), 9-18.
- Cox, J. L, Holden, J. M et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cramer, B. (2002). Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Revue Devenir*, 14(2), 96.
- Des Rivières-Pigeon, C., Gagné, C. et Vincent, D. (2012). *Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale: mères dépressives, mais pimpantes*. Montréal : Éditions Nota bene.
- Dorheim, S. K., Bondevik, G. T., Eberhard-Gran, M. et Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 32(7), 847-855.

- Douglas, S. J. et Michaels, M. W. (2004). *The idealization of motherhood and how it has undermined all women: The mommy myth*. New York, NY: Free Press
- Ferreri, M. (2003). *La dépression au féminin*. Collections : Collection Pathologie science formation. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navinés, R., Gratacòs, M., Valdés, M. et Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 136(1), 17-25.
- Halbreich, U. et Karkun, S. (2006). *Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms* (Vol. 91, pp. 97-111). Netherlands : Elsevier Science.
- Jones, I. et Cantwell, R. (2010). The classification of perinatal mood disorders— Suggestions for DSM-V and ICD-11. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 33-36.
- Knudson-Martin, C. et Silverstein, R. (2009). Suffering in Silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of marital and family therapy*, 35(2), 145-158.
- Lanes, A., Kuk, J. L. et Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11 (1), 1.
- Leventhal, H., Meyer, D. et Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.
- Moreau, D. (2011). L'expérience de devenir mère: entre les attentes et la réalité. *Aporia*, 3(2), 26-36
- Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Pedersen, C.B., Mors, O. et Mortensen, P.B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296(21), 2582-2589.

- Nepon, T., Flett, G. L., Hewitt, P. L. et Molnar, D. S. (2011). Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(4), 297.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A. et Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 63-73.
- O'Hara, M. W. et Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C. et Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women et health*, 53(1), 74-99.
- Riecher-Rössler, A. et Hofecker Fallahpour, M. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56.
- Robert, E., David, H., Reeves N., Goron. S. et Delfosse, S. (2008). Adaptation à la maternité: Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. [Adaptation to motherhood: Discontinuity in pre-and post-partum anxiety and predictive value of various types of maternal anxiety.]. *Devenir*, 20(2), 151-171.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. et Stewart, D. E (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robertson, Ph., Curtis, R., Lasher, R., Jacques, S. et Tom, Sh. J. (2013). Experiences of Postpartum Mood Disorders of Women With More Than One Child. *The Family Journal*, p. 1066480713491068.

- Ross, L. E, Murray, B. J et Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Journal of psychiatry et neuroscience: JPN*, 30(4), 247.
- Serati, M., Redaelli, M., Buoli, M., & Altamura, A. C. (2016). Perinatal major depression biomarkers: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 193, 391-404
- Shafran, R. et Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*, 21(6), 879-906.
- Sheehan, D. V, Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, Th., Baker, R. et Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*.
- Silber, M. H. (2005). Chronic insomnia. *New England Journal of Medicine*, 353(8), 803-810.
- Stoppard, J. M. (2000). *Understanding depression*. New Jersey, USA : Clays Ltd.
- Sword, W., Clark, A. M., Hegadoren, K., Brooks, S. et Kingston, D. (2012). The complexity of postpartum mental health and illness: a critical realist study. *Nursing Inquiry*, 19(1), p. 51-62.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. De Boeck Supérieur.
- Vik, K. et Hafting, M. (2012). "Smile through It!" Keeping up the Facade While Suffering from Postnatal Depressive Symptoms and Feelings of Loss: Findings of a Qualitative Study. *Psychology*, 3(09), p. 810.
- Whiffen, V. E. (1991). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: A rose by any other name. *Journal of Psychiatry et Neuroscience*, 16(3), 160-165.

Tableau 1. Pourcentage d'occurrence des causes perçues par groupe (DPP-DNP)

	DPP (n=20) %	DNP (n=10) %	P	Taille d'effet
<b>Causes biologiques</b>				
Hormonale	35 %	30 %	0,78	0,05
Difficulté obstétricale	30 %	10 %	0,15	0,26
Antécédents de dépression	10 %	20 %	0,48	0,13
Manque de sommeil-fatigue	75 %	10 %	0,00	0,88
Douleur physique	0 %	20 %	0,11	0,29
Médication	0 %	20 %	0,11	0,29
<b>Causes psychologiques</b>				
Trait de personnalité	35 %	20 %	0,36	0,17
Adaptation changement de style de vie	70 %	20 %	0,00	0,56
Standard de perfection de la maternité	65 %	20 %	0,00	0,5
Anxiété	50 %	10 %	0,00	0,5
Perte de contrôle-impuissance	30 %	0 %	0,00	0,53
Limites	5 %	40 %	0,03	0,39
<b>Causes sociales et environnementales</b>				
Isolement social	50 %	30 %	0,27	0,2
Manque de soutien émotionnel	30 %	30 %	1,00	0,00
Manque de soutien pratique	50 %	30 %	0,27	0,2
Tensions conjugales	45 %	40 %	0,79	0,05
Enfant centre d'attention	45 %	20 %	0,13	0,27
Allaitement	40 %	20 %	0,23	0,2
Gestion des tâches familiales	25 %	50 %	0,17	0,25
Perte de liberté et de temps	75 %	30 %	0,00	0,47
Gestions des soins du bébé	55 %	0 %	0,00	0,9
Image de la maternité	40 %	10 %	0,03	0,38
Conseils et jugement de l'entourage	25 %	0 %	0,06	0,34
Grossesse non planifiée	20 %	0 %	0,02	0,41
Tempérament de l'enfant	0 %	30 %	0,03	0,38
Travail	45 %	60 %	0,43	0,14



## CHAPITRE V

### DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre présente une discussion générale des résultats qui découlent de cette recherche doctorale. Tout d'abord, une synthèse des principaux résultats de recherche des trois articles est présentée et interprétée au regard des points saillants extraits de la recension des écrits scientifiques. Ainsi, les deux volets entourant la question des critères de sévérité de la symptomatologie et de spécificité des symptômes et des causes perçues de la DPP sont abordés. Ce chapitre présente ensuite une réflexion sur les enjeux conceptuels liés à la définition de la DPP. Les implications cliniques ainsi que les limites, les forces et les retombées de cette thèse seront discutées, avant de proposer diverses pistes de recherche futures. Cette thèse se clôture par une brève conclusion générale.

#### 5.1 La dépression postnatale, un phénomène qui s'apparente à la DNP

L'objectif principal de cette recherche doctorale consistait à mieux comprendre le phénomène dépressif en contexte postnatal. La DPP est-elle comparable à la dépression qui survient à d'autres périodes de la vie ou constitue-t-elle une forme particulière de dépression ? Afin d'apporter des éléments de réponse à cette question, nous avons tenté de préciser les caractéristiques reliées à la sévérité de la symptomatologie et à la spécificité des symptômes et des causes de la DPP. Pour ce

faire, nous avons tout d'abord comparé trois niveaux d'intensité de la symptomatologie dépressive en postpartum (absence, mineure et majeure). Cette comparaison a permis de documenter les différences entre ces trois groupes par rapport à trois variables : l'anxiété, la détresse psychologique et la QVBO. Ces résultats ont permis de conclure que la symptomatologie dépressive postnatale se présente sur un continuum de sévérité allant de léger à sévère de façon similaire à la DNP. Dans un second temps, nous avons recueilli l'expérience des mères qui souffrent de dépression en période postnatale et non postnatale. L'analyse des propos des mères en DPP et en DNP a permis de préciser les similitudes et les différences quant à la nature des symptômes et des causes de ces deux phénomènes dépressifs. L'analyse des données recueillies corrobore l'idée selon laquelle la DPP ne constitue pas un phénomène distinct de la DNP. Ce qui est cohérent avec la vision d'un bon nombre de chercheurs (Beck, 2002; Cooper *et al.*, 2007; Jones et Cantwell, 2010; Riecher-Rössler et Hofecker Fallahpour, 2003). Les principaux constats extraits des deux volets de cette thèse relatifs aux critères de sévérité de la symptomatologie et de spécificité des symptômes et des causes de la DPP sont présentés et discutés au regard des écrits antérieurs.

### 5.1.1 Volet 1 : Symptomatologie dépressive postnatale, un continuum de sévérité !

La sévérité de la DPP constitue un premier sujet de désaccord entre les chercheurs. Tel que vu au chapitre I de cette thèse, les auteurs du *DSM-IV* (1994, 2000) et du *DSM 5* (2013) définissent la DPP comme un phénomène dichotomique répondant uniquement aux critères de sévérité d'un EDM. Pourtant, certains chercheurs avancent que dans sa forme la plus fréquente, la DPP ne satisferait pas aux critères diagnostiques complets d'un EDM (Class *et al.*, 2013; Dayan, 2008; Ferreri, 2003; Godfroid, 1997; Udangiu *et al.*, 2010). Elle serait davantage compatible avec les

critères de recherche de la dépression mineure présentés dans le *DSM-IV* (Ferreri, 2003). L'objectif du premier article de cette thèse était donc de vérifier d'une part, le caractère continu ou dichotomique de la symptomatologie dépressive postnatale et d'autre part, la nécessité d'identifier et d'intervenir auprès de ces tableaux mineurs, dits sous-cliniques, qui ne répondent pas aux critères complets d'un EDM, sans toutefois « pathologiser » les mères inutilement. Conformément aux hypothèses énoncées, les résultats indiquent que les mères identifiées avec une symptomatologie dépressive mineure en postpartum rapportent une détresse psychologique, un niveau d'anxiété et une QVBO globale généralement plus altérées que les mères sans symptôme de dépression, mais moins que les mères souffrant d'une DM. Qui plus est, ils permettent d'observer que les mères identifiées avec une dépression mineure présentent un niveau d'irritabilité, une présence non négligeable de « cas » d'anxiété clinique trait ainsi qu'une altération de l'ensemble des domaines de QVBO, similaires à ceux des mères en DM. En somme, les mères présentant des symptômes dépressifs en nombre insuffisant pour répondre aux critères d'un EDM, sont susceptibles d'être affligées de façon similaire aux mères qui sont identifiées avec un EDM complet en postpartum. Leurs symptômes n'en demeurent pas moins invalidants. Ces constatations s'apparentent à celles provenant des études portant sur le dysfonctionnement psychosocial et le stress maternel des états dépressifs sous-cliniques en postpartum qui appuient la nature continue des symptômes dépressifs en contexte postnatal (Lagerberg *et al.*, 2011; Magnusson *et al.*, 2011; Weinberg *et al.*, 2001). Nos résultats soulignent l'importance de se préoccuper de la souffrance des mères générée par ces états dépressifs sous-cliniques, de les identifier et de les prendre en charge. Mais quelle place le *DSM* accorde-t-il aux états dépressifs sous-cliniques en contexte postnatal ?

### 5.1.1.1 Place des états dépressifs sous-cliniques postnataux dans le DSM

Rappelons que dans le *DSM-IV-TR* (APA, 2000), le diagnostic de dépression mineure ne constitue pas un diagnostic clinique officiel. L'APA propose un ensemble de critères de recherche pour l'étude approfondie de ce type de trouble thymique. Toutefois, les personnes répondant à ces critères de recherche décrits dans le *DSM-IV-TR* (APA, 2000), pourraient recevoir un diagnostic clinique de « trouble de l'adaptation avec humeur dépressive », si les symptômes surviennent en réponse à un stress psychosocial. Dans les autres cas, le diagnostic approprié est « trouble dépressif non spécifié » (*DSM-IV-TR*; 2000, p838). Afin d'aboutir à une meilleure catégorisation des patients déprimés, les auteurs du *DSM 5* (APA, 2013) ont remplacé l'ancienne désignation « non spécifiée », que l'on retrouve dans le *DSM-IV-TR* (APA, 2000), par deux nouvelles options d'usage clinique : « autre trouble spécifié » et « trouble non spécifié » (APA, 2015, p. 17). Ces deux désignations permettent de catégoriser des individus qui présentent des tableaux cliniques où prédominent des symptômes caractéristiques d'un trouble dépressif qui provoquent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou des problèmes dans d'autres domaines importants, mais qui ne rencontrent pas complètement les critères d'aucun trouble dépressif. La catégorie « autre trouble spécifié » a pour but de permettre au clinicien de préciser la raison pour laquelle le tableau clinique ne correspond pas aux critères complets d'un autre trouble dépressif (ex. épisode dépressif avec symptômes insuffisants). Toutefois l'indice « avec début lors du postpartum » ne peut être appliqué aux tableaux dépressifs sous-cliniques s'ils surviennent en période postnatale, ni à celui du trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, car il est réservé au tableau complet d'un TDM. Pourquoi envisager une catégorie à part pour les états dépressifs sous-cliniques en dehors de la période postnatale et non en postpartum ? La raison d'un tel choix est obscure et peut paraître surprenante. Cela laisse sous-entendre que la DPP pourrait être différente de la DNP.

Pourtant, dans le *DSM-IV-TR* et le *DSM 5* (APA, 2000; 2013), la DPP est un trouble qui est apparenté à la DNP. Selon l'APA, ces deux phénomènes dépressifs majeurs se distinguent uniquement par le moment d'apparition des symptômes qui doivent, dans le cas de la DPP, survenir au cours des quatre semaines du postpartum. Nos résultats appuient cette similarité entre les états dépressifs qui surviennent en postpartum et ceux qui apparaissent en dehors de cette période.

Bien qu'ils nécessitent d'être corroborés, nos résultats sont cohérents avec l'idée de Godfroid (1997) selon laquelle la définition de la DPP proposée par le *DSM* serait contestable, car elle pourrait être trop restrictive en se référant uniquement aux critères de sévérité d'un EDM. Tout comme Dayan (2003), nous croyons que l'impossibilité d'apposer le spécificateur « avec début lors du postpartum » à de tels états sous-cliniques pourrait exclure une partie des DPP. Toutefois, l'inclusion des états dépressifs sous-cliniques à la définition de la DPP pourrait comporter certains risques. De façon surprenante, ceux-ci ont rarement été soulevés par les défenseurs des changements de critères de sévérité de la DPP. Par exemple, cela pourrait potentiellement ouvrir la porte à classer comme « pathologiques » des réactions normales de tristesse passagère qui peuvent survenir au cours de la période postnatale. Bien que nos résultats et ceux de plusieurs recherches antérieures suggèrent de conceptualiser la DPP comme un phénomène continu, plutôt que dichotomique, (présence ou absence de symptômes), il convient de considérer le risque d'une telle approche.

#### 5.1.1.2 Le défi du continuum : la frontière entre le « normal » et le « pathologique »

Selon Horwitz et Wakefield (2010), le risque, qui découlerait d'une conception continue des symptômes dépressifs, est qu'il n'y ait pas de démarcation entre

normalité et maladie, et que tous les points sur le continuum puissent être considérés comme des pathologies. Ces auteurs soulèvent que ce type de conceptualisation constitue un défi pour les classifications catégorielles comme le *DSM*. Rappelons que ces dernières années, le *DSM* a reçu de nombreuses critiques provenant, entre autres, des milieux professionnels (psychiatres, milieux de pratique en santé mentale) (Dubois, 2014). La principale d'entre elles est qu'il fait reposer le diagnostic de la dépression sur une liste de symptômes qui ne sont pas mis en lien avec la situation causant leur apparition (Horwitz et Wakefield, 2010). En effet, en réponse aux critiques qui avançaient que différents psychiatres ne rapportaient pas le même diagnostic pour un patient donné, les auteurs du *DSM* ont commencé, dans les années 1980, à dresser la liste des symptômes en vue d'établir une définition claire pour chaque trouble (Horwitz, 2002; Kirk et Kutchins, 1992). Ces définitions formelles qui permettent de poser des diagnostics sont devenues le critère central pour décider ce qui est considéré comme un trouble mental dans notre société (Horwitz et Wakefield, 2010). Toutefois en excluant le contexte d'apparition des symptômes, les auteurs du *DSM* auraient mené, selon certains auteurs, à une pathologisation de la détresse normale (ex. le deuil) (Frances, 2013; Horwitz et Wakefield, 2010).

Horwitz et Wakefield (2010) nous rappellent que jusqu'à tout récemment, on distinguait deux grands types d'états :

le premier, la tristesse normale, ou « avec cause », était associée à l'expérience de la perte ou à d'autres circonstances douloureuses qui semblaient être les causes évidentes de la détresse. L'attitude devant ces réactions normales consistait à apporter du soutien, à aider la personne à supporter puis à dépasser cette perte et à éviter de confondre sa tristesse avec une maladie. Le second, connu comme la « mélancolie », ou dépression « sans cause », constitue un trouble médical distinct de la tristesse normale par le fait que les symptômes n'ont pas de raison apparente dans la vie du patient. Cet état est relativement rare, mais il a tendance à durer et à se répéter... Et pourtant, cet état pathologique est constitué de la même sorte de symptômes que la tristesse

normale intense (tristesse, insomnie, retrait social, perte d'appétit, perte d'intérêt pour les activités habituelles, etc.) (p12-13).

Parce qu'il ne constitue pas une réponse proportionnée à des événements réels identifiables, ces auteurs font l'hypothèse que cet état pathologique résulte de défauts ou d'un dysfonctionnement interne qui requiert l'attention des spécialistes. Ils pensent que cette distinction entre « normal » et « pathologique » a largement été ignorée par la psychiatrie contemporaine.

Bien que les auteurs du *DSM* se défendent de se soucier de distinguer les états dépressifs normaux des pathologiques par l'établissement d'un premier critère diagnostique général exigeant la présence d'un seuil de significativité clinique, pour Horwitz et Wakefield (2010), la nature pathologique d'un état n'est pas affaire de nombre de symptômes : même si la présence d'un nombre plus élevé de symptômes est généralement plus préjudiciable, il n'est pas toujours avéré que des symptômes plus graves ou d'une durée plus longue plaident pour l'existence d'un trouble. De même, il peut exister des troubles légers constitués d'un petit nombre de symptômes qui peuvent être pathologiques. Un second critère a été prévu par le *DSM* exigeant la présence d'une détresse ou d'un handicap pour établir le seuil de trouble. Il est le plus souvent exprimé au moyen de l'expression « *le trouble cause une détresse ou une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants* ». Toutefois, Horwitz et Wakefield (2010) soulèvent, là aussi qu'une détresse significative ou une altération du fonctionnement peut survenir dans les réactions normales de tristesse. Chaque fois qu'un individu subit des facteurs de stress, il est susceptible de voir altérer son fonctionnement social, professionnel ou académique. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y a pathologie. Selon eux, en excluant le contexte d'apparition des symptômes, il apparaît difficile pour le *DSM* de faire clairement cette distinction entre les états dépressifs normaux et ceux qui sont

pathologiques. Ils avancent que la meilleure façon de faire cette distinction est de faire la différence entre le fonctionnement, tel qu'il a été biologiquement façonné, et l'échec de ce fonctionnement, c'est-à-dire le dysfonctionnement. Le contexte étant un aspect essentiel de ces mécanismes innés qui régulent naturellement les réactions de tristesse, de désespoir et de retrait quand les individus vivent des moments de perte (Keller et Nesse, 2005). En somme, la prise en considération du contexte dans lequel surviennent les symptômes dépressifs, afin de distinguer ceux qui reflètent un état normal suite à l'accouchement d'une pathologie paraît essentielle lors de l'identification des états dépressifs en contexte postnatal, qu'il soit majeur ou mineur. En effet, selon Nanzer (2009), certains signes de la DPP peuvent être confondus avec des signes « normaux » qui résultent de l'accouchement et de l'adaptation normale à la maternité tels que : les difficultés de sommeil, la fatigue, l'isolement social ou encore la perte ou le gain de poids. Il nous semble donc primordial de prendre en considération le contexte dans lequel les symptômes dépressifs surviennent.

Au regard de cette critique adressée envers le *DSM*, on pourrait se demander si en excluant le contexte d'apparition des symptômes, lors de l'établissement d'un diagnostic, nous n'avons pas exclu une partie des DPP. Tout comme les symptômes en nombre plus élevés ne sont pas gages de pathologies, même s'il y a présence d'un dysfonctionnement, le nombre réduit de symptômes n'indique pas une absence de pathologie. Faut-il alors envisager la possibilité d'une extension diagnostique et permettre l'ajout de l'indice «avec début lors du postpartum» aux états dépressifs sous-cliniques qui surviennent en contexte postnatal ? La réponse à cette question n'est pas évidente. Le problème en posant un diagnostic et donc de reconnaître ces états dépressifs comme des pathologies, c'est que cela conduit bien souvent à proposer des traitements pharmacologiques et des explications causales d'ordre biologique. En plus d'engendrer un phénomène de surmédicalisation de la détresse psychologique postnatale, cela aurait pour conséquence de médicaliser dans certains

cas, un processus normal d'adaptation à la maternité et de présenter les difficultés vécues par les mères souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques comme nécessitant une attention médicale. Nous ne pensons pas non plus qu'un diagnostic soit indispensable pour débiter une intervention auprès des mères qui présentent des difficultés au plan émotionnel. Bon nombre de psychologues prennent en charge des individus qui ne présentent pas de troubles. À cet égard, en raison de la non prise en compte du contexte d'apparition des symptômes par le DSM et du risque de surmédicalisation, nous n'appuyons pas la proposition de Brockington (1996) et de Dayan (2003), d'apporter une modification aux critères diagnostiques de sévérité de la symptomatologie de la DPP telle que proposée actuellement par le *DSM*. Toutefois, comment faire pour ne pas négliger cette proportion de mères qui souffrent de symptômes mineurs en postpartum et identifier celles qui ont besoin d'aide ?

La frontière entre le normal et le pathologique est une question complexe qui à ce jour n'a pas reçu de réponse claire. Une question demeure : puisque cette frontière est difficile à tracer, sur quels critères devons-nous nous baser pour déterminer la mise en place d'une intervention ? Selon nous, le critère du nombre de symptômes dépressifs pour justifier une intervention, ou encore l'apparition d'un dysfonctionnement nous paraît trop restrictif. Nous sommes d'avis qu'au plan clinique, qu'elles soient pathologiques ou non, toutes les mères qui présentent des symptômes dépressifs ont besoin d'aide. Comme nous l'avons vu, les mères en DPP mineure présentent des symptômes d'anxiété, de la détresse psychologique et une QVBO amoindrie. Qu'elles présentent les critères complets d'un EDM ou non, il est nécessaire de leur fournir une aide adéquate. Tel que nous le verrons dans la section des implications cliniques, l'évaluation de la QVBO des mères en postpartum pourrait s'avérer une avenue prometteuse. Elle permettrait d'outrepasser cette limite sémiologique et de contourner cette question du seuil à partir duquel il serait justifié d'intervenir. Nous reviendrons

sur ce point essentiel, ainsi que sur la manière d'aider cette population sans médicaliser les interventions, dans la section « Implications cliniques » de cette thèse.

Le but de notre réflexion n'est pas de condamner le *DSM*. Il a certes ses limites, mais il demeure un outil utile parce qu'il fournit des balises. Le système diagnostique des *DSM*, fondé sur les symptômes, a permis d'améliorer l'identification de la dépression, et l'ensemble des critères explicites a favorisé la communication entre les chercheurs et les cliniciens (Horwitz et Wakefield, 2010). Nous encourageons cependant ses auteurs à amorcer une réflexion quant à la frontière parfois poreuse entre ce qui constitue une réaction normale versus ce qui constitue une réaction pathologique de la détresse psychologique en période postnatale. Bien que la frontière entre le normal et le pathologique soit avant tout relative à la culture, nous pensons, tout comme Horwitz et Wakefield (2010), que nous aurions certains bénéfices à tirer de cette réflexion. Nous pourrions les transposer au contexte postnatal et à la DPP afin de mieux circonscrire ce phénomène dépressif. Par exemple, estimer plus précisément la prévalence réelle de la DPP et le coût de son traitement; éviter de médicaliser la tristesse normale, mais aussi augmenter la validité de la définition de ce trouble qui constitue la base des recherches et des traitements.

### 5.1.2 Volet 2 : symptômes et causes de la DPP, non spécifiques au postpartum

La spécificité des symptômes et des causes de la DPP constitue un second critère sur lequel certains auteurs s'appuient pour justifier le caractère unique de la DPP. Le deuxième et le troisième article de cette thèse avaient pour objectif d'analyser les symptômes et les causes tels que perçus par les mères en DPP et en DNP, en se basant sur leurs propos. Bien que certaines différences aient pu être observées entre les deux phénomènes dépressifs, notre analyse révèle que les mères en DPP et en

DNP présentent un profil symptomatologique généralement similaire. Les symptômes dépressifs des mères en DPP seraient déclenchés par des facteurs causaux non spécifiques à la naissance. Nos résultats s'inscrivent dans la lignée des recherches antérieures qui suggèrent que la DPP se développerait dans un contexte psychosocial, au même titre la DNP (O'Hara, 2009). À cet égard, ceux-ci ne soutiennent pas la création d'un diagnostic distinct pour la DPP. Néanmoins, les quelques différences observées méritent d'être discutées et les constats qui émergent de ces résultats soulèvent certains questionnements sur lesquels il convient de s'arrêter.

#### 5.1.2.1 Complexité et pluralité des symptômes dépressifs en postpartum

L'un des principaux arguments avancés par plusieurs chercheurs pour justifier la nature spécifique de la DPP est que cette forme de dépression serait caractérisée par des symptômes qui sont atypiques, soit en raison de l'importance des symptômes, que certains auteurs qualifient de «névrotiques» - tels que l'anxiété, l'irritabilité et les phobies - qui éclipsent les symptômes dépressifs, soit parce que certaines caractéristiques se manifesteraient de façon opposée à ce que l'on retrouve habituellement dans la dépression classique. Tout d'abord, les résultats de notre recherche permettent d'observer que la tristesse constitue l'un des symptômes les plus prédominants de l'expérience dépressive, autant chez les mères en DPP que celles en DNP. Ils permettent également d'observer que dans les deux phénomènes dépressifs, l'humeur triste s'accompagne d'importantes manifestations d'anxiété et d'irritabilité. Nos résultats sont cohérents avec ceux des études antérieures qui utilisent un groupe de comparaison de mères en DNP, qui soutiennent que les symptômes «névrotiques» au cœur de l'expérience de la DPP ne lui sont pas spécifiques. Ils reconnaissent également, tout comme les résultats des études antérieures, la présence de manifestations symptomatologiques inhabituelles par rapport au tableau classique de

dépression : les mères en DPP évoquent plus de difficultés au plan de l'humeur en fin de journée plutôt qu'en début, mais avec moins d'idéations suicidaires, moins de réveils nocturnes, de ralentissements moteurs et de douleurs dorsales et musculaires (Bernstein *et al.*, 2008; Cooper *et al.*, 2007; Eberhard-Gran *et al.*, 2003; Pitt, 1968).

Notre analyse a également permis d'illustrer une autre particularité symptomatologique de la DPP. Dans notre étude, une proportion importante de mères en DPP rapporte éprouver un sentiment de culpabilité. En cohérence avec plusieurs études antérieures, nos résultats indiquent que cette culpabilité importante serait engendrée, pour la plupart d'entre elles, par la déception et l'insatisfaction relatives à leur rôle de mères, ainsi que par les pensées négatives en lien avec leur incapacité à être des mères parfaites (Beck, 2002; Knudson-Martin et Silverstein, 2009; Pitt, 1968; Robertson *et al.*, 2013). Le contexte postnatal, et plus particulièrement l'image idéalisée de la maternité véhiculée dans notre société, pourrait constituer un terrain fertile pour l'émergence de la culpabilité. Ce décalage avec la norme attendue peut en effet s'avérer très culpabilisant pour une nouvelle mère. Les professionnels de la santé devraient garder à l'esprit l'importance d'une telle vision idéalisée et l'influence que celle-ci peut avoir sur la recherche d'aide des mères qui vivent des difficultés à la suite de la naissance d'un enfant.

Tout comme l'anxiété et l'irritabilité, il est habituel d'éprouver un sentiment de culpabilité au cours de l'expérience dépressive. Il est donc surprenant de ne pas retrouver un nombre plus important de mères en DNP qui témoignent de cette culpabilité, d'autant plus que les recherches qui ont porté sur l'étude des symptômes de la DPP et qui ont utilisé un groupe de comparaison de mères en DNP n'ont révélé aucune différence entre les deux groupes, quant à la présence de culpabilité (Nieland et Roger, 1997; Whiffen et Gotlib, 1993). Alors pourquoi cette différence s'observe-t-elle dans notre étude ? Le format qualitatif de notre recherche pourrait constituer un

élément de réponse. Ce type de méthodologie permet de recueillir des données qui ont pour avantage de refléter les manifestations les plus représentatives aux yeux des participantes. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le sentiment de culpabilité ne constitue peut-être pas le symptôme qui occupe la première place dans l'expérience de dépression des mères en DNP. Les méthodes quantitatives utilisent des échelles systématiques qui ne mesurent pas l'importance attribuée à chacun des symptômes. L'approche qualitative peut s'avérer à cet égard un complément riche aux méthodes quantitatives dans la compréhension des symptômes de la dépression.

Nos résultats concordent en majeure partie avec ceux recensés dans les méta-analyses de Beck (2002) et Knudson-Martin *et al.*, (2009), ainsi que dans l'étude de Robertson *et al.*, (2013). Ils illustrent la tendance générale voulant que les mères en DPP ne souffrent pas uniquement de symptômes dépressifs, mais aussi de manifestations «névrotiques» qui s'observent tout autant chez les mères en DNP. Ces résultats comportent certaines implications au plan préventif qui seront discutées dans la section appropriée à cet effet.

#### 5.1.2.2 Le rôle des changements hormonaux : spécifique ou non à la DPP ?

La naissance est souvent mise en cause comme facteur unique dans l'apparition de la DPP. Or, tel que mentionné au chapitre I de cette thèse, l'hypothèse hormonale n'a jusqu'ici pas été démontrée. Pour que la DPP puisse constituer une forme particulière de dépression, il faudrait qu'elle soit, d'une part, liée à la naissance, et d'autre part, le reflet de causes différentes de celles qui génèrent la DNP (Whiffen, 1991; 1992). Notre analyse indique que les causes biologiques inhérentes aux changements hormonaux ne constituent pas les explications les plus fréquemment rapportées par les mères en DPP pour expliquer la genèse de leur état dépressif. Elles ne constituent

pas un facteur-clé, du moins pour une grande majorité de notre échantillon. Bien qu'une proportion non négligeable de mères puisse être plus vulnérable à ces variations hormonales, nous sommes d'avis, comme bon nombre de chercheurs, que les changements hormonaux ne suffisent pas à eux seuls à expliquer la genèse de la DPP (Nanzer, 2009). D'autres facteurs ont clairement une influence sur la santé psychologique des mères. Ceux-ci seront explicités dans les sections qui suivent. Il est intéressant d'observer que le tiers des mères en DNP de notre échantillon mentionnent percevoir l'influence des hormones comme facteurs causant leurs symptômes dépressifs. Pourtant, le rôle des hormones sexuelles dans l'émergence des dépressions caractérisées n'apparaît pas non plus primordial (Ferreri, 2003). Ces données de recherche nous en apprennent beaucoup sur ce que les mères se font dire concernant l'origine de leurs symptômes. Même la DNP est présentée à certains égards comme hormonale, ou liée à la chimie du cerveau.

Ce manque de résultats probants nous amène à poser la question suivante : pourquoi la thèse hormonale occupe-t-elle, encore à ce jour, une place si importante dans l'espace public et dans le discours scientifique sur la DPP ? Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées. Premièrement, des Rivières-Pigeon *et al.*, (2012), nous rappellent que dans notre culture, ce qui touche à l'expérience et au rôle de mère est souvent interprété comme ayant une nature avant tout biologique, le fameux instinct maternel. Puisqu'elle va à l'encontre de la tendance naturelle à être heureuse lorsqu'on donne naissance à un enfant, la DPP pourrait être vue comme contre nature et donc liée à un dysfonctionnement interne. En lien avec l'analyse de Lupton (2000) concernant la vision décontextualisée du modèle biomédical, nous croyons que le fait que le *DSM* se base sur une liste de symptômes pour émettre un diagnostic sans tenir compte du contexte d'apparition des symptômes, a fort probablement contribué à l'émergence de cette vision biologique des causes de la DPP. Puisque la DPP survient au moment de la naissance, elle est naturellement mise en lien avec la grossesse ou

l'accouchement, et donc avec des changements hormonaux plutôt que des facteurs liés au contexte psychosocial entourant la maternité ou de nature psychologique. L'ajout dans le *DSM-IV* (1996), de l'indice postnatal « avec début lors du postpartum », pour la dépression majeure, a probablement influencé le maintien d'une telle vision. Il laisse aussi entendre que la DPP pourrait être une forme particulière de dépression qui serait spécifiquement déclenchée par la naissance. Enfin, la poursuite des études sur les facteurs hormonaux en jeu dans le développement de la dépression chez les femmes pourrait également avoir joué un rôle dans le maintien d'une vision biologique des causes de cette condition et laisserait entendre qu'elle pourrait être possiblement déclenchée par les bouleversements hormonaux qui peuvent survenir au cours de la vie des femmes (Stoppard, 2000). Nos résultats corroborent l'idée selon laquelle les facteurs biologiques ne doivent pas être considérés comme les seuls éléments explicatifs de la dépression chez les mères. D'autres types de facteurs, de nature psychologique et liés à l'environnement social de la mère, sont en cause dans le déclenchement de cette condition. Ceux-ci sont explicités dans les sections qui suivent.

#### 5.1.2.3 Anxiété : symptômes ou causes ? Temporalité et nature de l'anxiété

Certains facteurs psychologiques sont considérés comme déterminants dans la genèse de la dépression. Parmi ceux-ci, l'anxiété durant la grossesse a été identifiée comme l'un des facteurs de risque les plus fortement associés à la DPP (Robertson *et al.*, 2004). Le constat des études antérieures est que l'anxiété prénatale joue un rôle majeur en tant que prédicteur de la DPP (Beck, 2001; Heron *et al.*, 2004; Sutter-Dallay *et al.*, 2004). Il est intéressant de noter que dans cette recherche doctorale, l'anxiété est rapportée par les mères en DPP à la fois comme symptôme, mais également comme facteur causant leur dépression. Bien que la présence de

manifestations anxieuses soit observée dans les deux groupes de mères, seules les mères en DPP mettent en cause l'anxiété pour expliquer le développement de leurs symptômes dépressifs. Pour certaines mères l'anxiété serait-elle alors préalable aux symptômes dépressifs en postpartum ? La temporalité de l'anxiété pourrait nous éclairer sur le caractère spécifique de la DPP. Il est important de la déterminer afin de cibler le bon choix de traitement.

Outre la nécessité de préciser la temporalité de l'anxiété par rapport au tableau dépressif, la nature spécifique de ces manifestations anxieuses paraît également déterminante pour mieux comprendre ce qui délimite la DPP. Bien que l'étude de l'anxiété postnatale ne soit pas l'objet de cette thèse, celle-ci mérite que l'on s'y attarde quelques instants. Une étude menée par Robert *et al.*, (2008) a démontré l'existence d'une anxiété propre à la maternité. Selon ces auteurs, cette anxiété spécifique à la grossesse et à la maternité s'analyse à la lumière de l'angoisse de performance et du mythe de la mère parfaite et idéale. Les résultats de notre analyse indiquent que les mères en DPP expliquent le développement de leurs symptômes dépressifs en raison des inquiétudes en lien avec le bébé et de l'anxiété qu'elles éprouvent par rapport à leur incapacité à remplir parfaitement leur rôle de mère. Toutefois, on ne sait pas à ce jour, si cette anxiété reliée au fait de vouloir être une mère parfaite résulte d'un trait de personnalité perfectionniste ou si elle est simplement la résultante de l'image idéalisée de la maternité véhiculée par notre société, qui pousse certaines mères à répondre à une norme attendue, celle de la mère parfaitement en contrôle. Bien que nos résultats aient permis d'observer que le contexte culturel et le discours sur l'idéalisation de la maternité véhiculé dans notre société pouvaient, selon certaines mères, jouer un rôle dans l'émergence des symptômes dépressifs en postpartum, les traits de personnalité perfectionniste semblent également influencer selon certaines d'entre elles sur l'apparition de tels symptômes. Gelabert *et al.*, (2012) ont démontré que les mères en DPP semblent

rapporter plus de traits de personnalité perfectionniste que les mères en DNP. Toutefois, les résultats des recherches antérieures n'ont pas confirmé à ce jour le caractère spécifique du perfectionnisme chez les mères en DPP. Des études supplémentaires sont nécessaires. Cette question de l'anxiété spécifique à la maternité comme facteur causal de la DPP nécessite d'être davantage approfondie. Quoiqu'il en soit, ces résultats ont des implications au plan clinique qui s'inscrivent dans la lignée des recommandations de Robert *et al.*, (2008) qui suggèrent de considérer l'anxiété comme une dimension distincte de la dépression et de la mesurer adéquatement, car elle peut traduire des natures diverses. Nous pensons aussi qu'une mesure du perfectionnisme serait utile.

#### 5.1.2.4 Environnement social des mères et émergence des états dépressifs

Ces dernières années, la littérature scientifique a vu émerger un nombre croissant de recherches qui démontrent un lien entre l'environnement social et familial de la mère et la DPP. Les résultats de notre étude indiquent qu'une proportion importante des mères en DPP et en DNP explique le développement des symptômes dépressifs en raison de tensions conjugales et d'un manque de soutien pratique et émotionnel de la famille, et particulièrement du conjoint. Ces facteurs ne sont donc pas spécifiques à la DPP. Ils sont aussi habituellement associés aux dépressions caractérisées.

Par ailleurs, du côté des mères en DPP, le soutien de la famille et surtout du conjoint paraît essentiel au cours des premières semaines du postpartum, pour leur permettre de récupérer, en raison du nombre insuffisant d'heures de sommeil durant les premières semaines du postpartum. La fatigue qui en résulte fait en effet partie des facteurs causaux les plus évoqués par les mères en DPP pour expliquer l'apparition de leurs symptômes dépressifs. Certaines d'entre elles mentionnent que le repos a bien

souvent suffi à améliorer leur humeur. Un mauvais sommeil a été associé à une augmentation du risque de dépression chez certaines femmes. Toutefois, il est nécessaire de souligner que plusieurs autres facteurs peuvent influencer le sommeil durant les premiers mois du postpartum (changements physiques, exigences du bébé et facteurs sociaux) (Dorheim *et al.*, 2009).

Conformément aux études antérieures, nos résultats permettent également de souligner l'importance des tensions conjugales dans l'émergence des symptômes dépressifs en postpartum (Beck, 2002). Le rôle du conjoint est un élément-clé pour comprendre la dépression chez les mères. La qualité relationnelle constitue un facteur important dans le développement de la DPP (Paris et Dubus, 2005). Elle est associée à la détresse psychologique et à la dépression chez les femmes de tous âges (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Les résultats de cette étude encouragent le développement d'interventions qui optimisent le soutien social et émotionnel des mères. Nous reviendrons plus précisément sur ces recommandations dans la section « Implications cliniques » de cette thèse.

#### 5.1.2.5 La DPP : un décalage avec la norme

Stoppard (2000) avance qu'il existe probablement des facteurs invisibles qui peuvent affecter la vie des femmes, indépendamment de leurs conditions de vie. Parmi ceux-ci, le discours populaire sur le rôle de mère et de la maternité pourrait constituer l'un de ces éléments invisibles (Nicole, 2010). En effet, le message véhiculé par notre société sur la maternité est sans équivoque : elle est synonyme de bonheur. Les nombreux articles populaires relatifs à l'accouchement sans douleur, à la réussite de son allaitement, aux comportements à adopter pour être une mère épanouie, ne sont que quelques exemples qui traduisent cette vision. Ce discours idéalisé de la

maternité contribue à alimenter le fantasme de la mère parfaite, fantasme qui mène les mères à la désillusion et qui contribue au développement de leurs symptômes d'anxiété et de dépression. Notre analyse illustre cette tendance et indique que les mères en DPP mettent en cause cette image idéalisée de la maternité pour expliquer leurs symptômes dépressifs. Certaines d'entre elles rapportent se sentir inadéquates en raison de leur échec à être une mère parfaite qui serait entre autres, responsable de leur état. Plus de la moitié des mères en DPP disent se sentir incompetentes lorsque vient le temps de prendre soin de leurs enfants et elles partagent un sentiment de perte de contrôle. Conformément aux études qualitatives antérieures (Beck, 2002; Knudson-Martin et Silverstein, 2009; Mauthner, 2002; Moreau, 2011), nos résultats laissent penser que ce discours idéalisé de la maternité pourrait être la source d'attentes non comblées qui créent un décalage avec l'expérience de la maternité vécue par les mères dans la réalité. Ces attentes non comblées rendraient plus difficile l'adaptation à la maternité (Beck, 2002).

Il est intéressant d'observer que le rôle étiologique du discours idéalisé de la maternité et de ce décalage par rapport à la norme attendue soit rapporté uniquement par les mères en DPP. Pourtant, il est difficile d'imaginer que ce facteur ne puisse pas jouer de rôle dans l'émergence des DNP. Il est en effet peu probable que les mères d'enfants plus âgés soient à l'abri de la pression sociale exercée par la société concernant le rôle de mère. Alors, comment expliquer de tels résultats? Une hypothèse est que la petite taille de notre échantillon n'a pas permis de mettre cette variable en relief. Cela ne veut pas dire pour autant que la vision idéalisée de la maternité véhiculée par la société n'a pas d'impact sur les mères en DNP. Autre fait intéressant, dans notre échantillon, certaines mères en DNP expliquent l'apparition de leurs symptômes dépressifs par le tempérament difficile de leurs enfants et les difficultés rencontrées dans leur éducation. Bien souvent, lorsque l'enfant présente des difficultés, ce sont les parents qui sont blâmés par la société. Ils ont échoué dans

leur rôle de parents. Ces propos nous laissent entendre que les mères en DNP pourraient elles aussi s'interroger sur leur incapacité à faire face à leur rôle de mère. Cette question d'idéalisation de la maternité et plus largement du rôle parental par la société mériterait d'être explorée en tant que facteur causal de la dépression chez les mères. Les liens entre les stéréotypes sociaux et la DPP ont été très peu étudiés. Il est à noter que ce sont uniquement les recherches de nature qualitative qui mettent en relief l'importance du contexte culturel dans l'émergence de la DPP. À notre connaissance, ce sont surtout des auteurs féministes qui se sont penchées sur ce type de déterminants (des Rivières-Pigeon., 2002; Romito, 1990).

#### 5.1.2.6 Difficultés d'adaptation au changement de style de vie

La naissance d'un enfant entraîne une multitude de changements personnels nécessitant un ensemble d'ajustements individuels, conjugaux et familiaux (Mercer *et al.*, 1988). Notre analyse indique que les trois quarts des mères en DPP de notre échantillon rapportent éprouver de la difficulté à s'adapter au changement de style de vie suite à la naissance du bébé, qui contribuerait, selon elles, au développement de leurs symptômes dépressifs. Elles expriment ces difficultés d'ajustement en lien avec la perception de multiples pertes par rapport à leur vie avant la naissance du bébé. La grande majorité des mères en DPP mentionnent en effet percevoir une forme de perte suite à la naissance de leur enfant, qui peuvent être de différents ordres : la perte de temps (le manque de temps pour elles, le manque de temps pour faire tout ce qu'il y a à faire), le sentiment de perte de liberté, de perte de contrôle et l'impuissance, la perte d'identité, la perte d'intimité, des relations sociales et de stimulation intellectuelle, etc. Pour les mères en DPP, leurs symptômes dépressifs résulteraient donc en partie de leurs difficultés à s'ajuster à ces multiples changements qui impliquent une modification de leur style de vie; modifications que plusieurs d'entre elles perçoivent

comme une forme de perte dans les différentes sphères de leurs vie. Nos résultats sont conformes à ceux des études antérieures (Beck, 2002; Knudson-Martin *et al.*, 2009; Vik et Hafting, 2012).

Il est intéressant d'observer, au regard de la recension des écrits, que les recherches existantes sur la DPP se concentrent majoritairement sur les facteurs de risque, la prévalence, les conséquences des symptômes dépressifs sur l'enfant ainsi que sur les traitements. Vik et al., (2012) nous font remarquer que bien que ces questions doivent être prises en compte dans l'étude de la DPP, la prédominance de ce type de recherche indique que l'étude de la grossesse et de l'accouchement est dominée par le discours médical. Selon Thurtle (1995) les approches biologiques et psychologiques seules, risquent de ne pas fournir une compréhension globale de ce phénomène dépressif. L'étude de la DPP pourrait bénéficier de données issues d'autres approches telles que la sociologie ou encore des études féministes. Dans ce type de recherches, de nombreuses mères décrivent la maternité comme un paradoxe dans lequel elles peuvent éprouver à la fois une forme de bonheur à devenir mère et en même temps éprouver un sentiment de perte qui résulte de leur nouvelle situation : les pertes d'autonomie et de temps, de l'apparence, de la féminité et de l'identité professionnelle (Nicolson , 1999). Sethi (1995) décrit ce paradoxe comme un processus dialectique dans lequel on peut retrouver une forme de dichotomie dans l'expérience des nouvelles mères entre le don de soi et les pertes d'autonomie et de liberté. Selon lui, la solution à celle-ci passe par une redéfinition de soi, des relations et des objectifs professionnels. Stern (2004) décrit la maternité comme une crise de vie qui amène une désorganisation et qui exige une réorganisation d'une grande partie de sa vie psychologique. L'organisation du système de santé au Québec entourant les soins reliés à la maternité (ex. discours entourant l'allaitement) et le discours sur le rôle de mère (être une mère parfaitement en contrôle et performante) peut contribuer, selon nous, à accentuer ce paradoxe. Par conséquent, il nous paraît important de

reconnaitre, tout comme Vik et al., (2012) le soulignent, ces phénomènes de perception de pertes multiples qui accompagnent la naissance, car ceux-ci peuvent guider les cliniciens dans leurs interventions. Cette reconnaissance des professionnels de la santé dans l'existence de ce paradoxe entourant la maternité, qui nécessite une période d'ajustement, pourrait contribuer à diminuer le sentiment de culpabilité des mères qui souffrent de difficultés d'adaptation à la maternité et à diminuer l'impact de cette culpabilité sur le développement potentiel de symptômes dépressifs.

## 5.2 Pertinence du spécificateur « avec début lors du postpartum »

Bien que certaines différences symptomatologiques aient pu être observées entre la DPP et la DNP, celles-ci ne paraissent pas suffisamment notables pour conclure que ces deux formes de dépression constituent des phénomènes distincts. De même, si les causes rapportées par les mères en DPP étaient en lien avec la naissance, il aurait été légitime de qualifier la DPP de « phénomène spécifique ». Or, ce sont davantage des causes de nature non spécifique qui sont rapportées par les participantes en DPP. Une question nous vient alors : si la DPP et la DNP ne semblent pas globalement différer, en quoi l'ajout du spécificateur « avec début lors du postpartum », au diagnostic de dépression, est-il pertinent ? Tout comme des Rivières-Pigeon *et al.*, (2012), nous nous interrogeons sur la création et le maintien à ce jour d'une telle expansion diagnostique ? Ces auteurs nous rappellent qu'avant même la création du diagnostic de DPP, les femmes qui présentaient des symptômes de dépression après un accouchement pouvaient recevoir un diagnostic de dépression majeure, sans que la période postnatale ne soit spécifiée. des Rivières *et al.*, (2012) précisent que :

la spécification postnatale a pour but d'élargir cette catégorie en attirant l'attention sur le fait qu'une forme supplémentaire de dépression peut survenir après l'accouchement (p.47).

Il peut paraître paradoxal que la DPP soit conceptualisée comme un phénomène comparable à la dépression qui survient à d'autres périodes de la vie, et, parallèlement à cela, sous-entendre qu'elle pourrait être différente de cette dernière en apposant le prescripteur « avec début lors du postpartum ». De plus, sachant que nos résultats et ceux de plusieurs études antérieures indiquent que les facteurs étiologiques et les symptômes de la DPP et de la DNP semblent vraisemblablement similaires, en quoi la création du spécificateur « avec début lors du postpartum » est-elle utile ? Pourquoi en l'absence de preuves tangibles a-t-on tenu à maintenir ce diagnostic ?

Le maintien de l'indice postnatal suscite beaucoup de controverse au sein de la communauté scientifique. Everingham Heading et Connor (2006) réfutent les bienfaits de l'ajout du spécificateur au diagnostic de dépression et soulignent le risque de stigmatisation sociale qui a été associé au diagnostic de DPP. De son côté, Nicolson, (2003) critique également le diagnostic actuel de la DPP tel qu'il a été conceptualisé par l'APA. Selon lui, en évacuant le contexte social des mères qui ont présenté des symptômes de dépression, les auteurs du *DSM* contribuent à maintenir la perception que la DPP tient son origine uniquement dans la mère elle-même. Romito (1990) abonde dans le même sens et avance que le fait de maintenir l'idée que la DPP peut être expliquée exclusivement par une cause interne à l'inconvénient d'évacuer totalement les conditions de vie dans lesquelles les mères évoluent et dans lesquelles la DPP se développe. Selon elle, cette vision amène à déduire qu'il suffit de prescrire aux mères des antidépresseurs et qu'il n'est pas nécessaire de changer quoi que ce soit à leurs conditions de vie pour prévenir ou guérir la dépression. Pourtant, nos résultats et ceux de plusieurs études antérieures appuient le rôle des facteurs psychosociaux et du contexte culturel dans l'émergence des symptômes dépressifs postnataux plutôt que celui des facteurs biologiques ou liés à un dysfonctionnement interne. Ils encouragent le développement d'une intervention psychosociale plutôt

qu'essentiellement médicale. Nous reviendrons sur ce point dans la section « Implications cliniques » de cette thèse.

Par ailleurs, il semble que le milieu médical, les professionnels de la santé et plus particulièrement le processus de médicalisation de la maternité, aient joué un rôle prépondérant dans l'émergence du diagnostic de DPP. Les femmes enceintes et les nouvelles mères ont des contacts fréquents et réguliers avec le monde médical en raison de leur prise en charge par les professionnels de la santé. La création du diagnostic de DPP est perçue par le milieu médical comme ayant un effet bénéfique sur la santé des femmes : d'une part, en reconnaissant que la maternité peut être vécue difficilement et d'autre part, en ayant un effet déculpabilisant (des Rivières Pigeon *et al.*, 2012). Selon cette logique, les mères en détresse qui sont étiquetées avec un tel diagnostic ne se sentiraient pas responsables de leur situation, car elles seraient considérées comme malades et non comme des mauvaises mères. Ce diagnostic pourrait ainsi avoir été créé afin de déculpabiliser les mères qui éprouvent des difficultés d'ordre émotionnel dans un contexte où elles sont censées ressentir de la joie. Tel que mentionné précédemment, les résultats de cette étude indiquent qu'une grande partie des mères en DPP éprouvent un sentiment de culpabilité. Elles se sentiraient coupables de ne pas être des mères parfaites et en contrôle, comme elles l'avaient imaginé. Toutefois, nos résultats ne semblent pas appuyer cet effet déculpabilisant escompté du diagnostic de DPP. des Rivières-Pigeon *et al.*, (2012) abondent dans le même sens et avancent que :

« le caractère incompatible de l'image de la bonne mère en contrôle et de la femme déprimée a tout ce qu'il faut pour faire en sorte que les mères souffrant de troubles dépressifs se sentent inadéquates et marginalisées dès qu'elles s'écartent du modèle standard » (p.136).

Autre fait intéressant, la culpabilité, qui semble caractéristique de l'expérience des mères en DPP, n'est pas évoquée par les mères en DNP qui ont des enfants plus âgés. Ces dernières n'ont pourtant pas de spécificateur qui est propre à leur condition de mère (ex. : dépression maternelle) et susceptible de réduire leur culpabilité.

Selon Brockington (2004), il serait avantageux de reconnaître que certaines mères peuvent vivre des difficultés en période postnatale, et qu'il est nécessaire de les prendre en charge. Cela pourrait même, selon cet auteur, favoriser la recherche d'aide des mères. On pourrait se demander si en apposant un indice postnatal uniquement aux états dépressifs qui surviennent immédiatement après l'accouchement, on ne privilégie pas une portion des mères en dépression ayant des nouveaux nés au détriment des mères d'enfants plus âgés. Les résultats d'études antérieures menées en Australie, en Italie et au Québec indiquent qu'on retrouve plus de symptômes cinq ans après l'accouchement que dans l'année qui suit la naissance (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2003; Najman *et al.*, 2000; Romito *et al.*, 1999). Pourtant, il n'existe pas pour ces mères d'enfants plus âgés, de spécificateur de dépression maternelle qui permettrait d'attirer l'attention sur leurs difficultés. La présence de ce spécificateur uniquement chez les mères en DPP ne pourrait-elle pas potentiellement avoir un effet préjudiciable sur l'identification des mères en DNP ? Elles sont plus rarement identifiées en raison de la rareté de leurs contacts avec le milieu médical. D'ailleurs, il convient de mentionner que dans cette étude, le recrutement des mères d'enfants plus âgées en dépression s'est avéré plus difficile. Les mères en postpartum sont en effet plus facilement accessibles en raison des visites postnatales. Les nombreuses visites chez le médecin et les contacts plus fréquents avec les professionnels de la santé durant les premiers mois postnataux peuvent être des occasions privilégiées pour rejoindre les mères souffrant de difficultés postnatales. Il nous semble dans ce contexte que les mères en DNP peuvent être pénalisées.

Bien que nous soyons conscients que cette expansion diagnostique contribue à maintenir la vision que la DPP pourrait constituer une forme particulière de dépression, nous sommes d'avis de maintenir ce spécificateur, et ce, pour les raisons suivantes : tout d'abord, l'indice postnatal a l'avantage, selon nous, de contextualiser les symptômes, ce qui nous semble primordial, compte tenu du caractère aétologique et décontextualisé du *DSM 5* (APA, 2013), souligné dans la section précédente de cette discussion générale de thèse. En effet, certains symptômes peuvent être confondus avec les suites normales de l'accouchement et il est nécessaire de remettre ceux-ci en contexte afin de ne pas les assimiler à des manifestations dépressives. L'indice postnatal rappelle également que la mère en dépression vient de donner naissance à un bébé et qu'il est nécessaire de tenir compte de ce facteur, entre autres, au moment de décider de la nature du traitement qui lui sera proposé. Il nous paraît également essentiel d'adapter les interventions au contexte des nouvelles mères et de tenir compte de certaines contraintes reliées à la réalité de la maternité et aux soins du nouveau-né (allaitement, limitation des déplacements, etc.). L'analyse des propos des mères en DPP permet en effet d'observer qu'une grande partie d'entre elles sont confrontées au fait qu'elles ne peuvent plus faire ce qu'elles veulent, car durant les premières semaines, leur horaire est régi par le rythme du bébé. Cette réalité doit être prise en compte lorsqu'on propose des interventions aux mères. Une thérapie de groupe de type troisième vague, incluant par exemple des interventions de yoga ou de méditation, pourrait être plus limitante pour les mères contraintes d'être accompagnées de leur bébé. De plus, certains auteurs argumentent que le spécificateur « avec début lors du postpartum » serait nécessaire en raison des conséquences importantes que la dépression peut avoir sur la mère, le jeune enfant et sa famille (Cunningham *et al.*, 2013). Il peut arriver que certaines mères qui souffrent de symptômes dépressifs graves aient plus de difficultés à prendre soin de leur enfant (ex. : sortir de chez elle, stimuler le bébé) et même qu'elles ne soient plus fonctionnelles. Les conséquences peuvent alors être préjudiciables pour l'enfant.

Nous sommes d'avis qu'étant donné les risques pour le bébé, il est nécessaire de maintenir cet indice pour signifier qu'en plus de la mère, il est utile d'envisager des interventions avec le jeune enfant (thérapie mère-enfant pour renforcer le lien d'attachement). Nous pensons également que les risques sont aussi présents pour les enfants de mères en dépression qui sont plus âgés. Il pourrait être selon nous pertinent, comme le suggèrent certains chercheurs, de prolonger la période postnatale au-delà de laquelle il serait possible d'apposer le spécificateur « avec début lors du postpartum », soit au-delà des quatre semaines qui suivent la naissance.

### 5.3 La DPP en mal de nomination

Le terme DPP a été plusieurs fois remis en question. Le débat entourant la question de la dénomination de la DPP n'est pas un sujet neuf. Elle fut tantôt nommée « dépression atypique » (Pitt, 1968), « dépression maternelle » (Chabrol, 1998), « dépression souriante » (Pritchard et Harris, 1996), « dépression mineure » (Dayan, Jacques, 2003) ou encore « trouble de l'adaptation » (Whiffen et Gotlib, 1993). Cette dernière proposition a été émise par Whiffen et Gotlib (1993) en raison du fait que, selon eux, la DPP résulterait de difficultés d'ajustement à la venue du bébé et au changement de style de vie. Le remplacement du diagnostic de dépression par celui de trouble d'adaptation aurait pour avantage de reconnaître clairement les difficultés des mères qui peuvent être moins sévèrement déprimées en période postnatale, et de leur offrir des traitements appropriés. Bien que nos résultats permettent d'appuyer leurs observations quant à l'influence des difficultés d'adaptation sur l'émergence des symptômes dépressifs en postpartum, nous sommes d'avis que ce déplacement du diagnostic pourrait avoir certains effets négatifs. Premièrement, cela aurait pour effet d'ignorer les mères qui présentent des symptômes plus sévères. En effet, ce diagnostic est destiné aux mères qui souffrent de symptômes sous-cliniques

n'englobe pas ceux qui répondent aux symptômes complets d'un EDM. Deuxièmement, le diagnostic de trouble de l'adaptation aurait pour effet de surmédicaliser les difficultés des mères en postpartum et de proposer des solutions pharmacologiques plutôt que psychosociales. Même si certains auteurs soutiennent que le fait d'agir sur les états sous-cliniques permettrait de prévenir la chronicisation des symptômes, ceci n'a jusqu'ici pas été prouvé. De plus, le diagnostic de trouble de l'adaptation reste un diagnostic controversé dans la population générale et encore méconnu en raison de la rareté des études. Enfin, tel que nous l'avons vu précédemment, les effets d'une stigmatisation reliée au diagnostic sont à ce jour méconnus. Nous ne savons pas si le diagnostic aurait les bénéfices escomptés ni s'il permettrait de prévenir la chronicisation des symptômes sous-cliniques vers des états de dépression majeure ou encore s'il serait moins stigmatisant. Nous sommes donc d'avis de n'apporter pour le moment aucun changement relatifs aux critères diagnostiques actuels de la DPP ou concernant sa dénomination.

#### 5.4 Implications cliniques

Les résultats de cette recherche doctorale mettent en lumière certaines retombées cliniques qu'il convient de discuter. Les recommandations cliniques qui découlent de ces résultats pourraient contribuer à mieux informer les médecins et les autres professionnels de la santé qui œuvrent dans le domaine de la périnatalité de la pertinence de faire de la prévention des symptômes dépressifs en période postnatale.

#### 5.4.1 Prévention primaire

Un ensemble de facteurs peut influencer positivement ou négativement l'adaptation à la maternité. Ceux-ci ont été documentés dans la littérature scientifique. La plupart des chercheurs s'entendent pour dire que la DPP est générée par des facteurs multiples et non par l'évènement unique de la naissance. Des interventions préventives ciblées peuvent permettre de modifier dans l'environnement de la mère, certains facteurs susceptibles de causer la dépression. Il demeure donc pertinent d'offrir, tel que le recommande le Groupe d'étude canadien pour la santé, des services préventifs qui agissent en amont sur les déterminants de la santé (Corneau, Chan et Desjardins, 2014).

Comme nos résultats en témoignent, la culture et le discours idéalisé de la maternité qui sont véhiculés dans notre société pourraient constituer des facteurs sur lesquels il serait pertinent d'intervenir afin de prévenir le développement de symptômes dépressifs en postpartum. Les campagnes de santé publique diffusées à travers les médias (affiches, publicités télévisuelles, pamphlets, etc.) ont pour principal objectif d'améliorer la santé mentale, physique et le bien-être des populations. Or, les écrits destinés au grand public semblent contribuer à alimenter ce paradoxe sur le discours de la maternité (des Rivières-Pigeon *et al*, 2012). Les campagnes de santé publique pourraient probablement gagner en efficacité dans leur objectif de prévention de la DPP en travaillant sur la diffusion d'une image plus réaliste de la maternité, dans le but de réduire la stigmatisation des mères qui présentent des difficultés suite à la naissance d'un enfant. Il ne s'agit pas de dépeindre une image négative de la maternité, mais plutôt de conscientiser le public au fait qu'il est normal pour certaines mères d'être fatiguées, de ne pas avoir le temps de gérer les tâches quotidiennes de la maison ou de ressentir une forme de culpabilité face à leur incapacité à répondre efficacement aux besoins du bébé, après lui avoir donné naissance.

Les professionnels de la santé ont un rôle à jouer dans l'éducation des parents et des nouvelles mères. Ils devraient être encouragés à lutter contre les stéréotypes et à présenter, dans leur pratique, la maternité comme un phénomène qui nécessite une adaptation - la parentalité devant faire l'objet d'un apprentissage. Normaliser le fait que la maternité engendre des besoins particuliers qui nécessitent parfois un accès à des ressources spécifiques et un soutien pratique et émotionnel paraît essentiel. Il n'y a pas une seule façon d'être mère et ce rôle peut être influencé par le contexte social et culturel dans lequel celle-ci évolue. La mère parfaite n'existe pas. La recherche d'aide en cas de difficultés devrait également être normalisée. Il est aussi recommandé d'encourager les mères à parler de leur maternité à l'entourage ou aux professionnels de la santé de façon réaliste, plutôt que de dire ce qui est socialement attendu (Flatt *et al.*). Ce travail de démystification de la maternité par le biais d'interventions psychoéducatives pourrait s'avérer pertinent lors des rencontres de préparation à l'accouchement. Ces réunions permettent de rejoindre plus facilement le conjoint, souvent présent lors des rencontres prénatales.

#### 5.4.2 Prévention secondaire

Il est également important de développer des stratégies de prévention secondaire afin de réduire les effets négatifs des symptômes dépressifs en période postnatale. Les mères qui souffrent de symptômes dépressifs après un accouchement passent souvent inaperçues, malgré leurs nombreux contacts avec les professionnels de la santé (Dennis et Chung, 2006). Certains obstacles relatifs à l'identification de la DPP ont été documentés dans la littérature. Parmi ceux-ci, on retrouve entre autres le manque de connaissances au sujet de la DPP chez les professionnels de la santé (Edge *et al.*, 2004). La prévention de la DPP passe donc avant tout par la formation des professionnels de la santé. Des activités de transfert de connaissances pourraient

permettre de rendre accessibles les résultats des recherches concernant les causes et les symptômes de cette condition. Nos résultats suggèrent que le corps médical en contact direct avec les mères devrait être sensibilisé aux caractéristiques de la DPP, ainsi qu'à la nature des facteurs jouant un rôle dans le développement des symptômes dépressifs postnataux. Rappelons que ces symptômes ne sont pas nécessairement le reflet des changements hormonaux liés à l'accouchement, mais bien le signe de difficultés psychosociales, relationnelles ou liées à la culture. L'idée selon laquelle la DPP est causée par les changements hormonaux a pour effet de rejeter des solutions qui pourraient davantage être de nature psychosociale. Les professionnels de la santé devraient également être sensibilisés au fait qu'il existe des états sous-cliniques de dépression en contexte postnatal qui ne répondent pas aux critères complets d'un EDM, mais qui n'en demeurent pas moins invalidants. Les mères qui souffrent de tels états pourraient ainsi être rapidement identifiées et orientées vers des ressources adaptées qui ne seraient pas nécessairement médicales, mais plutôt psychosociales qui permettraient de favoriser une meilleure adaptation à la maternité (ex. soutien émotionnel et pratique, psychoéducation, informations sur les services communautaires, gestion du stress, amélioration de la QV, etc).

#### 5.4.2.1 Dépistage

L'Institut national de santé publique a récemment fait le point sur les recommandations en matière de prévention de la dépression chez les femmes en période périnatale (Corneau, Chan et Desjardins, 2014). Au Canada, les recommandations ne sont pas en faveur d'un dépistage de routine de la DPP. Les preuves existantes ne semblent pas appuyer l'efficacité de ce type de programme auprès de la population. Corneau *et al* (2014) nous indiquent que même si la prévalence de la dépression est élevée dans la population, elle demeure relativement

trop faible, compte tenu du rendement des outils (leur sensibilité et leur spécificité) pour permettre aux tests de dépistage d'atteindre une valeur prédictive positive acceptable. Les études démontrent qu'une personne sur deux ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage serait atteinte de dépression. Ces faux positifs peuvent entraîner des démarches inutiles pour les personnes en bonne santé, une stigmatisation, ceci, sans oublier les coûts additionnels pour le système de santé.

Toutefois, comme le recommande le Groupe d'étude canadien pour les soins de santé préventifs, les cliniciens doivent être conscients de la possibilité d'une dépression périnatale, en particulier chez les mères présentant des facteurs de risques. Ils sont encouragés à user de leur jugement clinique pour déterminer s'il est pertinent de faire usage d'outils de dépistage lorsque certains indices cliniques sont présents, tels que : des insomnies, de la tristesse, une perte d'intérêt et de plaisir, des pensées suicidaires, etc. Au regard de nos résultats, nous encourageons non seulement les cliniciens et les médecins, mais plus globalement les professionnels de la santé, à être à l'affût des manifestations de dépression à la fois majeure et sous-clinique. Nous pensons que ces professionnels devraient également être formés à détecter des manifestations de détresse psychologique plus larges, non pathologiques, et qu'il faut éviter de se limiter uniquement à l'identification des états dépressifs caractérisés.

#### 5.4.2.2 Évaluation clinique et seuil symptomatique

Il existe des moyens simples pour identifier les mères susceptibles de souffrir de symptômes dépressifs en période postnatale. Bien que la DPP semble d'appartenir à la DNP, nos résultats recommandent de recourir à des instruments de mesure qui soient adaptés à la période postnatale. En raison de certaines particularités symptomatologiques retrouvées dans la DPP, les instruments mesurant la dépression

classique peut manquer de sensibilité pour mesurer la DPP. L'*EPDS* constitue un outil simple de dépistage. Néanmoins, celui-ci gagnerait en pertinence si on lui ajoutait des items relatifs au perfectionnisme. En effet, nos résultats indiquent qu'un pourcentage non négligeable de mères en DPP rapportent vouloir être des mères parfaites. Certaines études démontrent que cette variable pourrait constituer un facteur de risque important dans le développement de la DPP (Gelabert *et al.*, 2012). Nous rejoignons à cet effet les propos de Gelabert *et al.*, (2012) qui suggèrent d'évaluer le perfectionnisme des mères en postpartum afin de détecter plus efficacement les femmes à risque de DPP.

De plus, nos résultats relatifs à la détérioration de la QVBO des mères en état sous-clinique et l'importance de l'anxiété dans l'expérience de la DPP appuient les recommandations d'Austin (2004) et Magnusson (2011), qui suggèrent de ne pas se restreindre à la seule évaluation des symptômes dépressifs lors du processus d'adaptation à la maternité. L'*EPDS* pourrait être utilisé conjointement avec d'autres outils de mesure de la symptomatologie dépressive postnatale (Class *et al.*, 2013). La mesure complémentaire de l'anxiété nous paraît également essentielle. En effet, dans l'*EPDS*, la sous-échelle d'anxiété (items 1,2,8 et 10) représente seulement 12,7% de la variance (Guedeney et Fermanian, 1998). Cette sous-échelle d'anxiété de l'*EDPS*, prise isolément, est moins performante et n'a pas montré d'utilité clinique (Brouwers *et al.*, 2001; Guedeney et Fermanian, 1998; Pop *et al.*, 1992). Il est donc recommandé de recourir à une mesure spécifique de l'anxiété plutôt que de se limiter à l'utilisation de la sous-échelle d'anxiété fournie par l'*EPDS*.

La notion de seuil symptomatique qui est au cœur de l'approche diagnostique de dépression dans le *DSM* est considérée par certains auteurs comme problématique (Horwitz et Wakefield, 2010). Le nombre de symptômes requis pour différencier les troubles de la normalité demeure arbitraire et il ne peut y avoir une ligne magique qui

délimite le normale du pathologique (Frances 1998 ; Kendler et Gardner 1998 ; Horwitz et Waekfield, 2010). Selon Green (1998), il n'y a pas de seuil optimal au-delà duquel toutes les mères sont déprimées et en dessous duquel aucune ne l'est. Même s'il est augmenté ou abaissé, il y aura toujours la problématique des faux positifs et négatifs. Nos résultats soulèvent donc la question du point de coupure que nous devrions considérer afin de détecter les mères souffrant de symptômes dépressifs à la suite de la naissance de leur enfant. La tendance actuelle est de procéder à une surveillance médicale des symptômes dépressifs qui peuvent survenir en postpartum et d'intervenir si ceux-ci atteignent les critères diagnostiques complets d'un EDM (Udangiu *et al.*, 2010). Le point de coupure qui est actuellement recommandé à l'*EDPS* est 12/13 pour la détection d'un EDM probable en postpartum (Cox *et al.*, 1987). Pour la détection d'une dépression mineure probable, le point de coupure recommandée est de 9/10 à l'*EPDS*. Certains chercheurs suggèrent de réviser le point de coupure à l'*EDPS* à la baisse afin d'améliorer la pratique clinique (Lagerberg, 2011; Magnusson *et al.*, 2011 ; Weinberg *et al.*, 2001). Selon eux, ces deux points de coupure pourraient ne pas être adaptés pour identifier les mères qui souffrent de symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un trouble et qui ont besoin d'aide. En effet, l'étude de Lagerberg *et al.*, (2011) a démontré que les femmes identifiées avec un score à l'*EPDS* de 6 présentaient déjà des difficultés. Selon la logique de Green (1998), nous ne devrions pas nous restreindre à fixer un point de coupure unique qui déterminerait la démarche clinique à suivre. Qu'ils soient le reflet d'un trouble ou non, nous sommes d'avis que nous devons aider les mères qui souffrent de symptômes dépressifs en postpartum. La mesure continue de l'état émotionnel que peut fournir l'*EPDS* est, selon Green (1998), plus informative qu'une simple réponse binaire. Elle a pour avantage de légitimer la souffrance, qu'elle soit pathologique ou non.

Selon nous, l'*EPDS* pourrait être utilisé comme un complément à une évaluation approfondie des besoins émotionnels des mères en postpartum. Le recours à d'autres types de mesures complémentaires aurait pour avantage de documenter la nature des difficultés éprouvées par les mères chez qui un état dépressif est soupçonné, qu'il soit pathologique ou non. L'utilisation d'outils d'évaluation de la QVBO pourrait selon nous constituer une avenue prometteuse dans l'évaluation des difficultés des mères en période postnatale, sans avoir recours à un seuil clinique qui déterminerait leur prise en charge. Il nous paraît en effet restrictif, au regard de nos résultats et des considérations théoriques abordées dans le volet 1 de cette thèse, de baser notre décision d'intervention sur le simple critère du nombre de symptômes. Il convient, selon nous, d'user davantage de notre jugement clinique plutôt que de nous limiter à l'évaluation de la seule présence de symptômes dépressifs. L'évaluation de la QVBO aurait pour avantage d'outrepasser les limites liées au seuil symptomatique et de préciser les domaines de la vie des mères qui sont les plus affectés. Elle permettrait de cette façon d'individualiser les interventions.

#### 5.4.3 Prévention tertiaire

Lorsque les professionnels de la santé évaluent les mères afin de déterminer la présence de symptômes dépressifs, il est indispensable d'assurer à ces mères l'accessibilité à des traitements adaptés (McQueen *et al.*, 2008). Même si le traitement de la DPP ne fait pas l'objet de cette thèse, nos résultats soulèvent certains questionnements quant aux stratégies d'intervention. Notons que si l'hypothèse hormonale persiste dans la vision des causes de la DPP, elle n'a paradoxalement pas mené à des interventions spécifiques (des Rivières-Pigeon *et al.*, 2012). Le traitement actuellement recommandé pour traiter la DPP est la combinaison de la psychothérapie et des antidépresseurs (Lacombe et Bell, 2011). La conceptualisation médicale de la

DPP par le *DSM* influence le type de traitement recommandé. Il n'est pas étonnant que si la DPP est conceptualisée comme une condition médicale ayant une origine biologique ou liée aux changements hormonaux, les traitements proposés soient de nature médicale et psychiatrique. Or, nos résultats encouragent plutôt de développer des interventions de nature psychosociale qui agissent directement sur le contexte de vie des mères et leurs représentations de la maternité.

Néanmoins, le soutien, l'écoute et le non-jugement demeure selon nous le pilier de la prise en charge. Il est essentiel de déculpabiliser les mères en les informant des multiples facteurs responsables de leur souffrance. Des approches systémiques familiales afin d'améliorer la communication entre les partenaires, et une aide au développement d'un réseau de soutien efficace (contacts réguliers avec la famille et les amis) pourraient être envisagées (Lacombe et Bell, 2011). En somme, ce sont des interventions non médicales pour la gestion de la DPP qui devraient être privilégiées. La place de la pharmacothérapie peut s'avérer néanmoins importante pour les cas de dépression plus sévères.

La conceptualisation continue de la symptomatologie dépressive soulève la question suivante : les stratégies proposées pour traiter la dépression en contexte postnatal sont-elles adéquates pour traiter les états dépressifs mineurs postnataux ? L'offre actuelle de services pour cette population sous-clinique pourrait être maladaptée. Une méta-analyse récente a démontré l'inefficacité des antidépresseurs pour les formes mineures de dépression (Barbui *et al.*, 2011) La place des antidépresseurs et des psychotropes pour le traitement des dépressions mineures demeure discutable, alors que ceux-ci sont fréquemment prescrits dans la population générale (Barbui *et al.*, 2011). Il est nécessaire, selon nous, de développer des interventions qui soient adaptées aux besoins des mères et de les orienter vers des interventions de nature elles aussi psychosociale qui permettent de favoriser une meilleure adaptation la

maternité. Ces interventions pourraient s'attacher à l'amélioration de leur qualité de vie. Nous sommes d'avis, tout comme le soulignent Evins, Theofrastous et Galvin (2000) que le degré de dépression seul ne devrait pas dicter le type d'interventions, mais, que celui-ci devrait plutôt être basé sur les besoins des mères.

## 5.5 Considérations méthodologiques

### 5.5.1 Limites de la recherche doctorale

Cette recherche doctorale comporte certaines limites qu'il convient de considérer dans l'interprétation des résultats. Premièrement, concernant le volet 1 de cette thèse, la taille de notre échantillon est relativement petite. Le petit nombre de sujets par groupe a certainement affecté la puissance et a empêché d'utiliser des modèles multivariés d'analyse dans la comparaison des trois niveaux d'intensité de dépression. De plus, elle ne nous permet pas de détecter une grande taille d'effet et limite la généralisation des résultats. En second lieu, signalons que le statut socio-économique et le niveau de scolarité élevés des participantes impliquent que notre échantillon puisse être non représentatif de la population des mères ayant donné naissance à un enfant au Québec. Ensuite, il convient de préciser que l'*EPDS* constitue un instrument d'évaluation permettant de mesurer la symptomatologie dépressive en période postnatale et non de poser un diagnostic psychiatrique de dépression majeure ou mineure. La mesure des symptômes dépressifs à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté indique seulement une probabilité de diagnostic de dépression majeure ou mineure. Il est possible que certaines mères répondant aux critères complets d'une dépression majeure se soient retrouvées dans le groupe de mères en dépression. Ensuite, certaines limites liées aux choix des instruments de

mesure ont été relevées, concernant notamment la mesure de la QVBO. La majorité des études utilisent des instruments de mesure de la QV reliés à la santé, alors que les limites de ce type d'instrument ont été soulignées précédemment. Les mesures globales de la QV sont rarement utilisées, de même que les mesures spécifiques à la période postnatale. Il est donc difficile de savoir si les concepts sous-jacents de l'*ISQV* recouvrent les mêmes domaines de vie que les outils de mesures génériques de la QV reliés à la santé. Plusieurs limites doivent également être mentionnées concernant le volet 2 de cette thèse. Il s'agit d'un volet exploratoire qui a permis de documenter l'expérience des mères en DPP et en DNP, en ce qui concerne les symptômes et les causes de la dépression et de préciser les similitudes et les différences entre ces deux formes de dépression. Il aurait peut-être été préférable d'avoir une population plus hétérogène dans chaque sous-groupe. Comme mentionné plus haut, le statut socioéconomique et le niveau de scolarité élevé des mères en dépression font que les contenus obtenus ont été influencés par ces caractéristiques et peuvent donc ne pas refléter ce qui aurait été trouvé avec un échantillon de mères défavorisées. Il est possible que les femmes issues d'un milieu socioéconomique plus défavorisé puissent avoir des symptômes et des causes différents. De plus, le devis de recherche qualitatif de ce projet ne permet pas d'inférer un lien de cause à effet entre les variables. Enfin, nos résultats n'ont pas pu être validés par les mères elles-mêmes en raison de limites pratiques. Toutefois, certaines stratégies comme la validation des hypothèses par les pairs ou avec les résultats des études antérieures ont été utilisées afin de réduire l'impact de ces limites sur la validité de nos résultats.

### 5.5.2 Forces et retombées de la recherche doctorale

En dépit des limites méthodologiques mentionnées, cette recherche comporte plusieurs forces. Les résultats du premier volet de cette thèse ont permis de formuler

des recommandations méthodologiques quant à l'étude de la population sous-clinique en période postnatale. À notre connaissance, notre étude est la première à avoir comparé l'anxiété, la détresse psychologique et la QVBO des mères, selon trois niveaux d'intensité de symptomatologie dépressive en période postnatale. Qui plus est, cette étude prend en considération plusieurs variables. Elle ne se limite pas à la seule mesure de la symptomatologie dépressive postnatale. L'utilisation d'une échelle de mesure de la QVBO (*ISQV*) a permis de documenter les difficultés des mères qui présentent des symptômes sous-cliniques en postpartum et de légitimer leur identification dans une optique de prévention. L'*ISQV* a été choisi parce qu'il constitue une mesure de la QV basée sur l'atteinte des objectifs de vie, ce qui va bien au-delà de la mesure de la QV reliée à la santé. L'*ISQV* possède également de très bonnes propriétés psychométriques. Finalement, la mesure de l'anxiété et de la détresse psychologique nous a permis de raffiner notre compréhension des phénomènes dépressifs sous-cliniques en contexte postnatal, d'une part, par un éclairage donné à des dimensions comme l'irritabilité/agressivité, l'isolement social, l'estime de soi et l'anxiété/dépression, et d'autre part, en soulignant l'importance d'intervenir auprès des populations sous-cliniques de façon non médicale.

Cette recherche a également permis de formuler des recommandations quant au choix des instruments de mesure lors de l'étude de la DPP. Nos résultats réitèrent la nécessité de recourir à des instruments de mesure adaptés qui prennent en considération les particularités du contexte postnatal. Notons que les auteurs de l'*EDPS* (Cox *et al.*, 1987), ont supprimé certains items qui pouvaient être confondus avec l'expérience normale de l'adaptation à la maternité et du postpartum. Cet outil qui possède une bonne valeur psychométrique pourrait toutefois bénéficier de l'ajout d'items permettant d'améliorer l'identification des mères souffrant de DPP. Les suggestions d'items formulées sont inspirées des résultats des symptômes perçus rapportés par les mères en dépression. Les items relatifs au perfectionnisme en lien

avec le rôle de mère pourraient améliorer l'identification des mères en DPP. De plus, les résultats de cette étude encouragent, le recours à l'utilisation d'instruments mesurant un spectre plus varié de symptômes que ceux reliés aux manifestations dépressives seules, afin de mieux cerner l'expérience de la DPP. Nos résultats permettent en effet d'illustrer la pluralité des expériences de détresse qui soulignent les limites des instruments d'évaluations de la symptomatologie dépressive en postpartum. Les recommandations dans le domaine de la recherche sont d'élargir les études aux différents troubles anxieux et dépressifs pouvant être rencontrés lors de l'adaptation à la maternité, plutôt que de les limiter à la dépression seule (Austin 2004). L'utilisation de mesures de détresse psychologique, de QVBO et d'anxiété pourrait s'avérer pertinente. À cet égard, cette étude appuie le recours à une combinaison d'outils qui mesure à la fois, l'anxiété état et trait, ainsi que l'anxiété spécifique à la maternité, ce qui pourrait améliorer la compréhension de la nature de l'anxiété dans les DPP.

L'une des principales forces de ce projet réside, selon nous, dans la rigueur du choix méthodologique qui a été appliquée pour répondre à la question de la spécificité des symptômes et des causes de la DPP. À notre connaissance, aucune étude qualitative à ce jour ne s'est attachée à analyser les symptômes et les causes perçues de la DPP des mères souffrant de DPP et de DNP. Le recueil de données qualitatives a pour avantage de laisser aux mères la possibilité d'exprimer la présence de symptômes plus larges que ceux restreints au seul état dépressif, et ainsi de leur permettre de parler des facteurs pouvant le mieux décrire leur condition. De plus, l'utilisation d'un groupe de comparaison de mères en DNP est venue pallier à l'absence de données comparatives de nature qualitative dans la littérature existante, et a permis de dégager des facteurs déterminants dans les causes perçues par les mères de la DPP. L'utilisation de cette méthode nous a amenés à questionner certains résultats relevés dans les études antérieures menées sans groupe contrôle de comparaison de mères en

DNP. En effet, certaines caractéristiques de la DPP qui paraissent à première vue spécifiques à cette condition (ex. : tristesse éclipsée par les symptômes «névrotiques») ne le sont plus une fois que ces caractéristiques sont comparées à ce que l'on retrouve dans un groupe de mères en DNP. Nous pouvons supposer que l'absence d'un groupe de comparaison « pathologique » dans les études antérieures semble traduire une limite qui pourrait contribuer à maintenir une image spécifique de la DPP. Grâce au devis de recherche qualitatif, l'importance du décalage entre les attentes non satisfaites et la réalité de la maternité - décalage qui peut entraver l'adaptation à la maternité - a pu être appuyée par ces nouvelles données. Enfin, elle a permis de mettre en relief l'importance de la culpabilité et du rôle de l'anxiété dans le développement des symptômes dépressifs pour certaines mères en DPP.

Une autre force méthodologique de cette étude est la rigueur du processus d'analyse qualitative. Différentes stratégies ont été utilisées pour garantir la qualité et la crédibilité des données qualitatives. Van der Maren (1996), recommande l'utilisation de critères qui ont permis d'assurer cette étape indispensable à la vérification de la qualité scientifique de notre démarche. Les détails de ces stratégies élaborées en amont de la récolte de données, se trouvent à l'appendice E de cette thèse.

Par ailleurs, cette recherche doctorale apporte des retombées pour le milieu de la pratique en périnatalité. Tout d'abord, elle vient souligner l'importance d'une approche préventive et aussi le besoin d'amélioration en matière d'évaluation de ce trouble. De plus, nos résultats suggèrent que les interventions des professionnels de la santé et plus particulièrement des psychologues œuvrant dans ce domaine soient mieux ajustées aux besoins multiples de cette clientèle. Nos résultats pourraient aussi enrichir les ateliers de formation portant sur les symptômes et causes du phénomène dépressif en postpartum, assurant ainsi un transfert de connaissances adéquat aux personnes en position de faire de la prévention. Ils pourront également servir à

l'élaboration de feuillets informationnels destinés aux futures mères sur l'adaptation au postpartum afin de les encourager à aller chercher de l'aide.

## 5.6 Pistes de recherches futures

Les recherches sur la sévérité de la symptomatologie et la spécificité de la DPP ont été peu nombreuses depuis l'introduction de ce diagnostic dans le *DSM-IV* en 1994. Les résultats de cette recherche doctorale ouvrent le chemin à de nouvelles perspectives et documentent la nécessité de poursuivre la réflexion autour de la question des critères diagnostiques de la DPP qui touche à la sévérité et la spécificité des symptômes ainsi que des causes de cette condition. Voici quelques suggestions sur lesquels on pourrait concentrer les efforts afin de mieux circonscrire ce phénomène.

### 5.6.1 Poursuivre les études de nature qualitative

Une première voie de recherche est d'encourager la poursuite des études de nature qualitative sur la DPP, avec l'utilisation d'un échantillon de comparaison de mères en DNP. L'utilisation d'un groupe plus hétérogène est également prescrite. Ceci permettrait sans doute d'appuyer en totalité ou en partie les résultats observés au sein de notre étude. De plus, la mesure des symptômes dépressifs de ces deux populations, de manière prospective et longitudinale, permettrait d'évaluer l'évolution des symptômes, voire d'établir des liens de cause à effet entre les facteurs considérés comme pouvant contribuer au développement de la DPP. Notons toutefois la difficulté de réaliser un tel devis en raison du contexte postnatal qui pourrait rendre difficile la rétention des participantes dans l'étude. En effet, en période postnatale la

disponibilité des mères est limitée. Toutefois, ce problème pourrait être facilement résolu par la réalisation de l'étude au domicile des participantes. Une évaluation de type téléphonique pourrait également être envisagée.

Nous encourageons également les chercheurs à développer des études qui répondent aux critères de qualité des études qualitatives. Les démarches qualitatives ont trop souvent considéré comme manquant de rigueur scientifique. Nous invitons les chercheurs, tout comme le suggère Drapeau (2004), à prendre le temps de reconnaître les fondements épistémologiques de la recherche qu'ils désirent entreprendre pour s'assurer de retenir des critères de scientificité adaptés. La rigueur devrait se retrouver à plusieurs niveaux pour démontrer la crédibilité du cheminement, de la méthodologie, de l'analyse des données et de la présentation des résultats, etc. Cette rigueur permettra de faciliter la comparaison des résultats, la transparence de la démarche de recherche qualitative et la clarification des concepts utilisés.

### 5.6.2 Privilégier l'utilisation d'une entrevue diagnostique

Au sein des études, la DPP est souvent mesurée à l'aide d'instruments auto-administrés. Ce type de pratique peut amener certaines limites méthodologiques comme l'absence d'un jugement clinique et une mauvaise compréhension des questions de l'instrument de mesure de la part des participantes (Martin, 2010). L'utilisation d'une entrevue diagnostique structurée est d'autant plus pertinente dans le cadre des études portant sur la clarification des limites de la DPP en raison des suggestions de certains chercheurs de reconnaître de tels états dans la conceptualisation de la DPP dans le DSM. Le seul recours aux instruments auto-administrés a pour inconvénient de ne pas tenir compte des faux positifs. Les participantes sélectionnées pourraient en effet ne pas répondre aux critères complets

de la dépression majeure même si elles atteignent le point de coupure recommandé pour la détection de celle-ci. Ainsi on augmente le risque de comparer des construits différents.

### 5.6.3 Opérationnaliser les variables et privilégier une terminologie commune

L'utilisation d'une terminologie commune devrait accroître cette comparaison et la transférabilité des observations. Par exemple, les chercheurs devraient s'entendre sur une terminologie commune quant à la dénomination des états sous-cliniques. Les termes utilisés par les auteurs sont multiples et on ne sait pas toujours très bien à quel concept ils réfèrent (sous-clinique, mineur, modéré). Cette distinction est indispensable afin de ne pas confondre les concepts entre eux. Le terme modéré est également utilisé par le *DSM 5* lorsque vient le temps de statuer sur la sévérité des symptômes dépressifs en place. Toutefois, cette dénomination renvoie au phénomène de dépression majeure et non à un état sous-clinique.

### 5.6.4 Utilisation de mesures complémentaires à celles des symptômes dépressifs

Nous encourageons, tout comme Austin, (2004), de ne pas se limiter à la seule évaluation des symptômes dépressifs dans l'étude du phénomène dépressif en postpartum. Nos résultats indiquent que les mères en DPP évoquent des symptômes qui vont au-delà de ceux qui représentent un EDM, tel que l'anxiété, et des traits perfectionnistes, et qu'elles présentent une QV détériorée. Les mesures préconisées pourraient être à la fois spécifiques et non spécifiques au postpartum. (Ex. : *IASTA* anxiété état et trait ; *POQ* anxiété spécifique maternelle). L'évaluation de la qualité

de vie des mères pourrait constituer une avenue prometteuse dans l'étude de la DPP et plus largement de la détresse psychologique en contexte postnatal.

#### 5.6.5 Poursuivre l'étude de la représentation de la maladie

Ce projet doctoral s'inscrit dans un projet de recherche initial de plus grande envergure destiné à l'étude de la représentation de la maladie des mères en dépression basé sur le modèle de Leventhal *et al.*, (1980). Ce modèle a été développé afin d'identifier comment les individus aux prises avec une maladie se représentent cette dernière. Il vise à comprendre comment ils interprètent l'information en lien avec celle-ci et comment ils s'y adaptent, et avec quels types de comportements de santé. Aux fins de cette thèse, seules les dimensions concernant les symptômes (identification) et les causes de ce modèle ont été analysées. Il pourrait être pertinent de poursuivre l'analyse des trois dimensions restantes, à savoir : (1) la perception de la durée de la maladie (évolution), (2) les croyances face à la sévérité des conséquences (3) la perception face à la guérison et au contrôle de la condition. La poursuite des analyses entre les mères en DPP et en DNP sur ces trois dimensions aurait pour but de compléter le portrait des mères quant à leur représentation de la dépression, et d'affiner la compréhension de ce qui distingue et apparente ces deux phénomènes dépressifs.

#### 5.6.6 Poursuivre l'étude des déterminants de la DPP

L'idéalisation de la maternité liée au contexte culturel des mères semble représenter un déterminant important dans l'émergence de la DPP. Il convient que des études plus poussées à la fois quantitatives et qualitatives se poursuivent afin de déterminer

le lien de cause à effet entre cette variable et le développement de la DPP. D'autres facteurs tels que le perfectionnisme comme trait de personnalité devraient parallèlement être investigués. Cette variable a peu été étudiée en période postnatale et les études existantes ne permettent pas de déterminer si elle est spécifique au postpartum. Nous pouvons nous demander si le désir de vouloir être une mère parfaite est alimenté par la société ou si elle constitue un trait de la personnalité des mères, ou les deux à la fois. Cette question devrait selon nous faire partie des priorités dans les recherches futures, car elle pourrait contribuer à améliorer les traitements de la DPP et préciser les cibles d'interventions, individuelles et sociétales. Et enfin, même si la poursuite des études sur les bases biologiques de la DPP contribue à maintenir une vision spécifique de cette condition, il nous paraît indispensable de poursuivre ce type d'études afin de mieux comprendre si certaines mères sont plus à risque, au plan biologique que d'autres, de développer cette problématique.

#### 5.6.7 Étudier les dépressions postnatales sous-cliniques

Nous savons relativement peu de choses à l'heure actuelle sur les états dépressifs sous-cliniques qui surviennent en contexte postnatal alors que dans la population générale, il a été démontré qu'ils ont des conséquences délétères sur le fonctionnement psychosocial des individus. Les recherches futures devraient s'attarder à étudier l'impact de ces formes-sous-cliniques de dépression sur la santé psychologique des mères et sur leur QV. Le développement de devis de recherche basés sur une méthodologie qualitative comparant le vécu des mères en période postnatale selon trois niveaux de sévérité de la symptomatologie dépressive permettrait de compléter les données quantitatives obtenues dans la présente recherche. Ainsi, documenter la perception des mères souffrant de symptômes dépressifs sous-cliniques quant aux symptômes et aux causes de leur détresse

permettrait : (1) d'apporter un éclairage complémentaire quant aux critères de sévérité de la DPP et à la question du continuum de sévérité des symptômes dépressifs en postpartum, (2) de développer des interventions spécifiques pour cette population pour laquelle des interventions médicales pourraient être inappropriées.

#### 5.6.8 Étudier la DPP selon une approche multidisciplinaire

Il est finalement encouragé d'étudier la DPP sous un angle multidisciplinaire et non uniquement selon l'approche médicale ou psychologique, qui peut limiter notre compréhension de ce phénomène. Certaines études féministes et sociologiques ont permis de mettre en évidence l'importance du rôle de la société et du discours sur l'idéal de la maternité dans l'émergence de la dépression. Les multiples pertes associées à l'évènement de la naissance et le paradoxe de la maternité ont également été mis en lumière par ce type d'études. Ces données pourraient éclairer le champ de connaissance sur la DPP.

#### 5.7 Conclusion générale

En conclusion, la *Politique de Périnatalité 2008-2018* a été mise en place au Québec afin de prévenir, entre autres, l'apparition ou l'aggravation des troubles mentaux chez les femmes en période périnatale. La DPP, qui constitue l'un de ces troubles, a suscité beaucoup d'intérêt de la part des chercheurs, mais sa définition demeure encore à ce jour controversée. Or, la prévention de ce type de trouble passe avant tout par une bonne connaissance des critères de sévérité de la symptomatologie et de spécificité des symptômes et des causes de cette condition. Bien que les résultats de cette recherche doctorale indiquent que la dépression en contexte postnatal s'apparente à

celle qui survient en dehors de la période postnatale, le maintien de l'indice « avec début lors du postpartum » au diagnostic de dépression est suggéré. En effet, l'importance de la prise en compte du contexte d'apparition des symptômes et des causes qui déclenchent les symptômes dépressifs est nécessaire afin de proposer des stratégies d'intervention adaptées aux besoins des mères, qui pourrait ne pas être nécessairement de nature médicale ou psychologique. L'identification des mères qui nécessitent de l'aide devrait être basée davantage sur le jugement clinique plutôt que sur le nombre de symptômes dépressifs. Appréhender le phénomène dépressif qui survient en contexte postnatal sous un angle multidisciplinaire est recommandé afin de comprendre ce phénomène dans sa globalité. La recherche et la pratique clinique devraient être encouragées dans ce sens.

## APPENDICE A

### CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE DÉPRESSION MAJEURE SELON LE DSM-IV-TR ET LE DSM 5



## ■ Critères d'un Épisode dépressif majeur

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

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

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure). **N.-B.** : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **N.-B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

(suite)

## □ Critères d'un Épisode dépressif majeur (suite)

- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte (voir p. 421).
- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

## Trouble dépressif caractérisé

### Critères diagnostiques

A. Au moins cinq symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

**N.B. :** Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B. :** Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B. :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être déllrante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

**N.B. :** Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

**N.B. :** Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel

au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte<sup>1</sup>.

La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

**N.B. :** Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

**Codage et procédures d'enregistrement**

Le code diagnostique de trouble dépressif caractérisé dépend des données suivantes : épisode isolé ou récurrent, sévérité actuelle, présence de caractéristiques psychotiques et rémission. La sévérité actuelle et les caractéristiques psychotiques ne sont indiquées que si les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé sont actuellement réunis. Les éléments concernant la rémission ne sont indiqués que si les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas actuellement réunis. Les codes sont les suivants :

Sévérité/évolution	Épisode isolé	Épisode récurrent*
léger (p. 219)	296.21 (F32.0)	296.31 (F33.0)
Moyen (p. 219)	296.22 (F32.1)	296.32 (F33.1)
grave (p. 219)	296.23 (F32.2)	296.33 (F33.2)
avec caractéristiques psychotiques** (p. 217)	296.24 (F32.3)	296.34 (F33.3)
avec rémission partielle (p. 219)	296.25 (F32.4)	296.35 (F33.41)
avec rémission complète (p. 219)	296.26 (F32.5)	296.36 (F33.42)
non spécifié	296.20 (F32.9)	296.30 (F33.9)

\* Pour qu'un épisode soit considéré comme récurrent, il doit y avoir un intervalle d'au moins 2 mois consécutifs entre des épisodes distincts, au cours duquel les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis. La définition des spécifications est présentée dans les pages indiquées.

\*\* Si des caractéristiques psychotiques sont présentes, le code « avec caractéristiques psychotiques » doit être choisi indépendamment de la sévérité de l'épisode.

Pour distinguer deuil et épisode dépressif caractérisé (EDC), il peut être utile de considérer que dans le deuil les sentiments prédominants sont le vide et la perte, alors que dans un EDC c'est plutôt une humeur dépressive persistante et une incapacité à anticiper la joie ou le plaisir. La dysphorie dans le deuil est susceptible de diminuer d'intensité au fil des jours et des semaines et survient par vagues que l'on qualifie d'affres de la douleur. Ces vagues ont tendance à être associées à des pensées ou des souvenirs de la personne décédée. L'humeur dépressive d'un EDC est plus persistante et n'est pas liée à des pensées ou des préoccupations spécifiques. La douleur du deuil peut être accompagnée par des émotions positives et par de l'humour, ce qui est différent de la tristesse et de la souffrance foncières caractéristiques de l'EDC. Le contenu des pensées associées au deuil est généralement caractérisé par des préoccupations et des souvenirs concernant la personne décédée plutôt que par les ruminations autocritiques ou pessimistes observées dans un EDC. Dans le deuil, l'estime de soi est généralement préservée, tandis que dans les EDC les sentiments de dévalorisation et de dégoût de soi sont communs. Si les idées autocritiques sont présentes dans le deuil, elles impliquent typiquement des sentiments de méprisements vis-à-vis du défunt (p. ex. des visites trop rares, ne pas avoir dit assez au défunt combien on l'aimait). Si une personne endeuillée pense à la fin de vie et la mort, ses pensées se concentrent généralement sur le défunt et, éventuellement, sur le fait de le rejoindre, tandis que dans un EDC de telles pensées sont centrées sur le fait de mettre fin à sa propre vie à cause de sentiments de dévalorisation, d'indignité ou d'incapacité de faire face à la douleur de la dépression.



## APPENDICE B

### CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE DE DÉPRESSION MINEURE ET DU TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC HUMEUR DÉPRESSIVE SELON LE DSM-IV-TR



## ■ Critères de recherche pour le Trouble dépressif mineur

### A. Une perturbation de l'humeur définie par :

(1) Au moins deux (mais moins de cinq) des symptômes suivants ont été présents pendant la même période d'au moins deux semaines et constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur : l'un des symptômes est nécessairement (a) ou (b) :

(a) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure)

**N.-B. :** Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(h) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)

(c) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. **N.-B. :** Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue

(d) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

(e) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)

(f) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

(g) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)

(h) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)

(i) pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan *précis* ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

(suite)

## □ Critères de recherche pour le Trouble dépressif mineur

(suite)

- (2) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
  - (3) Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).
  - (4) Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, p. ex., après la mort d'un être cher les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.
- B. Il n'existe pas d'Épisode dépressif majeur antérieur (voir p. 411) et les critères d'un Trouble dysthymique ne sont pas remplis.
- C. Il n'existe pas d'Épisode maniaque antérieur (voir p. 417), d'Épisode mixte (voir p. 421) ou d'Épisode hypomaniaque (voir p. 425) et les critères d'un Trouble cyclothymique ne sont pas remplis. **N.-B.** : Ne pas appliquer ce critère d'exclusion lorsque les épisodes maniaques, hypomaniaques ou mixtes ont toujours été déclenchés par une prise de substance ou un traitement.
- D. La perturbation de l'humeur ne survient pas exclusivement au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble schizophréniforme, d'un Trouble schizo-affectif, d'un Trouble délirant ou d'un Trouble psychotique non spécifié.

## □ Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation

(suite)

- (1) soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
  - (2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (scolaire)
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'Axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.
- D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un Deuil.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

*Spécifier si :*

**Aigu** : si la perturbation persiste moins de 6 mois

**Chronique** : si la perturbation persiste 6 mois ou plus

La codification des Troubles de l'adaptation est fondée sur le sous-type, qui est déterminé par les symptômes prédominants. Le(s) facteur(s) de stress spécifique(s) peut(vent) être côté(s) sur l'Axe IV.

**F43.20 [309.0] avec humeur dépressive**

**F43.28 [309.24] avec anxiété**

**F43.22 [309.28] avec à la fois anxiété et humeur dépressive**

**F43.24 [309.3] avec perturbation des conduites**

**F43.25 [309.4] avec perturbation à la fois des émotions et des conduites**

**F43.29 [309.9] non spécifié**

## ■ Critères diagnostiques des Troubles de l'adaptation

- A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :

(suite)



## APPENDICE C

### QUESTIONNAIRES ET ENTREVUE DIAGNOSTIC CLINIQUE



## Questionnaire sociodémographique

Date :

Numéro d'identification :

**A. Informations personnelles**

1. Âge : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance (J-M-A) : \_\_\_\_\_

## 3. Origine ethnique

- Asiatique ou Iles du Pacifique
- Blanc (non hispanique)
- Indienne (Inde, Pakistan, etc.)
- Indien d'Amérique
- Moyen-Orient
- Noire (non hispanique)

4. Statut civil actuel : *(Indiquez également votre statut civil antérieur s'il y a lieu en inscrivant un A à côté du statut correspondant)*

- Mariée
- Conjoint de fait
- Célibataire
- Divorcée
- Veuve
- Séparée

5. Durée de l'union actuelle (en mois) : \_\_\_\_\_

6. Nombre d'enfants et âge de chacun d'eux : \_\_\_\_\_

7. Niveau de scolarité complété :

- Primaire
- Secondaire
- Collégial
- Universitaire

8. Nombre d'année de scolarité complété : \_\_\_\_\_

9. Profession de la participante : \_\_\_\_\_

10. Statut d'emploi actuel de la participante :

- Salarié
- Contractuelle
- Travailleur autonome
- Temps plein : Nombre d'heures/sem. : \_\_\_\_\_
- Temps partiel : Nombre d'heures/sem. : \_\_\_\_\_
- Sans emploi et à la recherche d'un emploi
- Femme au foyer
- Arrêt de travail temporaire : Précisez la cause et la date à laquelle vous pensez retourner au travail  
\_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

11. Source de revenu (CSST, chômage, etc.) : \_\_\_\_\_

12. Profession du conjoint : \_\_\_\_\_

13. Statut d'emploi actuel du conjoint :

- Salarié
- Contractuel
- Travailleur autonome
- Temps plein : Nombre d'heures/sem. : \_\_\_\_\_
- Temps partiel : Nombre d'heures/sem. : \_\_\_\_\_
- Sans emploi et à la recherche d'un emploi
- Homme au foyer
- Arrêt de travail temporaire : Précisez la cause et la date à laquelle vous pensez retourner au travail  
\_\_\_\_\_
- Autre \_\_\_\_\_

14. Source de revenu du conjoint (CSST, chômage, retraite, etc.) : \_\_\_\_\_

15. Revenu annuel du ménage (incluant le conjoint) :

- Moins de 10.000\$
- 11.000\$ - 30.000\$
- 31.000\$ - 50.000\$
- 51.000\$ - 71.000\$
- 71.000\$ - 90.000\$
- 91.000\$ et plus

**B. Informations obstétricales, gynécologiques et postnatales**

**Section bébé**

---

16. Quel est le nom du votre enfant ? \_\_\_\_\_

17. Quel est le sexe de votre enfant ?

- Fille
- Garçon

18. Quel était le poids (en kilo) et la taille (en cm) de votre enfant à la naissance ? \_\_\_\_\_

19. Votre bébé a-t il eu à la naissance un problème de santé?

- Non
- Oui
  - Détresse respiratoire
  - Jaunisse
  - Infections
  - Autres : \_\_\_\_\_

20. Votre bébé a-t'il actuellement un problème de santé ?

- Non
- Oui : Précisez \_\_\_\_\_

**Section gynécologie**

---

21. Avez-vous rencontré des problèmes gynécologiques antérieurs à votre dernière grossesse ?

- Non
- Oui
  - Mort in utéro
  - Enfant mort né
  - Problèmes d'infertilité
  - Fausses couches (Indiquer le nombre de fausses couches s'il y a lieu) \_\_\_\_\_
  - Autres : \_\_\_\_\_

**Section grossesse**

---

22. A quel mois de grossesse la première visite prénatale a-t'elle eu lieu ? \_\_\_\_\_

23. Combien de visite prénatale avez-vous eu lors de votre grossesse, incluant les échographies ? \_\_\_\_\_

24. Avez-vous participé à un programme prénatal ?

- Non
- Oui Précisez \_\_\_\_\_

25. Avez-vous rencontré des difficultés ou complications durant votre grossesse ?

- Non
- Oui
  - Décollement placentaire
  - Pertes sanguines
  - Travail pré-terme
  - Identification d'une malformation chez le bébé
  - Anémie
  - Diabète (Indiquez si prise d'insuline) : \_\_\_\_\_
  - Conflit de rhésus
  - Hypertension
  - Prééclampsie

- Nausées et vomissements
- Retard de croissance in utéro
- Autres : \_\_\_\_\_

26. Votre grossesse était-elle désirée ?

- Oui
- Non Précisez \_\_\_\_\_

27. A combien de semaines de grossesse avez-vous arrêté de travailler ? (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

Précisez \_\_\_\_\_

28. Avez-vous reçu une médication pendant votre grossesse ?

- Oui (somnifères, antidépresseurs, anxiolytique, etc.) Précisez \_\_\_\_\_
- Non

29. Poids habituel avant votre grossesse (En kilo) : \_\_\_\_\_

30. Quel a été votre gain de poids au cours de la grossesse : \_\_\_\_\_

**Section accouchement**

---

31. Quelle est la date de votre accouchement ? \_\_\_\_\_

32. A quelle semaine de grossesse avez-vous accouché ? (Durée gestationnelle en semaine) \_\_\_\_\_

33. Dans quel hôpital avez-vous accouché ? \_\_\_\_\_

34. Durée de l'hospitalisation ? \_\_\_\_\_

35. De quelle façon avez-vous accouché ?

- Voie naturelle
- Césarienne
  - Planifiée
  - D'urgence

36. Votre accouchement a-t'il été provoqué ?

- Oui
- Non

37. Les moyens suivants ont-ils été utilisés afin d'atténuer la douleur causée par l'accouchement?

- Péridurale
- Anesthésie générale
- Analgésique
- Méthode non pharmacologique
- Autres \_\_\_\_\_

38. Lors de votre accouchement, les moyens suivants ont-ils été utilisés afin d'aider la sortie du bébé ?

- Forceps
- Ventouse
- Épisiotomie
- Autres : \_\_\_\_\_

39. Durée du travail avant l'expulsion du bébé ? Calculez à partir du moment où les contractions étaient aux 5 minutes : \_\_\_\_\_ /heures.

40. Personne présente lors de l'accouchement : \_\_\_\_\_

41. Avez-vous rencontré des problèmes durant votre accouchement ?

- Non
- Oui
  - Césarienne d'urgence
  - Tracé non rassurant
  - Difficulté concernant le bébé
  - Déchirures
  - Autres : \_\_\_\_\_

**Section post-accouchement**

---

42. Avez-vous rencontré des difficultés ou des complications après votre accouchement ?

Non

Oui

Hémorragies

Hémorroïdes

Infections

Révision utérine (retirer des morceaux de placenta)

Autres : \_\_\_\_\_

43. Avez-vous reçu une médication après votre accouchement?

Oui (Anxiolytique, antidépresseurs, somnifères, etc.) Précisez \_\_\_\_\_

Non

44. Répartition de la période de congé de maternité entre vous et votre conjoint \_\_\_\_\_

45. Quel est votre poids actuel ? (au moment de votre évaluation, en kilo) : \_\_\_\_\_

46. Comment nourrissez-vous votre bébé actuellement ?

Allaitement au sein exclusivement

Allaitement et biberon

Biberon Précisez pour quelles raisons \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

<b>C. Informations médicales complémentaires</b>
--

47. Souffrez-vous d'un problème médical ou d'un handicap physique ? :

Non

Oui : Précisez \_\_\_\_\_

48. Prenez-vous actuellement une médication?

Non

Oui : Préciser le nom du médicament et la raison pour laquelle on vous a prescrit celui-ci \_\_\_\_\_

## 49. Histoire de consommation :

*Fumez-vous la cigarette actuellement ?* Non Oui      Quantité par jour : \_\_\_\_\_

Nombre d'années que vous fumez : \_\_\_\_\_

*Consommez-vous de l'alcool ?* Non Oui      Nombre de verre par jour : \_\_\_\_\_

Type d'alcool : \_\_\_\_\_

*Consommez-vous du café ?* Non Oui      Nombre de tasse par jour : \_\_\_\_\_*Consommez-vous de la drogue ?* Non Oui Cocaïne      Quantité : \_\_\_\_\_ Héroïne      Quantité : \_\_\_\_\_ Cannabis      Quantité : \_\_\_\_\_**D. Histoire personnelle et familiale de santé mentale**

50. Avez-vous déjà souffert dans le passé de dépression ou de trouble de l'humeur ?

 Non Oui ; Précisez \_\_\_\_\_

51. Avez-vous déjà souffert dans le passé d'un autre trouble ou problème psychologique ?

 Non Oui ; Précisez \_\_\_\_\_

52. Avez-vous déjà consulté ?

Non

Oui : Précisez \_\_\_\_\_

53. Avez-vous un membre de votre famille qui souffre ou a souffert de dépression?

Non

Oui : Précisez \_\_\_\_\_

54. A-t-il déjà consulté ?

Non

Oui : Précisez \_\_\_\_\_

55. Actuellement, souffrez-vous de troubles psychologiques tels que troubles anxieux, maniaco-dépression, etc ?

Non

Oui : Précisez \_\_\_\_\_

S'il y a lieu, vous a-t-on prescrit une médication pour ce trouble ?

Non

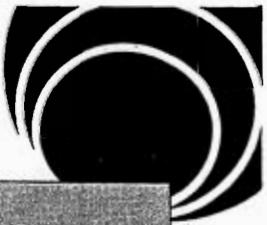
Oui : Précisez \_\_\_\_\_

56. Consultez-vous actuellement ?

Non

Oui : Précisez \_\_\_\_\_





**Échelle de dépression post-partum d'Edimburg (EDPS, Cox et al., 1987)**

La naissance d'un enfant est un événement qui apporte de grands changements dans la vie d'une femme. Cela demande habituellement une période d'adaptation durant laquelle une maman peut vivre une multitude d'émotions. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant les 7 derniers jours.

Soyez assurée que vos réponses et que votre identité resteront confidentielles.

**SVP, encercler la réponse qui correspond le mieux à la façon dont vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours. Voici un exemple, déjà complété**

**Je me suis sentie heureuse**

Oui, tout le temps

Oui, la plupart du temps

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

**Ceci signifie : « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps » au cours de la dernière semaine.**

**PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER donc au cours des 7 derniers jours**

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

Autant que d'habitude

Un peu moins que d'habitude

Vraiment pas autant que d'habitude

Pas du tout

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

Autant que d'habitude

Un peu moins qu'à l'habitude

Vraiment moins qu'à l'habitude

Non pas du tout



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

Oui, la plupart du temps  
Oui, parfois  
Non, pas souvent  
Non jamais

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

Non, pas du tout  
A l'occasion  
Oui, ça m'arrive quelquefois  
Oui, très souvent

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raison valable**

Oui, beaucoup  
Oui, parfois  
Non, pas vraiment  
Non, pas du tout

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

Oui, la plupart du temps j'ai été incapable de faire face à toutes mes responsabilités  
Oui, parfois j'arrivais difficilement à faire face à tout  
Non, la plupart du temps ça allait  
Non, j'ai réussi à faire face à mes journées comme à l'habitude

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil ou de la difficulté à dormir**

Oui, la plupart du temps  
Oui, parfois  
Non, pas très souvent  
Non, pas du tout

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

Oui, la plupart du temps  
Oui, très souvent  
Pas très souvent  
Non, pas du tout



**9. Je me suis sentie malheureuse au point de pleurer**

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement occasionnellement
- Non, jamais

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

- Oui, très souvent
- Parfois
- Très rarement
- Jamais



## Identification \_\_\_\_\_

### BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous de bien ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modification de l'appétit).

ENONCÉS
<b>1. Tristesse</b> 0 Je ne me sens pas triste. 1 Je me sens très souvent triste. 2 Je suis tout le temps triste. 3 Je suis si triste ou si malheureuse que ce n'est pas supportable.
<b>2. Pessimisme</b> 0 Je ne suis pas découragée face à mon avenir. 1 Je me sens plus découragée qu'avant face à mon avenir. 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.
<b>3. Échecs dans le passé</b> 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être une ratée. 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû. 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs. 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.
<b>4. Perte de plaisir</b> 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent. 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant. 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement. 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
<b>5. Sentiments de culpabilité</b> 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2 Je me sens coupable la plupart du temps. 3 Je me sens tout le temps coupable.
<b>6. Sentiment d'être puni(e)</b> 0 Je n'ai pas le sentiment d'être punie. 1 Je sens que je pourrais être punie. 2 Je m'attends à être punie. 3 J'ai le sentiment d'être punie.
<b>7. Sentiments négatifs envers soi-même</b> 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1 J'ai perdu confiance en moi. 2 Je suis déçue par moi-même. 3 Je ne m'aime pas du tout.

## ÉNONCÉS

### 8. Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

### 9. Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

### 10. Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

### 11. Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agitée ou plus tendue que d'habitude.
- 2 Je suis si agitée ou tendue que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agitée ou tendue que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

### 12. Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

### 13. Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

### 14. Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

### 15. Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

## ENONCÉS

### 16. Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

### 17. Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

### 18. Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

### 19. Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

### 20. Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatiguée que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatiguée pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatiguée pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

### 21. Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.



STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (Spielberger et al., 1970)

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce moment.

	Pas du tout 1	Un peu 2	Modérément 3	Beaucoup 4
1. Je me sens calme .....	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité .....	1	2	3	4
3. Je suis tendue .....	1	2	3	4
4. Je suis triste .....	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille .....	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversée .....	1	2	3	4
7. Je suis préoccupée actuellement par des contrariétés possibles .....	1	2	3	4
8. Je me sens reposée .....	1	2	3	4
9. Je me sens anxieuse .....	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise .....	1	2	3	4
11. Je me sens sûre de moi .....	1	2	3	4
12. Je me sens nerveuse .....	1	2	3	4
13. Je suis affolée .....	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater .....	1	2	3	4
15. Je suis relaxée .....	1	2	3	4
16. Je me sens heureuse .....	1	2	3	4
17. Je suis préoccupée .....	1	2	3	4
18. Je me sens surexcitée et fébrile .....	1	2	3	4
19. Je me sens joyeuse .....	1	2	3	4
20. Je me sens bien .....	1	2	3	4

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez de façon générale.

Presque jamais 1	Quelquefois 2	Souvent 3	Presque toujours 4	
21. Je me sens bien .....	1	2	3	4
22. Je me fatigue rapidement .....	1	2	3	4
23. Je me sens au bord des larmes .....	1	2	3	4
24. Je souhaiterais être aussi heureuse que les autres semblent l'être ...	1	2	3	4
25. Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me décider assez rapidement .....	1	2	3	4
26. Je me sens reposée .....	1	2	3	4
27. Je suis calme, tranquille et en paix .....	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accroissent au point que je ne peux pas en venir à bout .....	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine .....	1	2	3	4
30. Je suis heureuse .....	1	2	3	4
31. Je suis portée à prendre mal les choses .....	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi .....	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité .....	1	2	3	4
34. J'essaie d'éviter de faire face à une crise ou une difficulté .....	1	2	3	4
35. Je me sens mélancolique .....	1	2	3	4
36. Je suis contente .....	1	2	3	4
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête .....	1	2	3	4
39. Je suis une personne stable .....	1	2	3	4
40. Je deviens tendue et bouleversée quand je songe à mes préoccupations actuelles .....	1	2	3	4

Les énoncés suivants portent sur des problèmes que vous pouvez avoir vécus au cours du dernier mois.

Dites-nous à quelle fréquence ils vous ont affecté(e) AU COURS DU DERNIER MOIS.	ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE				
	Jamais	Rarement	La moitié du temps	Frequemment	Presque toujours
1. J'ai eu l'impression d'avoir gâché ma vie.	1	2	3	4	5
2. J'ai manqué de confiance en moi.	1	2	3	4	5
3. J'ai eu de la difficulté à faire face à mes problèmes.	1	2	3	4	5
4. Je me suis dévalorisé(e), je me suis diminué(e).	1	2	3	4	5
5. J'ai eu l'impression que personne ne m'aimait.	1	2	3	4	5
6. J'ai eu tendance à m'isoler, à me couper du monde.	1	2	3	4	5
7. J'ai eu le sentiment d'être inutile.	1	2	3	4	5
8. J'ai été arrogant(e) et même «bête» avec le monde.	1	2	3	4	5
9. J'ai été facilement irritable, j'ai réagi plutôt mal, avec colère, aux commentaires qu'on m'a faits.	1	2	3	4	5
10. J'ai été agressif(ve) pour tout et pour rien.	1	2	3	4	5
11. J'ai perdu patience.	1	2	3	4	5
12. J'ai été en conflit avec mon entourage.	1	2	3	4	5
13. Je me suis senti(e) triste.	1	2	3	4	5
14. Je me suis senti(e) déprimé(e) ou «down».	1	2	3	4	5
15. Je me suis senti(e) préoccupé(e), anxieux(se).	1	2	3	4	5
16. Je me suis senti(e) mal dans ma peau.	1	2	3	4	5
17. Je me suis senti(e) stressé(e), sous pression.	1	2	3	4	5
18. J'ai manqué d'initiative en général, j'ai été moins fonceur(se).	1	2	3	4	5
19. Je me suis senti(e) désintéressé(e) par les choses qui habituellement m'intéressent.	1	2	3	4	5
20. Je n'avais plus le goût de faire quoi que ce soit.	1	2	3	4	5
21. J'ai eu envie de tout lâcher, de tout abandonner.	1	2	3	4	5
22. J'ai eu tendance à être moins réceptif(ve) aux idées ou aux opinions des autres.	1	2	3	4	5
23. J'ai eu des difficultés à me concentrer sur quoi que ce soit.	1	2	3	4	5



**No d'identification:** \_\_\_\_\_

**Étude no:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Inventaire Systémique  
De  
Qualité de Vie  
Module  
Postpartum  
(ISQV-PP)©**

**Gilles Dupuis Ph.D.  
Jean-Pierre Martel Ph.D.(c)  
Adresse électronique : [dupuis.gilles@uqam.ca](mailto:dupuis.gilles@uqam.ca)**

# QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE HUMANISME

Le principal objectif de ce questionnaire est d'évaluer dans quelle mesure vous parvenez à atteindre les buts que vous vous fixez dans divers domaines de votre vie. Ces buts sont parfois clairement identifiés, alors que dans d'autres cas, nous les poursuivons sans les définir précisément

Ce questionnaire touche 33 domaines de votre vie (ex : alimentation, sommeil, loisirs). Pour chacun de ces domaines, vous aurez à évaluer votre **SITUATION ACTUELLE**, la **SITUATION** que vous considérez **SATISFAISANTE** et la vitesse à laquelle vous vous approchez ou éloignez de la **SITUATION IDÉALE**. Voici quelques définitions qui devraient faciliter votre compréhension.

**SITUATION IDÉALE** : Une situation idéale vous est suggérée pour chacun des domaines couverts par ce questionnaire. Vous les trouverez juste au-dessus des encadrés accompagnant chaque question. La situation idéale constitue ce à quoi toute personne aspire sans que ce ne soit nécessairement atteignable. Dans une relation conjugale, par exemple, la situation idéale s'atteint lorsque vous êtes **parfaitement heureux** avec votre partenaire et qu'**absolument rien** ne pourrait être amélioré. Cet état est illustré par un petit cercle blanc sur le cadran de l'encadré de gauche (voir l'exemple au bas de la page).

**SITUATION ACTUELLE** : La situation actuelle est votre évaluation de la qualité de votre relation de couple, par exemple, au cours des 3 dernières semaines. Plus cette situation est bonne, plus elle est **près** de la situation idéale. Plus elle est mauvaise, plus elle en est **éloignée**.

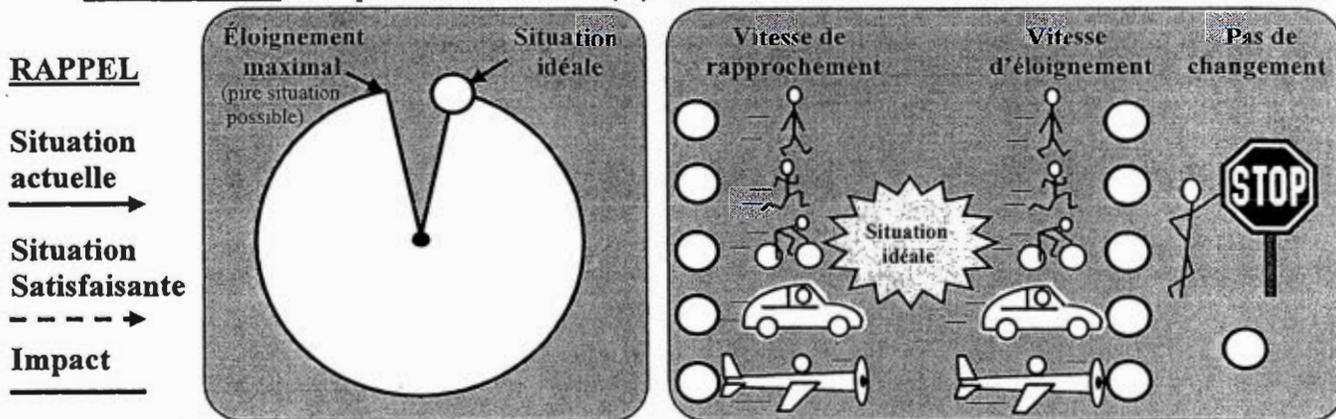
**SITUATION SATISFAISANTE** : Étant donné que la situation idéale est difficilement atteignable, la situation satisfaisante représente une situation que vous jugeriez acceptable ou satisfaisante s'il vous était possible de l'atteindre.

**IMPACT** : L'impact représente la situation où, à votre avis, vous vous trouveriez sans la condition étudiée (ex : traitement ou maladie).

Les exemples suivants devraient vous aider à répondre au questionnaire.

## 25. Relation de couple (marque d'affection, entente, communication)

**Situation idéale** : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



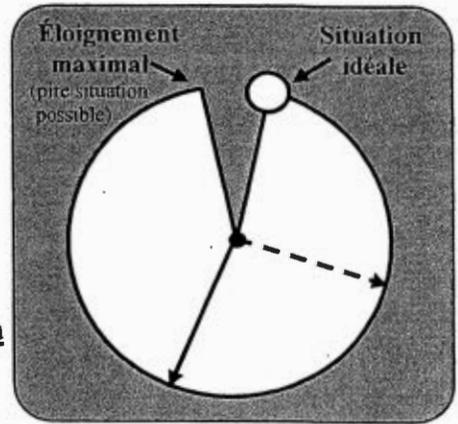
Vous devez indiquer vos réponses en utilisant ces deux encadrés. Premièrement, sur l'encadré de gauche, vous devez indiquer à l'aide d'une flèche pleine votre situation actuelle en vous référant à la situation idéale suggérée dans la question. Deuxièmement, sur le même encadré, vous devez indiquer la position de votre situation satisfaisante à l'aide d'une flèche pointillée. À la page suivante, les 4 types de situations possibles vous sont présentés (en utilisant toujours l'exemple de la relation de couple) avec la position des flèches correspondant à chacune de ces situations.

**Exemple 1 : “C’est moins bien que ce que je souhaite”**

**Situation actuelle :** Cette personne considère que sa relation de couple pourrait s’améliorer. Elle place donc la flèche pleine de sa situation actuelle à une certaine distance du cercle blanc représentant la situation idéale.

**Situation satisfaisante :** Sachant que la situation idéale est difficilement atteignable, cette personne indique, à l’aide d’une flèche pointillée, à quelle distance de l’idéale se trouve sa situation satisfaisante.

**Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle moins bonne que sa situation satisfaisante.**

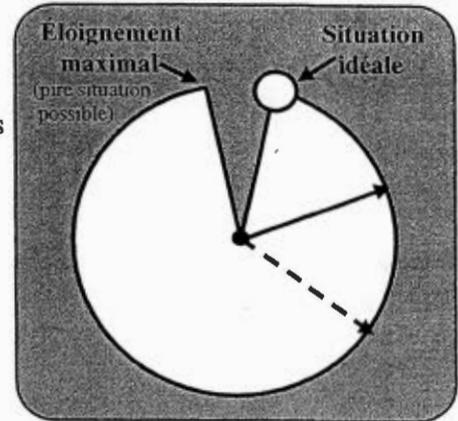


**Exemple 2 : “Ça va au-delà de mes espérances”**

**Situation actuelle :** Cette personne considère que sa relation couple n’est pas à l’idéal. Elle place donc la flèche pleine représentant sa situation actuelle à une certaine distance du cercle blanc de la situation idéale.

**Situation satisfaisante :** Malgré cela, elle considère sa situation actuelle au-delà de ses espérances. Elle place donc la flèche pointillée représentant sa situation satisfaisante plus loin de la situation idéale que ne l’est la flèche pleine représentant sa situation actuelle.

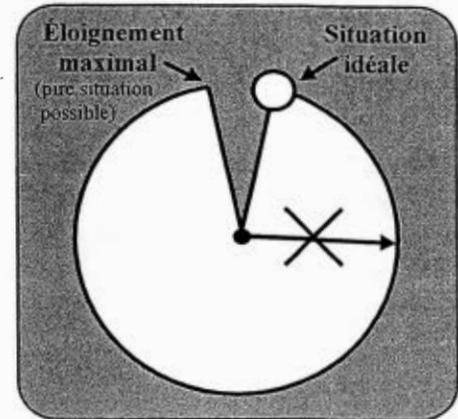
**Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle meilleure que sa situation satisfaisante.**



**Exemple 3 : “C’est bien comme ça”**

**Situation actuelle et satisfaisante :** Sans être idéale, cette personne considère que sa situation actuelle est identique à sa situation satisfaisante. Elle place donc sa flèche pleine à une certaine distance de l’idéal. Pour éviter toute confusion, elle fait un X sur la flèche pleine signifiant que les deux flèches sont superposées.

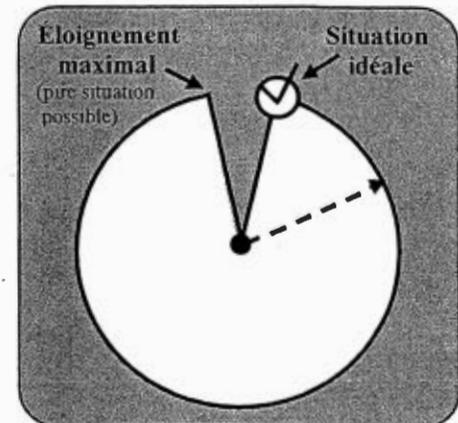
**Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle au niveau de sa situation satisfaisante.**



**Exemple 4 : “Ça ne peut pas aller mieux”**

**Situation actuelle :** Bien que cette situation soit difficilement atteignable, cette personne considère que sa relation de couple est idéale, qu’il n’y a pas de place pour de l’amélioration. Elle fait donc un crochet dans le cercle blanc représentant la situation idéale.

**Situation satisfaisante :** Si cette personne se contentait de moins que la situation idéale, elle placerait la flèche pointillée représentant sa situation satisfaisante à une certaine distance du cercle blanc représentant la situation idéale.



L'encadré de droite permet d'indiquer si votre situation actuelle s'approche, s'éloigne ou demeure inchangée par rapport à la situation idéale. Si vous considérez qu'actuellement votre situation s'améliore, cochez, sous "Vitesse de rapprochement", le cercle près du dessin représentant le mieux la vitesse d'amélioration. S'il y a détérioration de votre situation, choisissez plutôt un dessin sous "Vitesse d'éloignement". Si vous pensez qu'il n'y a pas de changement, cochez le cercle sous le dessin au-dessus duquel est indiqué "Pas de changement".

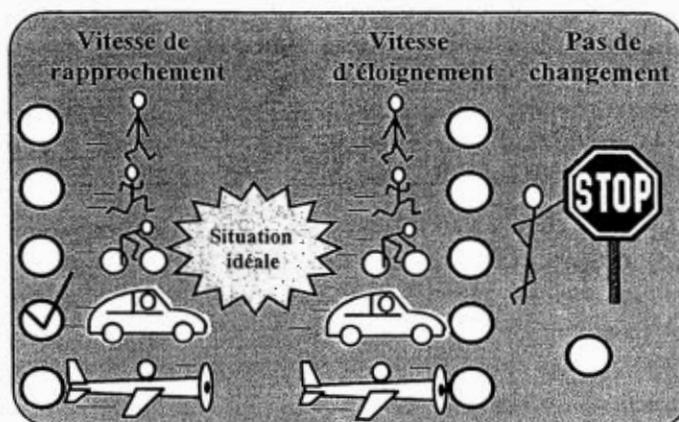
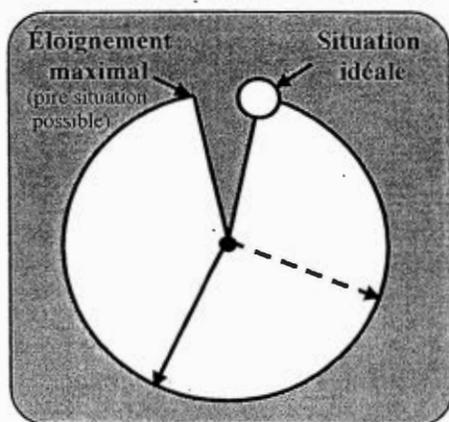
Pour illustrer ce qui précède, reprenons l'exemple 1 de la page précédente. Sur l'encadré de gauche, cette personne indique que sa relation de couple doit s'améliorer pour atteindre un niveau qu'elle considère satisfaisant. Sur l'encadré de droite, cette personne indique que, malgré tout, sa situation s'améliore et que les changements sont assez rapides.

### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - - →

Impact  
\_\_\_\_\_



### \*IMPORTANT :

Si une question **ne vous concerne pas directement** (par exemple "Interaction avec vos enfants" alors que vous n'avez pas d'enfants) et que cette situation (le fait de ne pas avoir d'enfants) **influence votre vie**, indiquez, toujours à l'aide des flèches, à quelle distance vous êtes de la situation idéale qui est d'être **parfaitement heureux(se)**. Par contre, si ce domaine ne vous préoccupe pas, ne répondez pas à la question et indiquez-le en faisant un **X** sur les cadrans.

### 1. Sommeil (capacité de bien dormir)

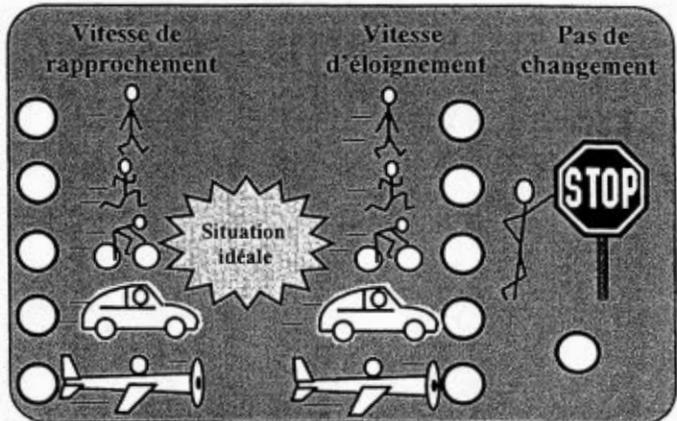
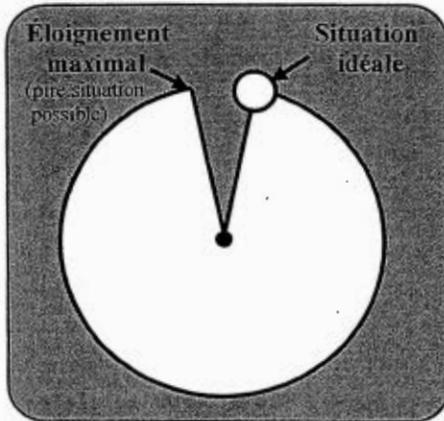
Situation idéale : être parfaitement heureuse de la qualité de mon sommeil

**RAPPEL**

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact  
\_\_\_\_\_



### 2. Capacité physique : capacité d'accomplir les activités journalières (marcher, monter des escaliers, se laver, etc.)

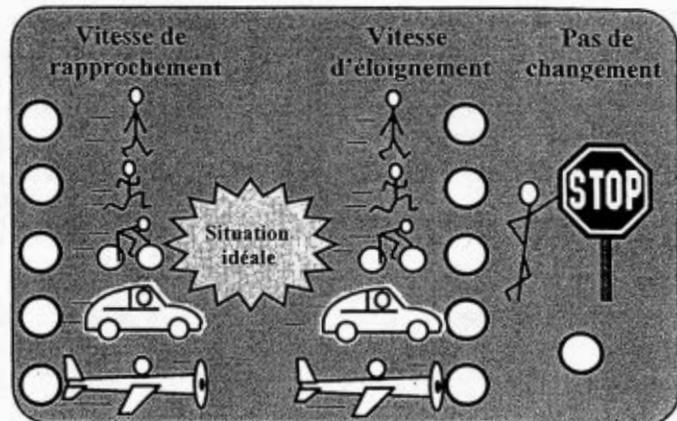
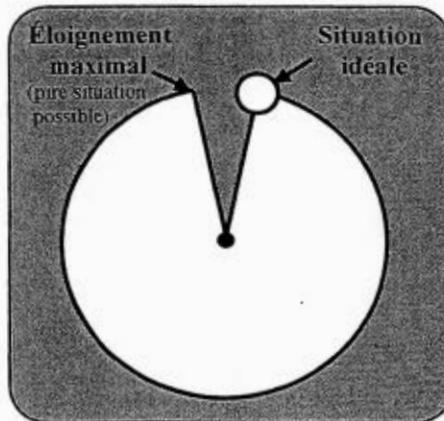
Situation idéale : être parfaitement heureuse de mon efficacité dans ces activités

**RAPPEL**

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact  
\_\_\_\_\_



### 3. Alimentation (type d'aliments, de diète, etc.)

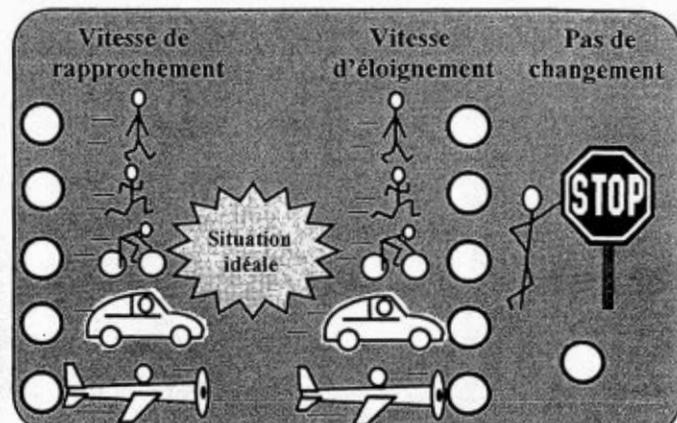
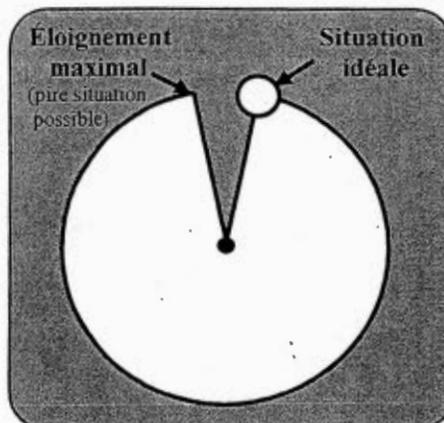
Situation idéale : être parfaitement heureuse de ce que je mange (quantité et qualité)

**RAPPEL**

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact  
\_\_\_\_\_



#### 4. Douleur physique

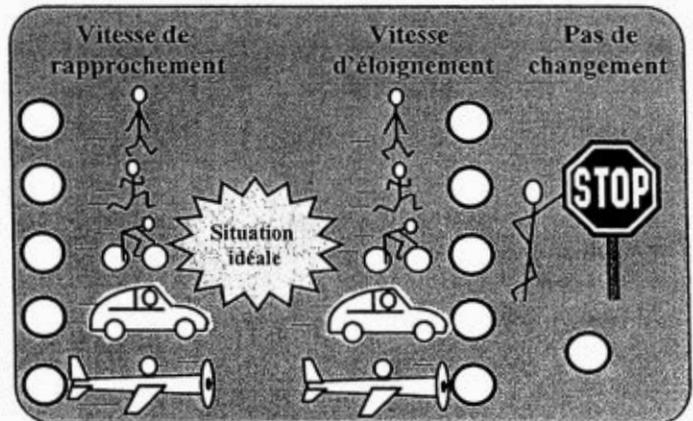
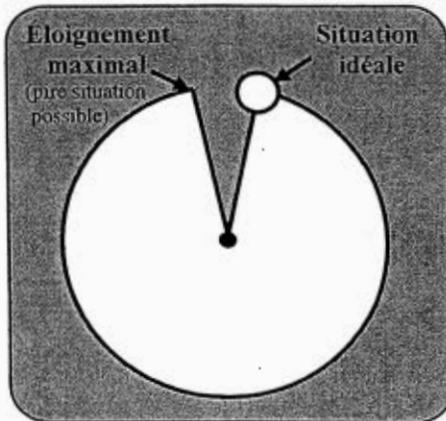
Situation idéale : n'avoir aucune douleur physique

##### RAPPEL

Situation actuelle  
→

Situation Satisfaisante  
- - - - ->

Impact  
\_\_\_\_\_



#### 5. Santé physique globale

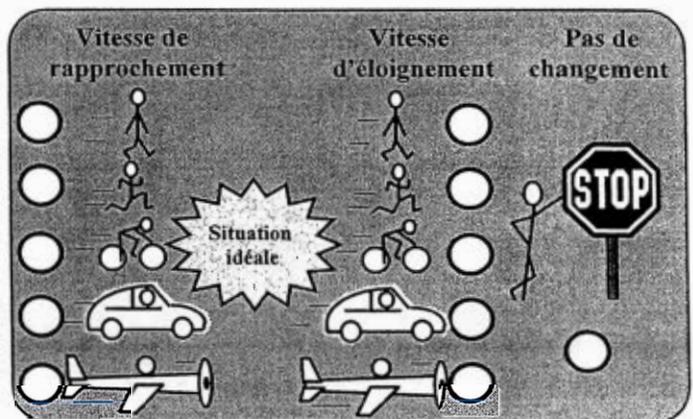
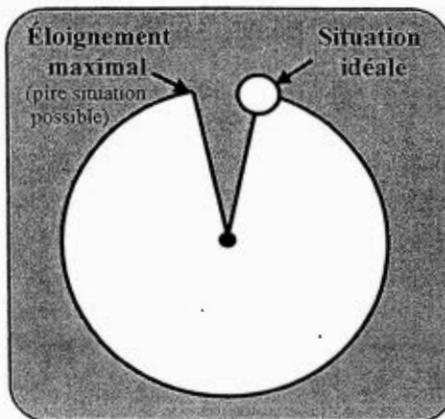
Situation idéale : être parfaitement heureuse de ma santé physique

##### RAPPEL

Situation actuelle  
→

Situation Satisfaisante  
- - - - ->

Impact  
\_\_\_\_\_



#### 6. Loisirs de détente (lecture, télévision, musique, etc.) permettant de relaxer, d'oublier ses soucis et ses préoccupations

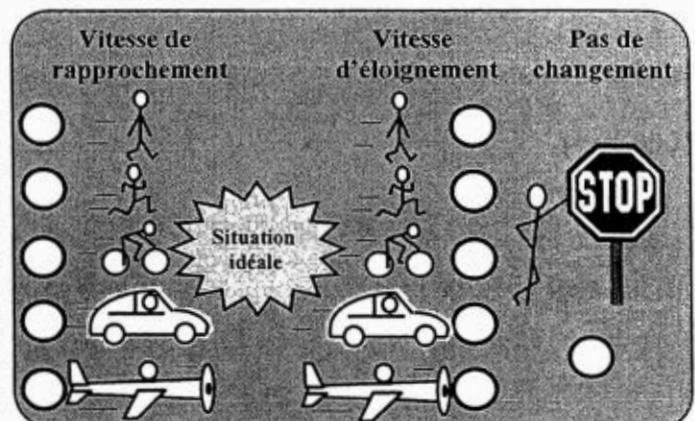
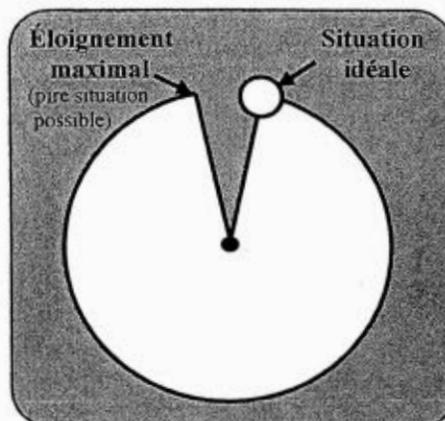
Situation idéale : être parfaitement heureuse de la fréquence et de la qualité de mes moments de détente

##### RAPPEL

Situation actuelle  
→

Situation Satisfaisante  
- - - - ->

Impact  
\_\_\_\_\_



**7. Loisirs actifs exigeant une dépense d'énergie (sport, bricolage, jardinage, etc.)**

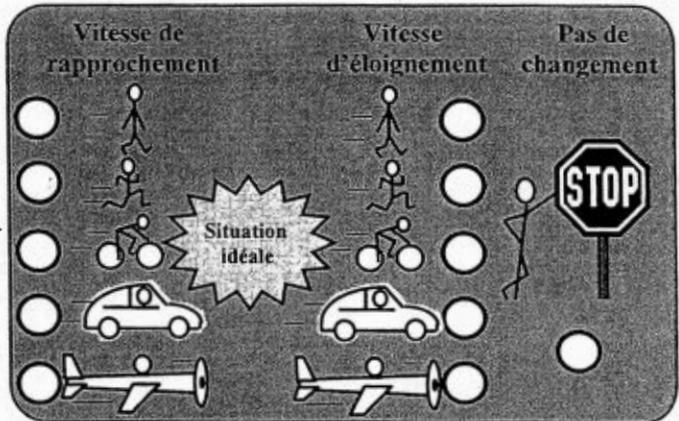
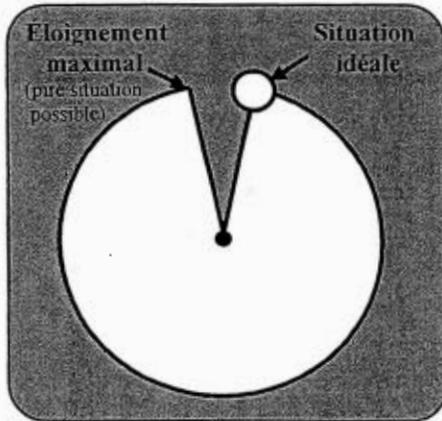
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de ce que je fais

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**8. Sorties (cinéma, restaurant, visiter des amis, etc.)**

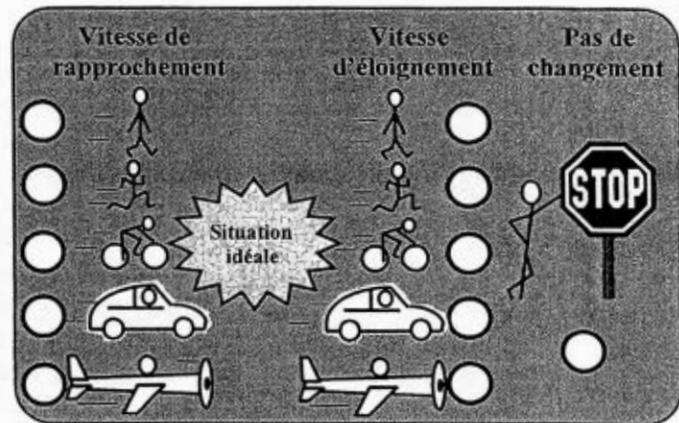
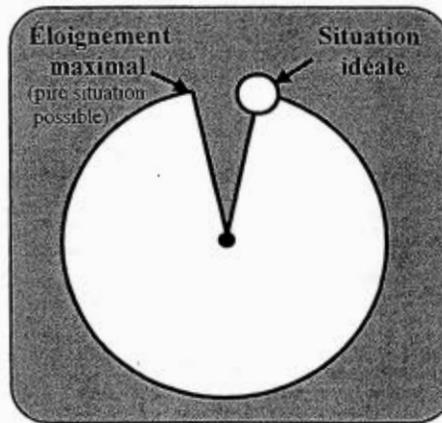
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de ce que je fais

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**9. Interactions avec mes enfants**

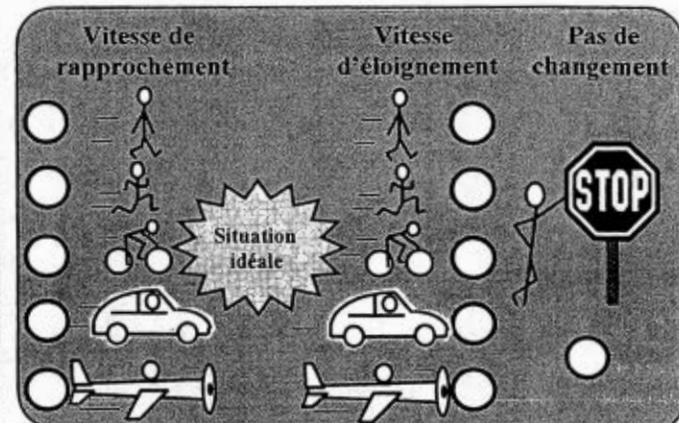
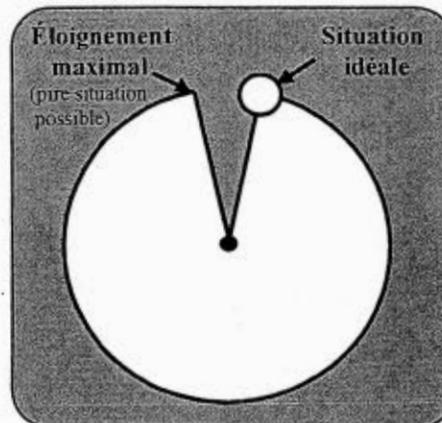
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse dans ce domaine

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



## 10. Interactions avec la famille (frères, sœurs, belle-famille, etc.)

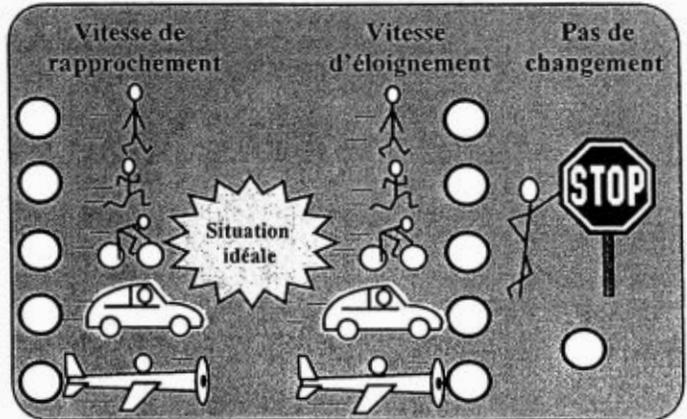
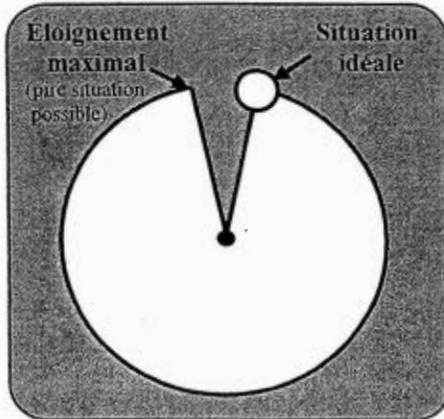
Situation idéale : être parfaitement heureuse dans ce domaine

### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - -

Impact  
=



## 11. Interactions avec mes amis(es)

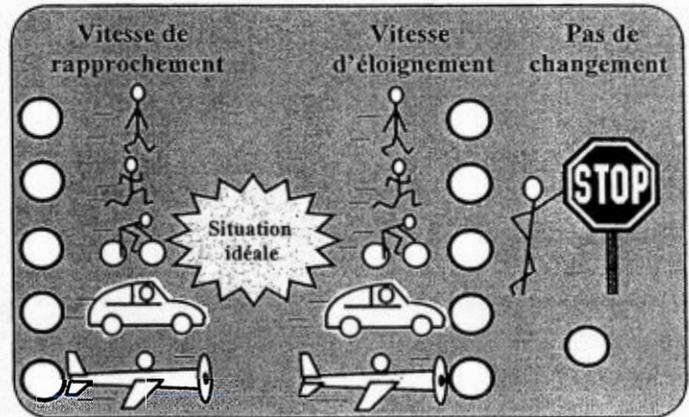
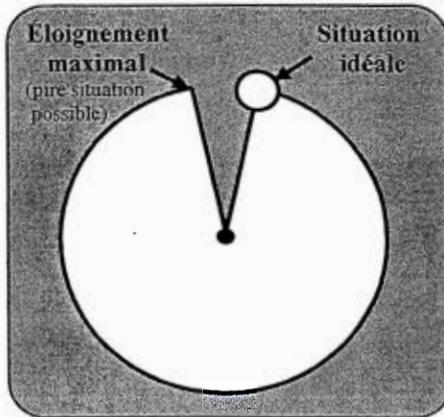
Situation idéale : être parfaitement heureuse dans ce domaine

### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - -

Impact  
=



## 12. Type de travail

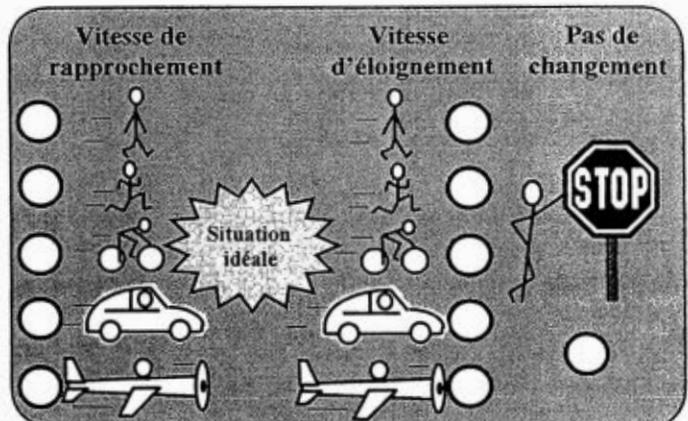
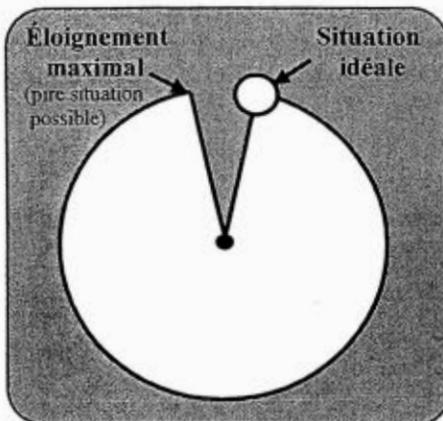
Situation idéale : être parfaitement heureuse de ce que je fais

### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - -

Impact  
=



### 13. Efficacité au travail

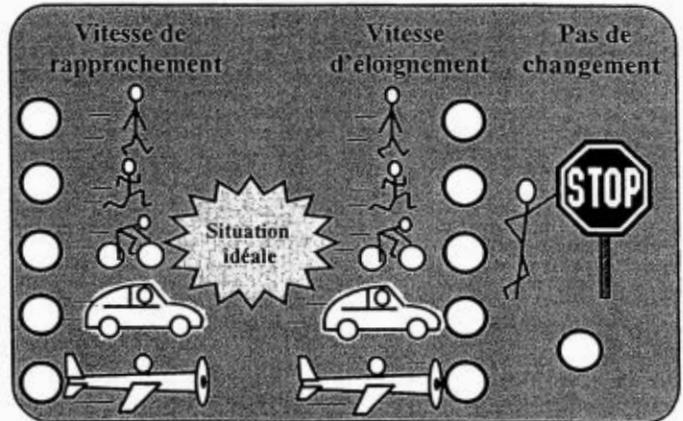
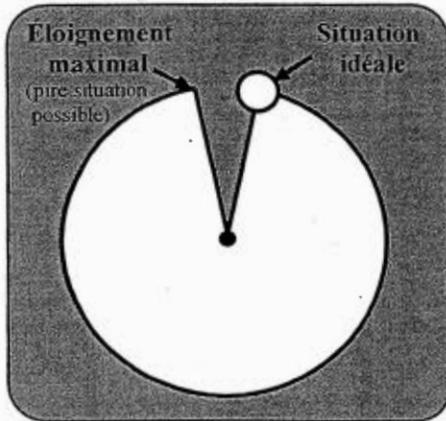
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de mon efficacité au travail (quantité et qualité)

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



### 14. Interactions avec les collègues durant les heures de travail

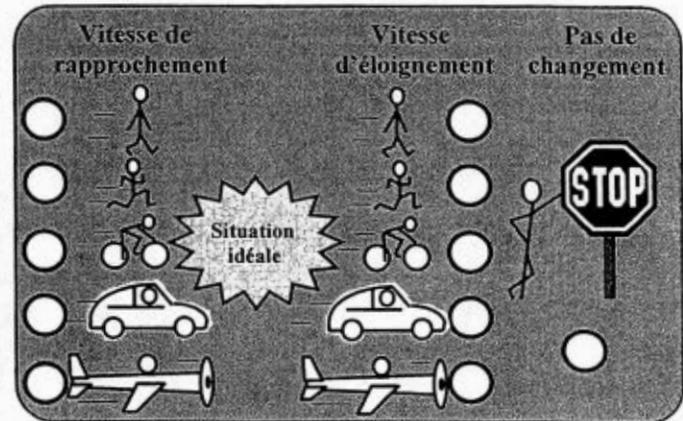
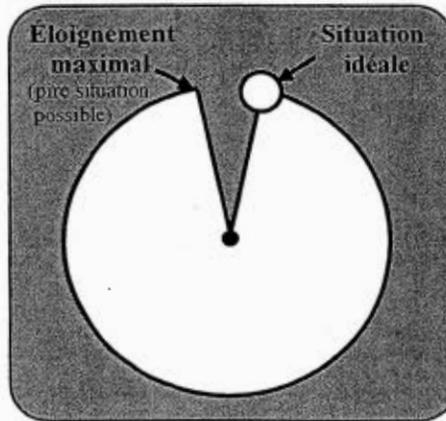
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de mes interactions avec eux (elles)

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



### 15. Interactions avec les employeurs(es) ou supérieurs(es) immédiats durant le travail

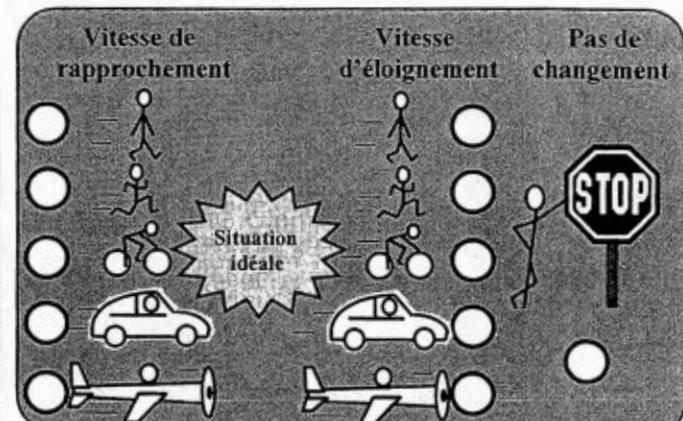
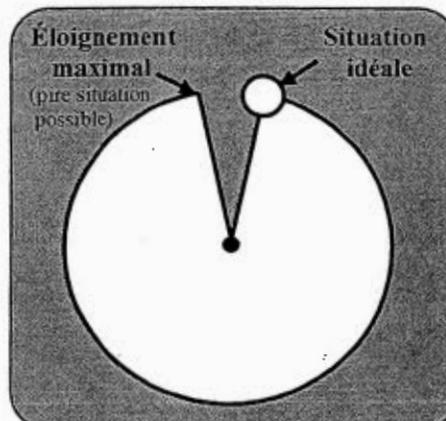
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de mes interactions avec eux elles

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



## 16. Finances (revenu, budget, etc.)

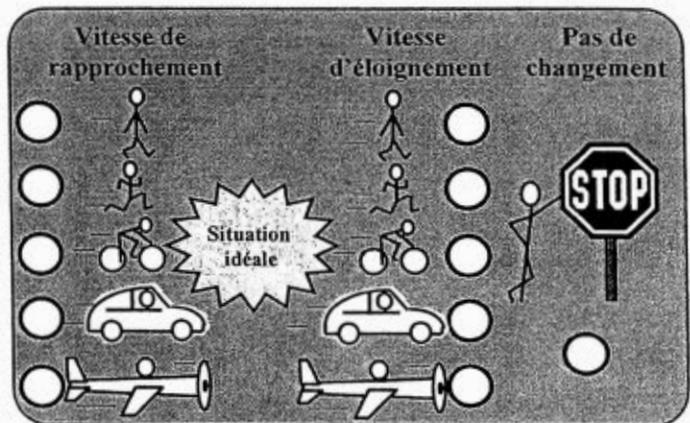
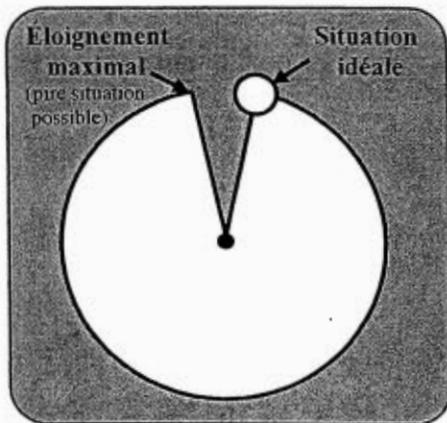
Situation idéale : être parfaitement heureuse de mon niveau de vie

### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact



## 17. Activités non-rémunérées (bénévolat, etc.)

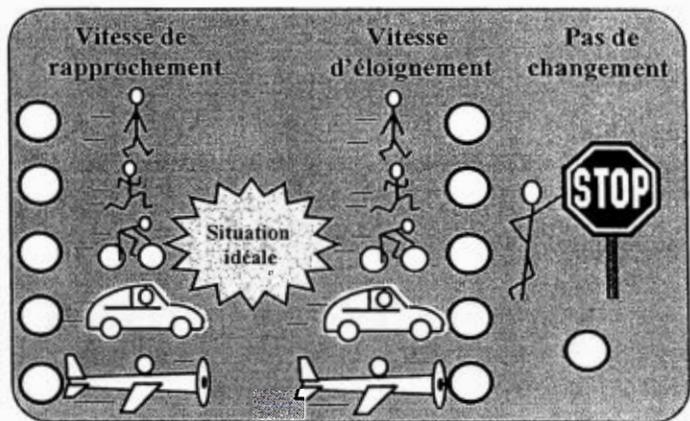
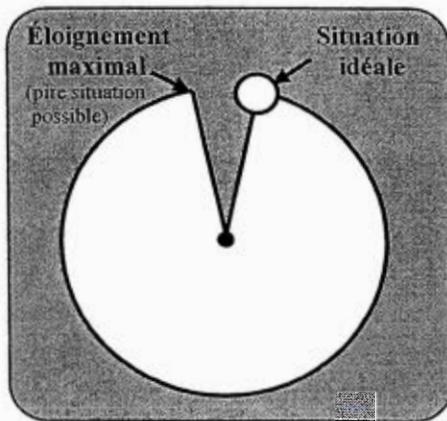
Situation idéale : être parfaitement heureuse dans ce domaine

### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact



## 18. Travail domestique (travaux légers : vaisselle, époussetage, préparation des repas, etc.)

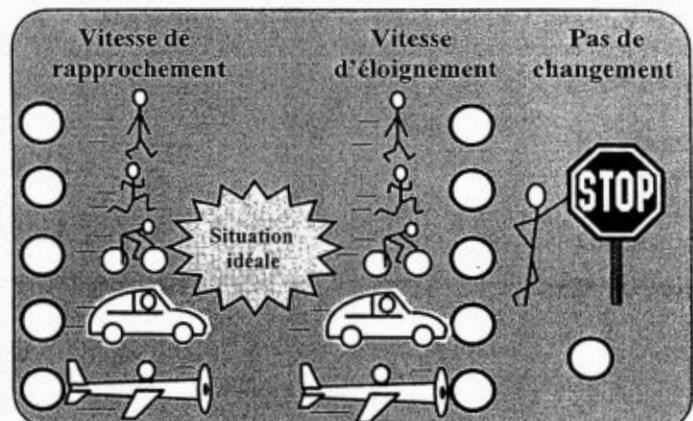
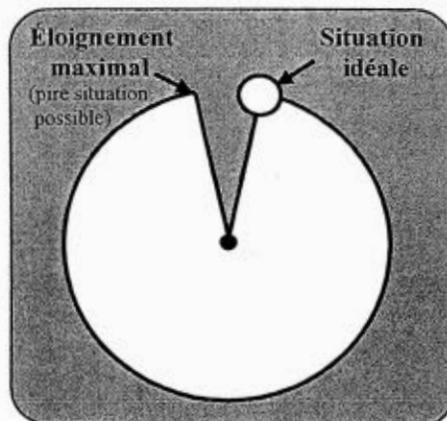
Situation idéale : être parfaitement heureuse de mon efficacité dans ce que je fais

### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact



**19. Entretien de la maison (appartement) et de la cour (s'il y a lieu) (travaux lourds : peinture, réparation, laver les planchers, les fenêtres, entretien de la pelouse, etc.)**

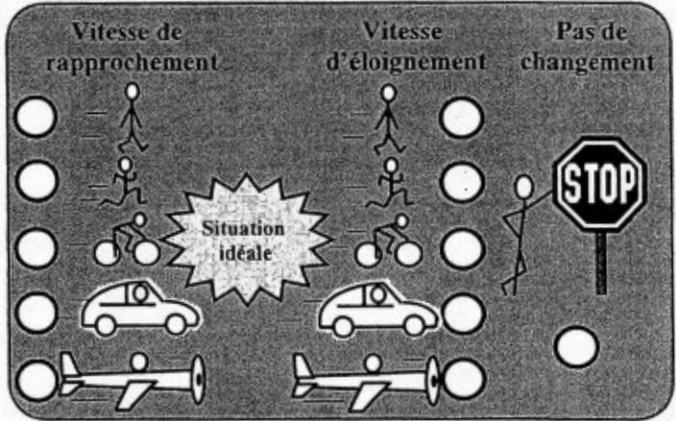
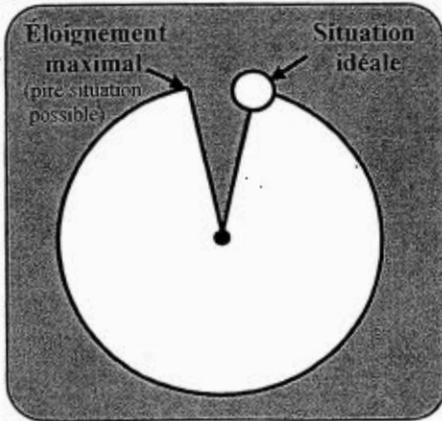
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de mon efficacité dans ce que je fais

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**20. Mémoire (capacité de se rappeler des choses à faire, des noms, des mots, des événements, etc.)**

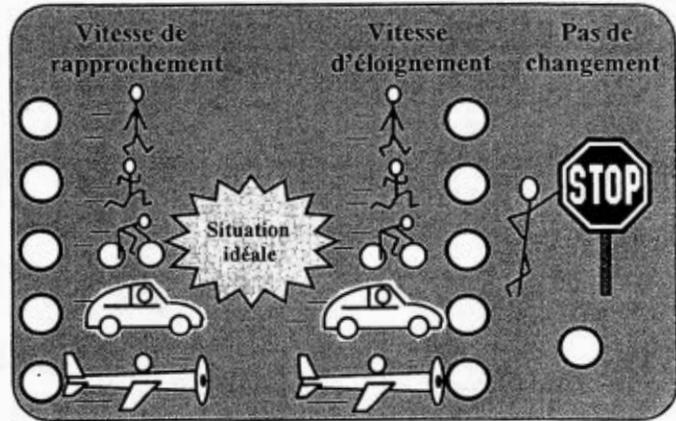
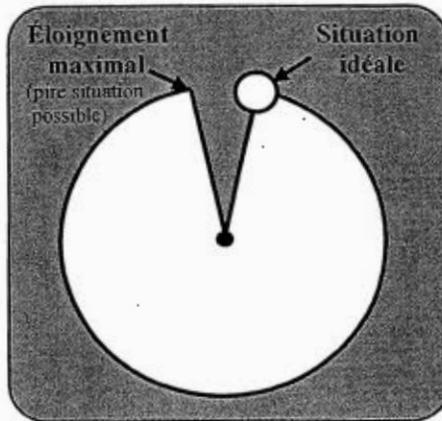
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de mon efficacité dans ce domaine

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**21. Concentration et attention (pouvoir me concentrer sur une tâche comme lire, être attentif(ve) à une discussion, à une émission de télévision, etc.)**

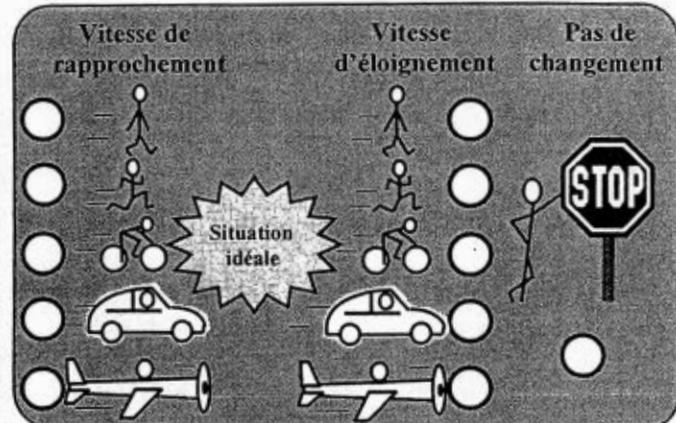
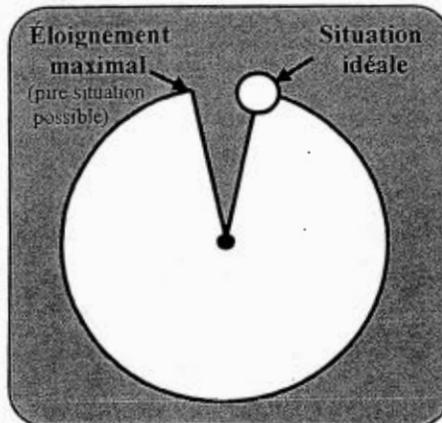
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de mon efficacité dans ce domaine

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



## 22. Estime de soi (opinion globale de soi)

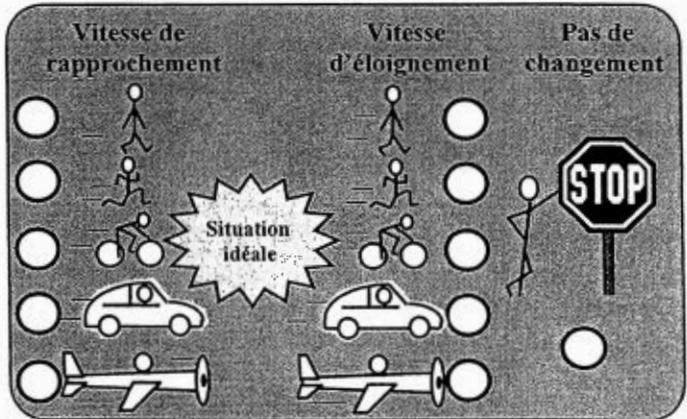
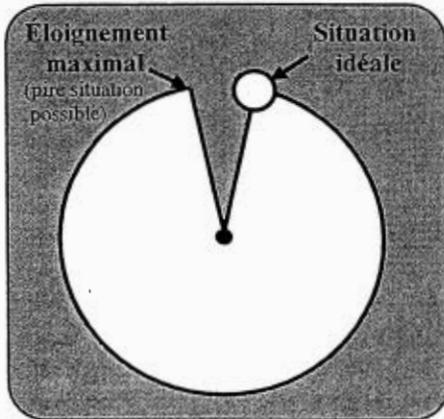
**Situation idéale** : avoir une excellente estime de soi (avoir parfaitement confiance en soi, en ses capacités)

### RAPPEL

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



## 23. Moral

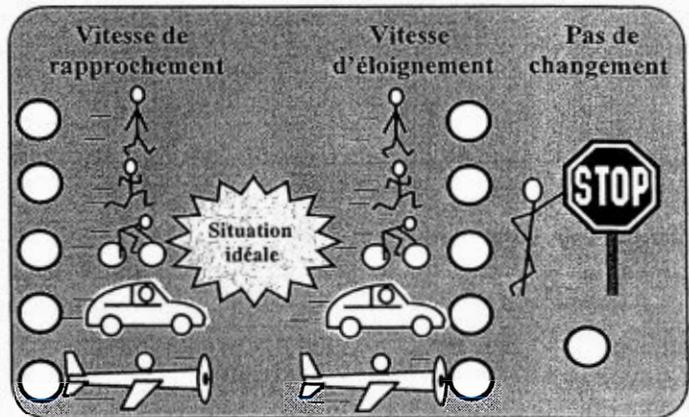
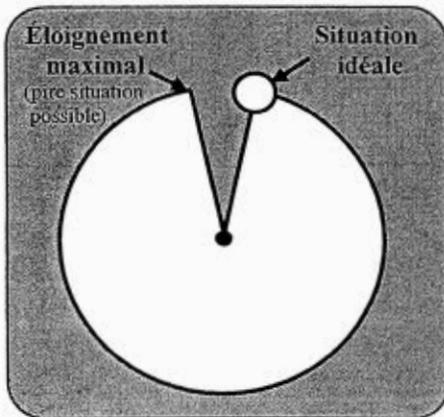
**Situation idéale** : avoir un excellent moral, (être très heureuse, pas déprimée ni découragée par le futur)

### RAPPEL

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



## 24. Tranquillité d'esprit

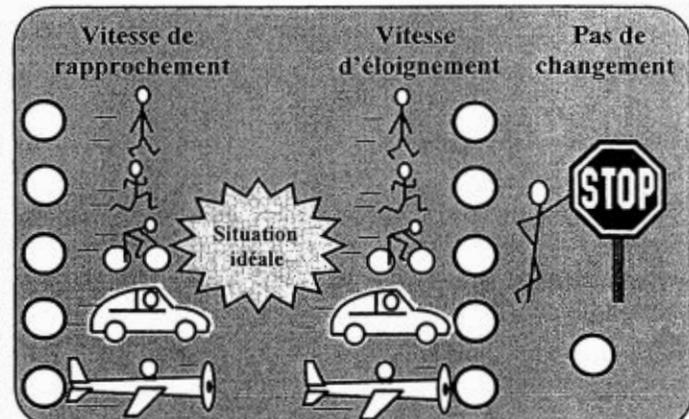
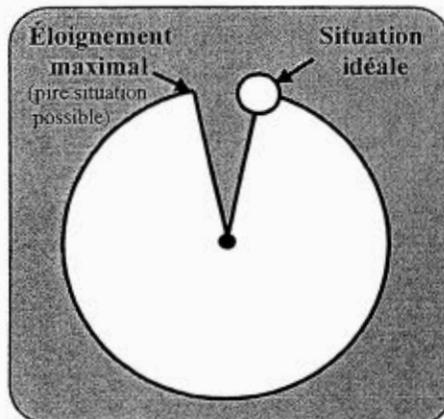
**Situation idéale** : être parfaitement calme et sereine (ne pas être inquiète, anxieuse ni préoccupée ni énervée)

### RAPPEL

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



## 25. Relation de couple (marque d'affection, entente, communication)

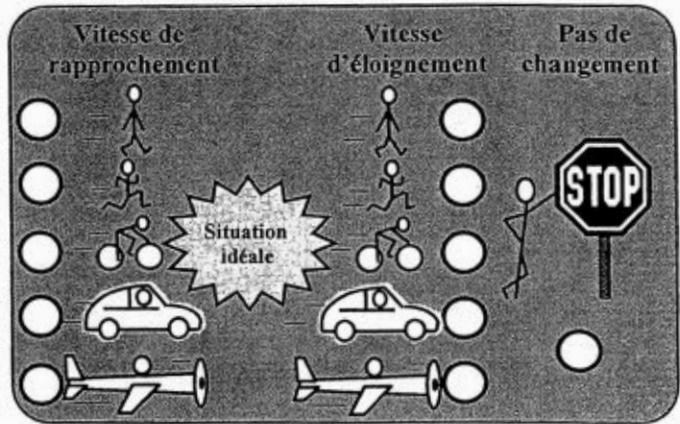
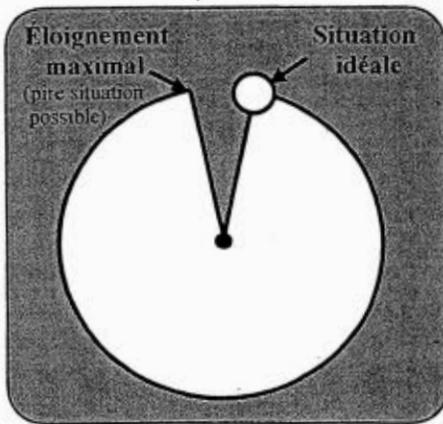
Situation idéale : être parfaitement heureuse dans ce domaine

RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact



## 26. Relations sexuelles

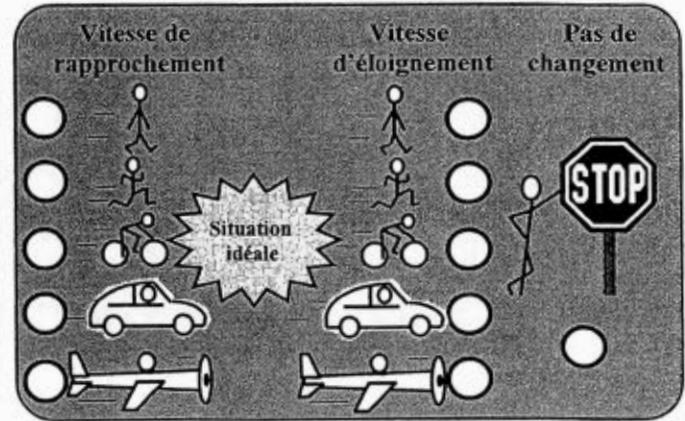
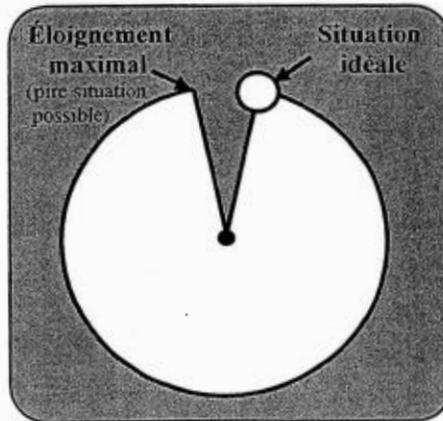
Situation idéale : être parfaitement heureuse dans ce domaine

RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact



## 27. Vie spirituelle ou religieuse

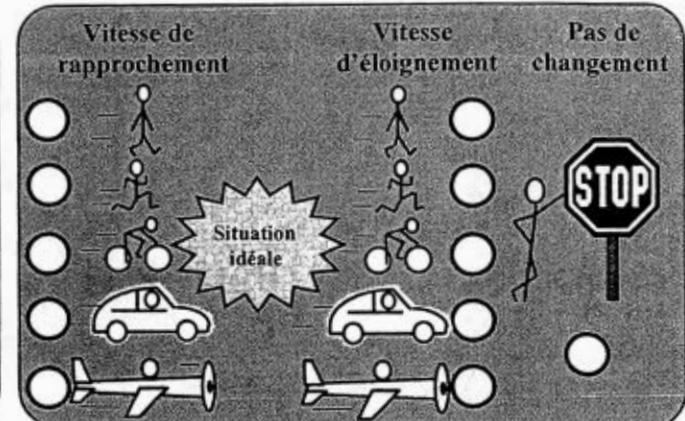
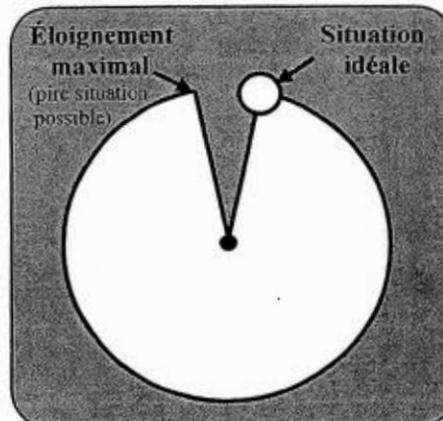
Situation idéale : être parfaitement heureuse de ce que m'apporte ma vie spirituelle ou religieuse

RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - ->

Impact



**28. Activités spirituelles ou religieuses (devoirs et obligations demandés par ma religion ou mes croyances)**

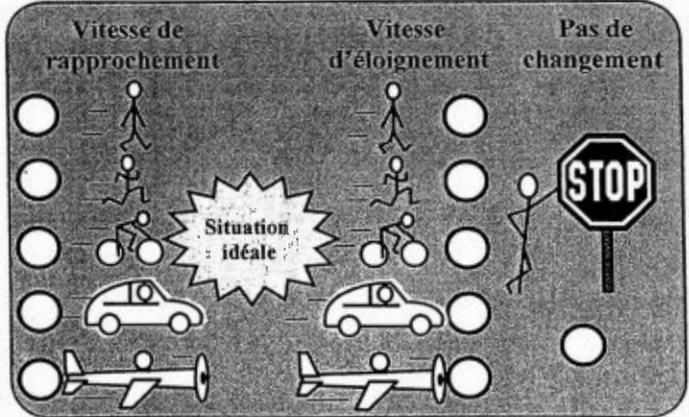
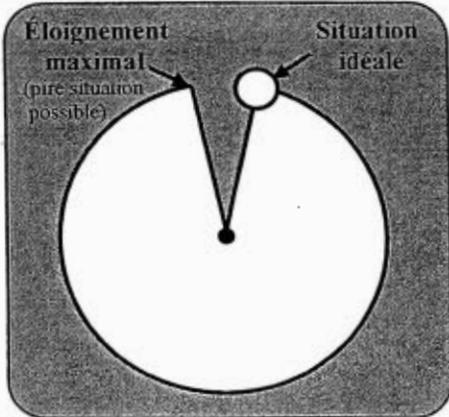
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de ma capacité à faire ces activités

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**29. Apparence physique : image que j'ai de mon corps**

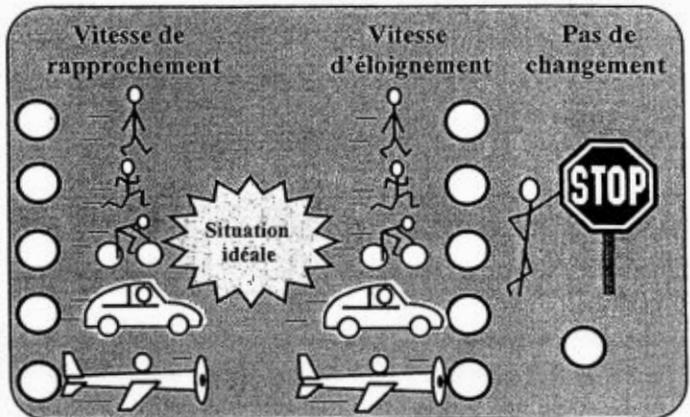
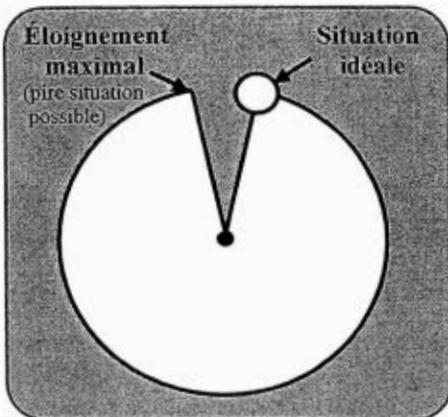
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse de mon apparence physique

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**30. Soins quotidiens apportés au bébé (bain, alimentation, sommeil, allaitement, changer les couches, etc.)**

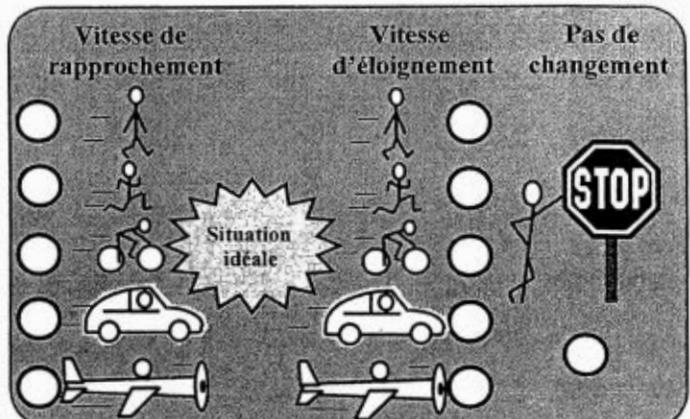
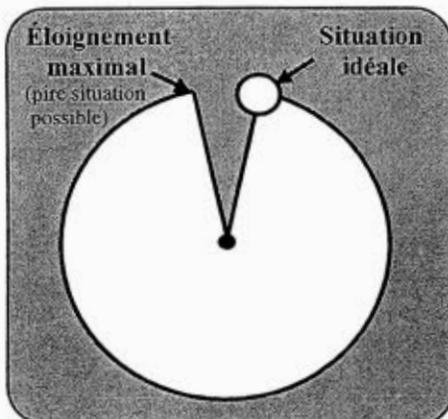
**Situation idéale** : être parfaitement heureuse des soins que j'apporte à mon bébé.

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**31. Capacité d'adaptation au rythme du bébé.**

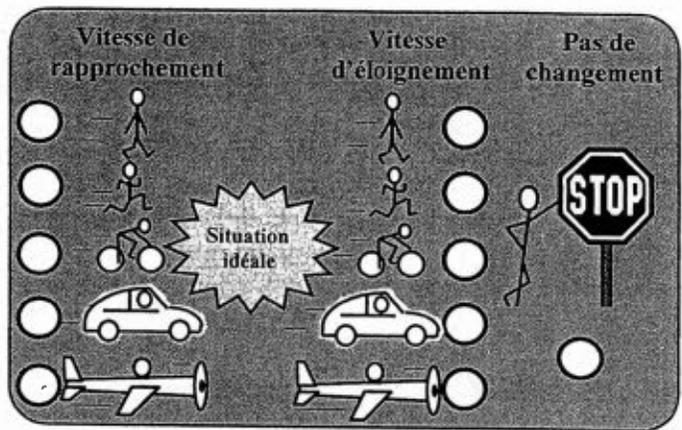
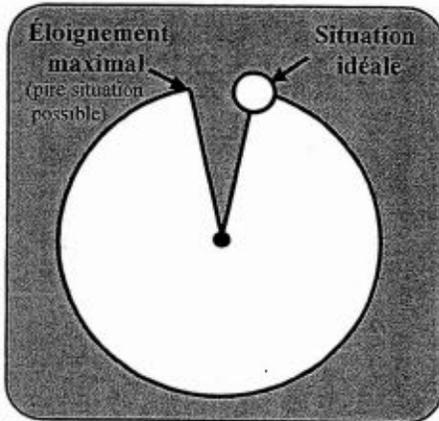
**Situation idéale :** être parfaitement heureuse de ma capacité à m'adapter au rythme du bébé.

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**32. Enter en relation avec mon bébé (parler à son bébé, lui faire des sourires, l'éveiller, etc.)**

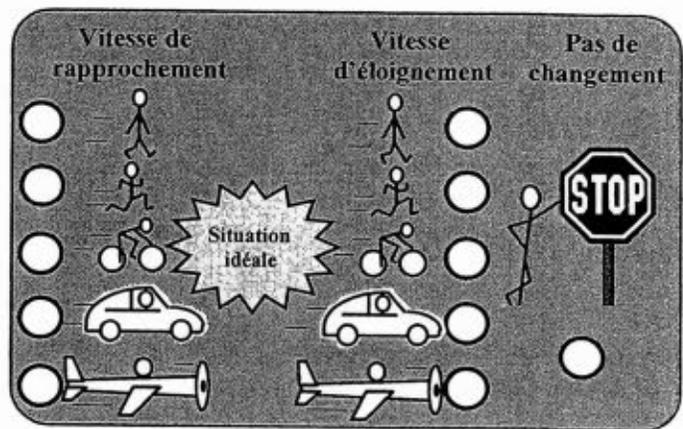
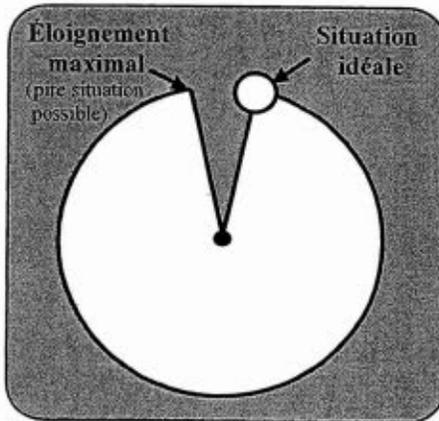
**Situation idéale :** être parfaitement heureuse de la façon dont j'entre en relation avec mon bébé ou de ma capacité à entrer en relation avec mon bébé.

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



**33. Prendre du temps pour moi (se maquiller, se coiffer, se doucher, s'habiller, se reposer etc. ...)**

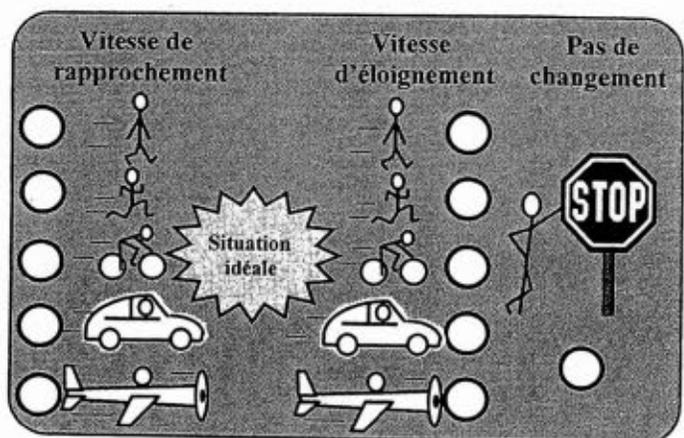
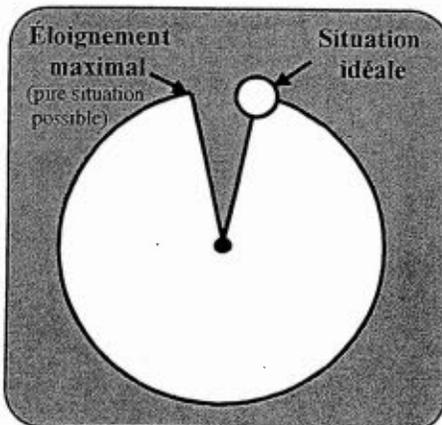
**Situation idéale :** être parfaitement heureuse du temps que je consacre pour prendre soin de moi.

**RAPPEL**

Situation actuelle →

Situation Satisfaisante - - - - - →

Impact \_\_\_\_\_



### 34. Ajustement paternel : Adaptation de mon conjoint au rôle de père

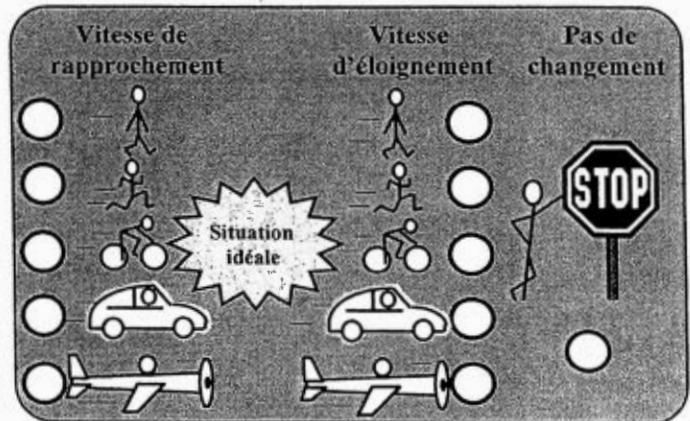
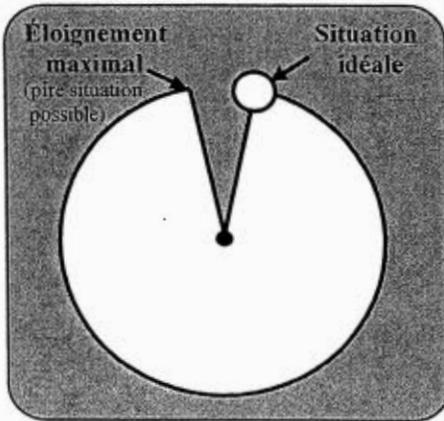
Situation idéale : être parfaitement heureuse de l'adaptation de mon conjoint dans son rôle de père.

#### RAPPEL

Situation  
actuelle  
→

Situation  
Satisfaisante  
- - - - - →

Impact  
\_\_\_\_\_







# **M.I.N.I.**

## **Mini International Neuropsychiatric Interview**

**French Version 5.0.0**

**DSM-IV**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelque soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

**NOM DU PATIENT :** \_\_\_\_\_ **PROTOCOLE NUMERO :** \_\_\_\_\_  
**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_ **Heure de Début :** \_\_\_\_\_  
**ENTRETIEN REALISE PAR :** \_\_\_\_\_ **Heure de Fin :** \_\_\_\_\_  
**DATE DE L'ENTRETIEN :** \_\_\_\_\_ **DUREE TOTALE :** \_\_\_\_\_

**M.I.N.I. 5.0.0 / French version / DSM-IV / current**

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR	Actuelle (2 dernières semaines) + vie entière	
A. EDM avec caractéristiques mélancoliques	Actuelle (2 dernières semaines)	<u>Optionnel</u>
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. TROUBLE PANIQUE	Actuelle (mois écoulé) + Vie entière	
F. AGORAPHOBIE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle (mois écoulé)	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	Actuelle (mois écoulé)	
I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle (mois écoulé)	<u>Optionnel</u>
J. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
K. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
L. TROUBLES PSYCHOTIQUES	Actuelle + Vie entière	
M. ANOREXIE MENTALE	Actuelle (3 derniers mois)	
N. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
O. ANXIETE GENERALISEE	Actuelle (6 derniers mois)	
P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	Vie entière	<u>Optionnel</u>

## INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min.  $\pm$  11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

- **Entretien :**

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

- **Présentation :**

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module; une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

- **Conventions :**

*Les phrases écrites en « lettres minuscules »* doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

*Les phrases écrites en « MAJUSCULES »* ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

*Les phrases écrites en « gras »* indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

*Les phrases entre (parenthèses )* sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

*Les réponses surmontées d'une flèche ( → )* indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

- **Instructions de cotation :**

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

---

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA  
Inserm U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l'Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00

David SHEEHAN  
University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry  
3515 East Fletcher Avenue  
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544  
fax : +1 813 974 4575

e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

**A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR**

A1	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI	1
A2	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI	2
	<b>A1 OU A2 SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	→ NON	OUI	

A3	<b>Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses :</b>			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé, <u>ou</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? (variation au cours du mois de ± 5 %, c. à d. ± 3,5 kg / ± 8 lbs., pour une personne de 65 kg / 120 lbs.) COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI	3
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil presque toutes les nuits (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, dormir trop)?	NON	OUI	4
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e), et aviez-vous du mal à rester en place, presque tous les jours ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	6
e	Vous sentiez-vous sans valeur ou coupable, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions, et ce presque tous les jours ?	NON	OUI	8
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI	9

A4 Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A3 ?  
(ou 4 si A1 OU A2 EST COTEE NON)

NON	OUI
<b>EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL</b>	

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL :

A5a	Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes de deux semaines ou plus durant lesquelles vous vous sentiez déprimé(e) ou sans intérêt pour la plupart des choses et où vous aviez les problèmes dont nous venons de parler ?	→ NON	OUI	10
b	Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) et/ou sans intérêt pour la plupart des choses, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI	11

**A5b EST-ELLE COTEE OUI ?**

NON	OUI
<b>EPISODE DEPRESSIF</b>	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

*MAJEUR PASSE*

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

**A'. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR AVEC CARACTERISTIQUES MELANCOLIQUES (option)**

SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL (A4 = OUI), EXPLORER CI-DESSOUS :

A6 a	<b>A2 EST-ELLE COTEE OUI</b>	NON	OUI	12
b	Au cours cette dernière période, lorsque vous vous sentiez le plus mal, aviez-vous perdu la capacité à réagir aux choses qui vous plaisaient ou qui vous rendaient joyeux(se) auparavant ?	NON	OUI	13
	Si NON : Lorsque quelque chose d'agréable survenait, étiez vous incapable de vous en réjouir, même temporairement ?			
		→		
	<b>A6a OU A6b SONT-ELLES COTEES OUI</b>	NON	OUI	

**Au cours des deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) et sans intérêt pour la plupart des choses :**

A7 a	Les sentiments dépressifs que vous ressentiez étaient-ils différents de ce que l'on peut ressentir lorsque l'on perd un être cher ?	NON	OUI	14
b	Vous sentiez-vous, en général, plus mal le matin que plus tard dans la journée ?	NON	OUI	15
c	Vous réveilliez-vous au moins deux heures trop tôt, en ayant des difficultés à vous rendormir, presque tous les jours ?	NON	OUI	16
d	<b>A3c EST ELLE COTEE OUI ?</b>	NON	OUI	17
e	<b>A3a EST-ELLE COTEE OUI (ANOREXIE OU PERTE DE POIDS) ?</b>	NON	OUI	18
f	Vous sentiez-vous excessivement coupable ou ressentiez-vous une culpabilité qui était hors de proportion avec ce que vous viviez ?	NON	OUI	19

**Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN A7 ?**

NON OUI

**EPISODE DEPRESSIF  
MAJEUR  
avec Caractéristiques  
Mélancoliques  
ACTUEL**

→ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

## B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR ACTUEL

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	→ NON	OUI	20
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plus de deux mois ?	NON	→ OUI	21
B3	<b>Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :</b>			
a	Votre appétit a-t-il notablement changé ?	NON	OUI	22
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ou dormez-vous trop ?	NON	OUI	23
c	Vous sentez-vous fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI	24
d	Avez-vous perdu confiance en vous-même ?	NON	OUI	25
e	Avez-vous du mal à vous concentrer, ou des difficultés à prendre des décisions ?	NON	OUI	26
f	Vous arrive-t-il de perdre espoir ?	NON	OUI	27
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN B3 ?	→ NON	OUI	
B4	Ces problèmes entraînent-ils chez vous une souffrance importante ou bien vous gênent-ils de manière significative dans votre travail, dans vos relations avec les autres ou dans d'autres domaines importants pour vous ?	→ NON	OUI	28

B4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**DYSTHYMIE  
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### C. RISQUE SUICIDAIRE

**Au cours du mois écoulé, avez-vous :**

- |    |   |     |     |   |
|----|---|-----|-----|---|
| C1 | Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ? | NON | OUI | 1 |
| C2 | Voulu vous faire du mal ?   | NON | OUI | 2 |
| C3 | Pensé à vous suicider ?   | NON | OUI | 3 |
| C4 | Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?                            | NON | OUI | 4 |
| C5 | Fait une tentative de suicide ?   | NON | OUI | 5 |

**Au cours de votre vie,**

- |    |  |     |     |   |
|----|--|-----|-----|---|
| C6 | Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? | NON | OUI | 6 |
|----|--|-----|-----|---|

Y A-T-IL AU MOINS UN OUI CI-DESSUS

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

- C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER**  
**C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN**  
**C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE**

NON	OUI
<b>RISQUE SUICIDAIRE ACTUEL</b>	
LEGER	<input type="checkbox"/>
MOYEN	<input type="checkbox"/>
ELEVE	<input type="checkbox"/>

**D. EPISODE (HYPO-)MANIAQUE**

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ?	NON	OUI	1
NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.				
SI LE PATIENT NE COMPREND PAS LE SENS D'EXALTE OU PLEIN D'ENERGIE, EXPLIQUER COMME SUIV : Par exalté ou plein d'énergie, je veux dire être excessivement actif, excité, extrêmement motivé ou créatif ou extrêmement impulsif.				
SI OUI				
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie	NON	OUI	2
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à hurler, voire même à vous battre avec des personnes extérieures à votre famille ?	NON	OUI	3
NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.				
SI OUI				
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI	4
→				
<b>D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>				
		NON	OUI	

D3 SI D1B OU D2B = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL  
 SI D1B ET D2B = NON EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE

**Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :**

a	Aviez-vous le sentiment que vous auriez pu faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI	5
b	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude (vous sentiez-vous reposé(e) après seulement quelques heures de sommeil ?)	NON	OUI	6
c	Parliez-vous sans arrêt ou si vite que les gens avaient du mal à vous comprendre ?	NON	OUI	7
d	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI	8
e	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI	9
f	Etiez-vous tellement actif(ve), ou aviez-vous une telle activité physique, que les autres s'inquiétaient pour vous ?	NON	OUI	10

g Aviez-vous tellement envie de faire des choses qui vous paraissaient agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner (faire des achats inconsidérés, conduire imprudemment, avoir une activité sexuelle inhabituelle) ?

NON OUI 11

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D3  
OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

→  
NON OUI

D4 Les problèmes dont nous venons de parler ont-ils déjà persisté pendant au moins une semaine et ont-ils entraîné des difficultés à la maison, au travail/à l'école ou dans vos relations avec les autres  
ou avez-vous été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?  
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

NON OUI 12

D4 EST-ELLE COTEE NON ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

**EPISODE  
HYPOMANIAQUE**

ACTUEL

PASSE

D4 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON OUI

**EPISODE MANIAQUE**

ACTUEL

PASSE

## E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) <b>subitement</b> très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE CÔTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMÉ EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	<b>Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :</b>			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre coeur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? SI E5 = NON, PASSER A E7	NON	OUI	
<i>Trouble Panique Vie entière</i>				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? SI E6 = OUI, PASSER A F1	NON	OUI	17
<i>Trouble Panique Actuel</i>				

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

E7 Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?

NON OUI

18

*Attaques*

*Paucisymptomatiques vie entière*

**F. AGORAPHOBIE**

F1 Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serez difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI 19

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI 20

*Agoraphobie  
Actuel*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON  
et  
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI  
**TROUBLE PANIQUE  
sans Agoraphobie  
ACTUEL**

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI  
et  
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI  
**TROUBLE PANIQUE  
avec Agoraphobie  
ACTUEL**

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI  
et  
E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI  
**AGORAPHOBIE  
sans antécédents de  
Trouble Panique  
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

## G. PHOBIE SOCIALE

- G1 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ? →  
NON OUI 1
- G2 Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ? →  
NON OUI 2
- G3 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ? →  
NON OUI 3
- G4 Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ? →  
NON OUI 4

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**PHOBIE SOCIALE  
ACTUEL**

## H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

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

NON OUI 1

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

SI H1 = NON, PASSER A H4

H2 Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI 2

SI H2 = NON, PASSER A H4

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

NON OUI 3

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

NON OUI 4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→  
NON OUI

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

→  
NON OUI 5

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

NON OUI 6

H6 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE  
OBSESSIONNEL-  
COMPULSIF  
ACTUEL**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

**I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)**

- |    |   |              |    |
|----|---|--------------|----|
| 11 | Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?<br>EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE... | →<br>NON OUI | 1  |
| 12 | Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?  | →<br>NON OUI | 2  |
| 13 | <b>Au cours du mois écoulé :</b>  |              |    |
| a  | Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?  | NON OUI      | 3  |
| b  | Avez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?  | NON OUI      | 4  |
| c  | Avez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?  | NON OUI      | 5  |
| d  | Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?  | NON OUI      | 6  |
| e  | Avez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?  | NON OUI      | 7  |
| f  | Avez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?  | NON OUI      | 8  |
|    | Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?   | →<br>NON OUI |    |
| 14 | <b>Au cours du mois écoulé :</b>  |              |    |
| a  | Avez-vous eu des difficultés à dormir ?   | NON OUI      | 9  |
| b  | Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?   | NON OUI      | 10 |
| c  | Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?   | NON OUI      | 11 |
| d  | Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?  | NON OUI      | 12 |
| e  | Un rien vous faisait-il sursauter ?   | NON OUI      | 13 |
|    | Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?   | →<br>NON OUI |    |
| 15 | Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?   | NON OUI      | 14 |

**I5 EST-ELLE COTEE OUI ?**

**NON OUI**

**ETAT DE STRESS  
POST-TRAUMATIQUE**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

*ACTUEL*

**J. DEPENDANCE ALCOOLIQUE / ABUS D'ALCOOL**

J1 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de trois heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?

→  
NON OUI 1

**J2 Au cours des 12 derniers mois :**

- a Avez-vous besoin de plus grandes quantités d'alcool pour obtenir le même effet qu'auparavant ? NON OUI 2
- b Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ?  
Ou, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ?  
COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE NON OUI 3
- c Lorsque vous buviez, vous arrivait-il souvent de boire plus que vous n'en aviez l'intention au départ ? NON OUI 4
- d Avez-vous essayé, sans pouvoir y arriver, de réduire votre consommation ou de ne plus boire ? NON OUI 5
- e Les jours où vous buviez, passiez-vous beaucoup de temps à vous procurer de l'alcool, à boire ou à vous remettre des effets de l'alcool ? NON OUI 6
- f Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous buviez ? NON OUI 7
- g Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? NON OUI 8

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN J2 ?

NON	OUI
<b>DEPENDANCE ALCOOLIQUE ACTUEL</b>	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE ALCOOLIQUE ?

→  
NON OUI

**J3 Au cours des 12 derniers mois :**

- a Avez-vous été à plusieurs reprises ivre ou avec la « gueule de bois » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?  
NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES NON OUI 9

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

- |   |  |     |     |    |
|---|--|-----|-----|----|
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet de l'alcool dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire, utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ? | NON | OUI | 10 |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez bu comme une interpellation ou une condamnation ?   | NON | OUI | 11 |
| d | Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?   | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN J3 ?

NON OUI

**ABUS D'ALCOOL  
ACTUEL**

**CARTE DES SUBSTANCES**

<b>AMPHETAMINE</b>	<b>ESSENCE</b>	<b>MORPHINE</b>
<b>CANNABIS</b>	<b>ETHER</b>	<b>NEIGE</b>
<b>CAPTAGON</b>	<b>FEUILLE DE COCA</b>	<b>OPIUM</b>
<b>CATOVIT</b>	<b>HASCHICH</b>	<b>PALFIUM</b>
<b>COCAÏNE</b>	<b>HEROÏNE</b>	<b>RITALINE</b>
<b>CODEINE</b>	<b>L.S.D.</b>	<b>SHIT</b>
<b>COLLE</b>	<b>MARIJUANA</b>	<b>TEMGESIC</b>
<b>CRACK</b>	<b>MESCALINE</b>	<b>TOLUENE</b>
<b>ECSTASY</b>	<b>METHADONE</b>	<b>TRICHLORETHYLENE</b>

**M.I.N.I.**

## K. TROUBLES LIES A UNE SUBSTANCE (NON ALCOOLIQUE)

K1. Maintenant je vais vous montrer / vous lire (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES / LIRE LA LISTE CI-DESSOUS), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ?

→  
NON OUI

ENTOUREZ CHAQUE PRODUIT CONSOMME :

Stimulants : amphétamines, « speed », Ritaline, pilules coupe-faim.

Cocaïne : cocaïne, « coke », crack, « speedball ».

Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, codéine, mépéridine, fentanyl.

Hallucinogènes : L.S.D., « acide », mescaline, PCP, « angel dust », « champignons », ecstasy.

Solvants volatiles : « colle », éther.

Cannabinoïdes : haschisch, « hasch », THC, cannabis, « herbe », « shit ».

Sédatifs : Valium, Xanax, Téresta, Halcion, Lexomil, secobarbital, « barbis ».

Divers : Anabolisants, Stéroïdes, « poppers ». Prenez-vous d'autres substances ?

SPECIFIER LA (OU LES) SUBSTANCE(S) LES PLUS CONSOMMEE(S) : \_\_\_\_\_

SPECIFIER CE QUI SERA EXPLORÉ CI DESSOUS :

- SI CONSOMMATION DE PLUSIEURS SUBSTANCES (EN MEME TEMPS OU SEQUENTIELLEMENT) :

CHAQUE SUBSTANCE OU CLASSE DE SUBSTANCES SEPARÉMENT

UNIQUEMENT LA SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) LA PLUS CONSOMMÉE

- SI SEULEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES) CONSOMMÉE :

UNIQUEMENT UNE SUBSTANCE (OU CLASSE DE SUBSTANCES)

K2. En considérant votre consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SÉLECTIONNÉE], au cours des 12 derniers mois :

- a. Avez-vous constaté que vous deviez en prendre de plus grandes quantités pour obtenir le même effet qu'auparavant ?
- NON OUI 1
- b. Lorsque vous en preniez moins, ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir, ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ?
- Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTÔMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ?
- NON OUI 2
- COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE
- c. Vous arrivait-il souvent lorsque vous commenciez à en prendre, d'en prendre plus que vous n'en aviez l'intention ?
- NON OUI 3

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| d | Avez-vous essayé, sans y arriver de réduire votre consommation ou d'arrêter d'en prendre ?  | NON | OUI | 4 |
| e | Les jours où vous en preniez, passiez-vous beaucoup de temps (> 2 heures) à essayer de vous en procurer, à en consommer, à vous remettre de ses (leurs) effets, ou à y penser ?                   | NON | OUI | 5 |
| f | Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) ou avez-vous passé moins de temps avec les autres parce que vous vous droguiez ?  | NON | OUI | 6 |
| g | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait chez vous des problèmes de santé ou des problèmes psychologiques ? | NON | OUI | 7 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN K2 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

---

NON	OUI
<b>DEPENDANCE à une (des) SUBSTANCES(S) ACTUEL</b>	

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?

→

NON	OUI
-----	-----

**K3 Au cours des 12 derniers mois :**

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Avez-vous été à plusieurs reprises intoxiqué(e) par [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] ou « défoncé(e) » alors que vous aviez des choses à faire au travail (/à l'école) ou à la maison ? Cela a-t-il posé des problèmes ?<br>NE COTER OUI QUE SI CELA A CAUSE DES PROBLEMES | NON | OUI | 8  |
| b | Vous est-il arrivé d'être sous l'effet [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] dans une situation où cela était physiquement risqué comme conduire , utiliser une machine ou un instrument dangereux, faire du bateau, etc. ?   | NON | OUI | 9  |
| c | Avez-vous eu des problèmes légaux parce que vous aviez pris [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] comme une interpellation ou une condamnation ?  | NON | OUI | 10 |
| d | Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE OU LA CLASSE DE SUBSTANCES SELECTIONNEE] tout en sachant que cela entraînait des problèmes avec votre famille ou votre entourage ?  | NON | OUI | 11 |

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K3 ?

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCE(S) :

---

NON	OUI
<b>ABUS DE SUBSTANCE(S) ACTUEL</b>	

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

---

## L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.  
NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIEMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INNAPROPRIES.  
AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

				BIZARRE	
A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.					
L1 a	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	NON	OUI	OUI	1
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	2
L2 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	NON		OUI	3
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON		OUI → L6a	4
L3 a	Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?	NON		OUI	5
b	SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ?	NON		OUI → L6a	6
L4 a	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	NON	OUI	OUI	7
b	SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ?	NON	OUI	OUI → L6a	8
L5 a	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéreraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ? NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4	NON	OUI	OUI	9
b	SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	NON	OUI	OUI	10
L6 a	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ? COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOND OUI A LA QUESTION : Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	NON	OUI	OUI	11

b **SI OUI** : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

NON OUI OUI 12  
→ L8b

L7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?  
COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.

NON OUI 13

b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?

NON OUI 14

OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :

L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?

NON OUI 15

L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?

NON OUI 16

L10b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?

NON OUI 17

L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE  
OU  
DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?

NON	OUI
<b>SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</b>	

L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS

UNE QUESTION « a » COTEE OUI BIZARRE  
OU  
DEUX QUESTIONS « a » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?  
(VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MEME TEMPS)  
OU  
L11 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<b>SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</b>	

L13a SI L11 EST COTEE OUI OU SI IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :

LE PATIENT PRESENTE-T-IL  
UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE)  
OU  
UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?

→  
NON OUI

b Si L13a EST COTEE OUI :  
Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?

NON OUI 18

L13b EST-ELLE COTEE OUI ?

NON	OUI
<b>TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUES PSYCHOTIQUES ACTUEL</b>	



→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

## M. ANOREXIE MENTALE

- M1 a. Combien mesurez-vous ?     cm
- b. Au cours des 3 derniers mois, quel est a été votre poids le plus faible ?     kg
- c. LE POIDS DU PATIENT EST-IL INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE INDICÉ POUR SA TAILLE ? VOIR TABLEAU DE CORRESPONDANCE EN BAS DE PAGE →  
NON OUI

### Au cours des trois derniers mois :

- M2 Avez-vous refusé de prendre du poids, malgré le fait que vous pesiez peu ? →  
NON OUI 1
- M3 Aviez-vous peur de prendre du poids ou redoutiez-vous de devenir trop gros(se) ? →  
NON OUI 2
- M4 Vous trouviez-vous encore trop gros(se), ou pensiez-vous qu'une partie de  
a votre corps était trop grosse ? NON OUI 3
- b L'opinion ou l'estime que vous aviez de vous-même étaient-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ? NON OUI 4
- c Pensiez-vous que ce poids était normal, voire excessif ? NON OUI 5
- M5 Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M4 ? →  
NON OUI
- M6 POUR LES FEMMES SEULEMENT : Ces trois derniers mois, avez-vous eu un arrêt de vos règles alors que vous auriez dû les avoir (en l'absence d'une éventuelle grossesse) ? →  
NON OUI 6

POUR LES FEMMES : M5 ET M6 SONT-ELLES COTÉES OUI ?  
POUR LES HOMMES : M5 EST-ELLE COTÉE OUI ?

NON OUI  
**ANOREXIE MENTALE  
ACTUEL**

TABLEAU DE CORRESPONDANCE TAILLE - SEUIL DE POIDS CRITIQUE (SANS CHAUSSURE, SANS VÊTEMENT)

TAILLE (cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190
Femmes	37	38	39	41	43	45	47	50	52	54	57
Hommes	41	43	45	47	49	51	52	54	56	58	61

**→ ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT**

**(15% DE REDUCTION PAR RAPPORT AU POIDS NORMAL)**

**N. BOULIMIE**

N1	Au cours de ces trois derniers mois, vous est-il arrivé d'avoir des crises de boulimie durant lesquelles vous mangiez de très grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée, c'est à dire en moins de 2 heures ?	→ NON OUI	7
N2	Avez-vous eu de telles crises de boulimie au moins deux fois par semaine au cours de ces 3 derniers mois ?	→ NON OUI	8
N3	Durant ces crises de boulimie, avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler la quantité de nourriture que vous prenez ?	→ NON OUI	9
N4	De façon à éviter une prise de poids après ces crises de boulimie, faites-vous certaines choses comme vous faire vomir, vous astreindre à des régimes draconiens, pratiquer des exercices physiques importants, ou prendre des laxatifs, des diurétiques, ou des coupe-faim ?	→ NON OUI	10
N5	L'opinion ou l'estime que vous avez de vous-même sont-elles largement influencées par votre poids ou vos formes corporelles ?	→ NON OUI	11
N6	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE ANOREXIE MENTALE ?	NON OUI	
SI N6 = NON, PASSER A N8			
N7	Ces crises de boulimie surviennent-elles <b>toujours</b> lorsque votre poids est en dessous de ___ kg* ? * REPENDRE LE POIDS CRITIQUE DU PATIENT DANS LA TABLE DU MODULE ANOREXIE MENTALE EN FONCTION DE SA TAILLE ET DE SON POIDS.	NON OUI	12

N8 N5 EST-ELLE COTEE OUI ET N7 COTEE NON (OU NON COTEE) ?

NON OUI

**BOULIMIE  
ACTUEL**

N7 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**ANOREXIE MENTALE  
Binge-eating / Purging type  
ACTUEL**

**O. ANXIETE GENERALISEE**

O1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?

→  
NON OUI 1

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

b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

→  
NON OUI 2

O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?

→  
NON OUI 3

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

- O3 Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:
- a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ? NON OUI 4
  - b D'avoir les muscles tendus ? NON OUI 5
  - c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ? NON OUI 6
  - d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ? NON OUI 7
  - e D'être particulièrement irritable ? NON OUI 8
  - f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ? NON OUI 9

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON	OUI
<b>ANXIETE GENERALISEE</b>	
<b>ACTUEL</b>	

**P. TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE (option)**

**P1 Avant l'âge de 15 ans, avez-vous :**

- |   |   |     |     |   |
|---|---|-----|-----|---|
| a | Fréquemment fait l'école buissonnière ou passé la nuit en dehors de chez vous ? | NON | OUI | 1 |
| b | Fréquemment menti, triché, arnaqué les gens ou volé ?                           | NON | OUI | 2 |
| c | Brutalisé, menacé ou intimidé les autres ?                                      | NON | OUI | 3 |
| d | Volontairement détruit ou mis le feu ?  | NON | OUI | 4 |
| e | Volontairement fait souffrir des animaux ou des gens ?                          | NON | OUI | 5 |
| f | Contraint quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec vous ?                 | NON | OUI | 6 |

→

Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN P1 ?

NON OUI

**P2 NE PAS COTER OUI LES REPOSES CI-DESSOUS, SI LES COMPORTEMENTS SONT UNIQUEMENT PRESENTES DANS DES CONTEXTES POLITIQUE OU RELIGIEUX.**

**Depuis l'âge de 15 ans, avez-vous :**

- |   |   |     |     |    |
|---|---|-----|-----|----|
| a | Eu souvent des comportements que les autres trouvaient irresponsables comme ne pas rembourser des sommes dues, agir impulsivement ou volontairement ne pas travailler pour assurer le minimum vital ? | NON | OUI | 7  |
| b | Fait des choses illégales (même si vous n'avez pas été pris) comme détruire le bien d'autrui, voler, vendre de la drogue ou commettre un crime ?  | NON | OUI | 8  |
| c | Souvent été violent physiquement, y compris avec votre conjoint ou vos enfants ?  | NON | OUI | 9  |
| d | Souvent menti ou arnaqué les autres dans le but d'obtenir de l'argent ou du plaisir, ou menti juste pour vous amuser ?  | NON | OUI | 10 |
| e | Exposé des gens à des dangers sans vous préoccuper d'eux ?  | NON | OUI | 11 |
| f | Ressenti aucune culpabilité après avoir menti, ou blessé, maltraité ou volé quelqu'un ou détruit le bien d'autrui ?   | NON | OUI | 12 |

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN P2 ?

NON OUI

**TROUBLE DE LA  
PERSONNALITE  
ANTISOCIALE  
VIE ENTIERE**

→: ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUES, ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

## REFERENCES

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; 12 : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. In press. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic disorders : procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; 13 : 26-34.

Les versions originales française et anglaise du M.I.N.I. / DSM-IV ont été traduites et peuvent être demandées aux auteurs (voir page 3). Une version CIM-10 du M.I.N.I. est aussi disponible en français, en anglais et en danois.

Traductions	M.I.N.I. 4.4 et versions antérieures	M.I.N.I. 5.0, M.I.N.I. PLUS, M.I.N.I. screen
Afrikaans		En préparation
Allemand	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	M. Ackenheil, G. Stotz, R. Dietz-Bauer
Arabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basque		En préparation
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Brésilien	P. Amorim	P. Amorim
Catalan		En préparation
Chinois		L. Carroll
Croate		En préparation
Danois	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Espagnol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gibert-Rahola	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco
Farsi/Perse		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finnois	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	En préparation
Gallois		En préparation
Grecque	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hébreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		K. Batra, S. Gambir
Hongrois	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Italien	P. Donda, E. Weiller, I. Bonora	L. Conti, P. Donda, A. Rossi, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano
Japonais		H. Watanabe
Lituanien	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Néerlandais/ Flamand	E. Griez, K. Schruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere	I. van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Norvégien	G. Pedersen, S. Blomhoff	K. Leiknes, U. Malt, E. Malt
Polonais	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Portugais	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres
Punjabi		S. Gambir
Roumain		O. Driga
Russe		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Serbe	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Slovène	M. Kocmur	M. Kocmur
Suédois	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble
Tchèque	P. Zvolsky	P. Zvolsky
Turque	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner

---

Le M.I.N.I. a été développé simultanément en français et en anglais. Le développement et la validation du M.I.N.I. a été rendu possible grâce, en partie, à des fonds alloués par la CNAM (701061), les laboratoires SmithKline Beecham et l'UE.

## APPENDICE D

MODÈLE DE QUALITÉ DE VIE BASÉ SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS  
DE DUPUIS *ET AL.*, (1989)



Il existe de nombreux modèles de la QV, mais la majorité de ceux décrits dans la littérature présente beaucoup de problèmes conceptuels de base. Un des premiers problèmes est le dilemme entre les dimensions objectives et subjectives de la QV (Andrews et Zithey, 1976). Les mesures subjectives renvoient de façon globale à la notion de bien-être, ainsi qu'à la prise en compte des dimensions affectives et cognitives (Pavot et Diener, 1993). Quant aux mesures objectives, elles renvoient aux items ou aux échelles qui déterminent le nombre ou l'intensité d'expériences observables dans la vie d'une personne. Les deux influencent la QV, mais elles ne peuvent être considérées comme des mesures de celle-ci (Dupuis *et al.*, 1989). Dans cette optique, les conditions de santé des individus, lesquelles sont observables, ne sont pas nécessairement de bons indicateurs du bonheur personnel (Levine et Croog, 1984). Une autre controverse est la notion de bonheur et l'importance du rôle qu'elle joue dans la mesure de la QV. En effet, tous les auteurs ne la prennent pas en considération pour définir ce concept; parmi les chercheurs qui en tiennent compte, la vision n'est pas suffisamment claire pour en saisir le sens. À cela, s'ajoute un autre problème : le foisonnement des modèles explicatifs de la QV qui se veulent à la fois globaux et intégratifs. La plupart des modèles proposés jusqu'à présent intègrent mal toutes les dimensions humaines de la vie dans une perspective dynamique (Etienne, 1997). Selon Dupuis *et al.* (1989), la QV est un état de perpétuel mouvement, et le sujet adapte constamment ses attentes, ses cognitions et ses comportements pour tenter de la maintenir dans un état satisfaisant. À travers cet examen de la littérature, nous pouvons tout de même observer chez les auteurs un certain consensus : la QV est composée des dimensions physiques, émotionnelles et sociales (Dupuis *et al.*, 1989).

Ces quelques problèmes conceptuels relevés dans la littérature nous poussent à envisager dans notre étude, le recours à un instrument de QV globale qui permet une mesure spécifique à la période postnatale. Nous nous référons donc au modèle de QV

de Dupuis *et al.* (1989). En effet, il a proposé des solutions intéressantes aux nombreuses limites rencontrées dans le domaine de la QV ces 40 dernières années. Issu des sciences sociales et psychologiques, le modèle de la QV proposé par Dupuis *et al.* (1989) tente d'apporter une solution à ces limites méthodologiques observées au sein des nombreux modèles qui sont proposés. Le modèle de Dupuis *et al.* (1989) se veut pertinent pour notre étude pour trois raisons principales. D'abord, il définit un modèle intégratif biopsychosocial du sujet; ensuite, il propose une définition opérationnelle de la QV; enfin, parce qu'il examine chaque aspect de sa définition (Etienne, 1997), il valide un instrument de mesure autre que la simple somme des mesures de QV dans différents domaines. Cet outil tente aussi de repousser les limites des instruments de mesure de QV liés à la santé en séparant les mesures de santé des mesures de QV. Les questionnaires qui se réfèrent au concept de la QV reliée à la santé ne sont finalement que d'anciennes mesures de santé d'ordre général présentées dans un nouveau format. Ces questionnaires suggèrent que la QV est constituée de différentes composantes physiques, émotive et de fonctionnements sociaux. Cette approche par composantes est peut-être bien adaptée pour l'évaluation de l'état physique, mais peut-elle adéquatement mesurer la QV? La réponse demeure, au mieux, équivoque (Leplège et Hunt, 1997). Des recherches seraient utiles afin d'éclaircir cette question et de définir clairement si la QV liée à la santé mesure un « état de santé », la QV ou les deux.

Selon Dupuis *et al.* (1989), pour étudier la QV dans un contexte spécifique, il faut que la santé physique et la santé psychologique soient considérées comme des variables pouvant influencer sur la QV, mais ne faisant pas partie de sa mesure. Dans son modèle de QV, la notion de bonheur et le projet de vie des patients sont pris en compte. De surcroît, l'instrument de mesure de Dupuis *et al.* (1989) a la particularité de réserver six dimensions de vie qui sont adaptables aux domaines spécifiques d'une pathologie telle que la DPP. De cette manière, il tente de contrer une trop grande

généralité en incorporant des domaines spécifiques réservés à la pathologie. Des items peuvent être ajoutés ou enlevés sans modifier le modèle théorique sous-jacent.

Afin d'élaborer leur modèle, Dupuis *et al.* (1989) se sont inspirés d'une approche systémique (Bateson, 1979; Warzlawick, Beavin et Jackson, 1967). Les composantes principales de celui-ci sont présentées telles qu'elles ont été décrites par Etienne (1997). Ce sont : les concepts de but, de contrôle, de boucles de rétroactions positives ou négatives et d'organisation hiérarchique des domaines de vie. L'état du sujet correspond à l'intégration des différentes variables psychosociales du moment. Le but représente l'essence de nos comportements. Nous nous comportons toujours en fonction d'un objectif. Cela signifie que nos comportements sont contrôlés et dirigés par l'ensemble de nos buts. Ici, le contrôle est constitué de la recherche et du maintien d'un état désirable présélectionné. Le sujet compare l'état et son but correspondant. S'il y a un écart, un ensemble d'actions sont entreprises pour modifier la situation et ramener l'état plus près du but. La boucle est ainsi répétée un nombre illimité de fois pour maintenir la stabilité. Par ailleurs, si l'état du sujet correspond à son but, les actions serviront à maintenir la situation. Tous les événements menaçant d'induire un écart seront suivis d'un ensemble d'actions pour réduire ces perturbations. C'est le mécanisme de contrôle. Un sujet essaiera toujours de réduire l'écart entre les états et les buts correspondants. S'il y a consonance entre l'état et le but, également appelée « boucle de rétroaction négative », le sujet est dans un état satisfaisant. Ces boucles deviennent positives quand une personne essaie d'atteindre un but très ambitieux dans un laps de temps très court, ou quand la poursuite des buts engendre un conflit. Cette boucle de rétroaction est appelée positive parce qu'elle augmente l'écart entre l'état et le but. Si dans une période de temps le nombre de domaines dans des boucles positives excède le nombre de ceux dans lesquels la personne ressent un sentiment d'efficacité, à long terme, un sentiment d'inefficacité et d'impuissance peut se développer. Enfin, les auteurs définissent une quatrième dimension, soit l'ordre

hiérarchique des domaines de vie. Si une personne éprouve des difficultés à établir des priorités dans les différents domaines de sa vie, les conflits seront des situations qui causent du stress. L'ordre hiérarchique, une des caractéristiques de base du système de vie, constitue un critère fondamental pour définir le processus mental. Le modèle donne une indication que cette personne est heureuse, en fonction de ses buts et des stratégies pour les atteindre. Un sens global du bonheur dérive du degré de bonheur dans chacun des domaines évalués. La notion de bonheur se réfère à un but à long terme plutôt qu'à un sentiment positif à court terme, lui-même plus proche de la notion de plaisir. Pour plus de détails concernant le questionnaire élaboré à partir de ce modèle, nous invitons le lecteur à consulter l'appendice C de ce document, sous l'intitulé *ISQV*.

## APPENDICE E

### DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE D'ANALYSE QUALITATIVE



Dans cette section, il est question de décrire la méthode de recherche mise en œuvre pour répondre aux objectifs du volet 2 de cette étude, qui vise à clarifier la question de la spécificité des symptômes et des causes de la DPP. Elle se veut un complément d'information relatif à la méthodologie qualitative de recherche utilisée dans les articles 2 et 3 de cette thèse. Les différentes étapes de cette démarche qualitative sont détaillées afin d'apprécier la méthodologie dans sa globalité. Nous présentons tout d'abord, le type de recherche et la méthode d'analyse privilégiée dans le volet 2. Ensuite, nous abordons la méthode de collecte de données avant de poursuivre par l'explication de la stratégie d'analyse et d'interprétation des propos recueillis. Nous terminons par la présentation des critères de qualité qui ont permis d'assurer une rigueur au processus de recherche.

#### E.1. Type de recherche et méthode d'analyse

Ces dernières années nous avons pu voir émerger un nombre croissant d'études se consacrant à mieux comprendre la symptomatologie dépressive postnatale ainsi que les causes de celle-ci par le biais de méthodes qualitatives. Cependant, la question de la spécificité de la DPP a peu été abordée dans la recherche. Aucune étude qualitative ne s'est consacrée à recueillir l'expérience des mères en DPP et en DNP afin de mieux comprendre ce qui distingue et apparente ces deux phénomènes dépressifs. Il y a un manque de données expérientielles qui permettent d'illustrer conjointement ces différences et similitudes. À cet égard, le deuxième volet de cette thèse privilégie une méthodologie qualitative inductive qui vise une exploitation analytique des données. L'induction analytique se définit comme « une démarche logique qui consiste à partir du concret, pour passer à l'abstrait, en cernant les caractéristiques essentielles d'un phénomène » (Deslauriers, 1997 p.295). Elle se situe donc à l'inverse d'une démarche hypothético-déductive. Selon E.Blais et Martineau (2006), les résultats attendus de cette démarche se composent des catégories étant les plus révélatrices des objectifs de

recherche identifiés au départ. Cette méthode a été utilisée afin de produire une connaissance plus précise des symptômes et des causes qui caractérise ces deux phénomènes dépressifs

## E.2. Méthode de collecte de données : Entretien semi-structuré

Les données ont été recueillies à l'aide d'entrevues individuelles en face à face. Cette méthode permet de donner la parole aux mères afin qu'elles rapportent les symptômes qui caractérisent leurs expériences et les causes qui expliquent le développement de leur condition. Tel que le précise Baribeau et Royer (2012), l'entretien individuel permet de saisir au travers l'interaction entre un chercheur et un sujet, le point de vue des individus, leur compréhension d'une expérience particulière, leur vision du monde, en vue de les rendre explicites, de les comprendre en profondeur ou encore d'en apprendre davantage sur un objet donné. Comme la parole est donnée à l'individu, l'entretien s'avère un instrument privilégié pour mettre à jour sa représentation du monde.

Afin de recueillir le discours des mères en dépression, un guide d'entretien semi-structuré constitué de questions ouvertes a été développé à partir du modèle de représentation cognitive de la maladie proposée par Leventhal *et al*, (1980). Nous nous appuyons sur ce modèle comme base structurelle de discussion. Leventhal *et al* (1980) propose un modèle qui met en relation les perceptions de la maladie et les réponses du sujet face à celle-ci. L'interprétation des signes et des symptômes d'une maladie constitue la base primordiale dans le construit des croyances des patients. Cette perception constitue un « prototype cognitif » (Bishop et Converse, 1986). Lors de l'apparition de symptômes, ceux-ci sont confrontés au « prototype cognitif » afin d'établir un diagnostic de la maladie. Il explique comment les perceptions qu'un individu possède de la maladie sont utilisées pour interpréter celle-ci. Ainsi que la

manière dont elles influencent les stratégies d'adaptation. Leventhal (1980) dégage 5 composantes qui sont à la base des construits de la perception de la maladie :

<b>Les composants de la représentation de la maladie</b>	<b>Description des croyances</b>
Identité	Associations des symptômes et label
Cause	Comment survient la maladie
Chronologie	Estimation de la durée de la maladie et son évolution : aigu, chronique, cyclique.
Conséquences	Estimation des effets de la maladie
Contrôle/soin	Comment la maladie peut-elle être contrôlée ou soignée

Tableau : Noyau de composants de la représentation de la maladie

Nous avons demandé à chaque participante de nous décrire à travers les questions ouvertes, chacune des composantes du modèle de Leventhal *et al*, (1980), soit les symptômes qu'elles ressentaient, les causes expliquant leur condition, leur perception de la durée des symptômes, l'impact des symptômes sur leur vie et les stratégies pour améliorer leurs situations.

Les entrevues d'une durée approximative de 45 minutes à une heure pouvaient varier d'une mère à l'autre. Le contenu des verbatim ont été retranscrits dans leur intégralité par trois étudiantes en psychologie. La confidentialité des participantes a été respectée. Ces verbatim ont servi de point d'ancrage pour l'analyse des données.

Seules les deux premières dimensions du modèle de représentation de la maladie de Leventhal (1980), soit les symptômes et les causes de la dépression des mères ont été analysées aux fins de cette thèse. En effet, à la lecture des verbatim, nous avons constaté l'ampleur des informations qui avaient été recueillies. Il nous a donc semblé pertinent de retenir uniquement les dimensions symptômes et causes, suffisant selon nous, pour répondre à l'objectif général, à savoir clarifier le caractère spécifique de la DPP.

### E.3. Méthode d'analyse des données qualitatives

Nous avons procédé à une analyse de contenu thématique des entrevues afin de produire une meilleure connaissance de ce qui distingue et apparente les symptômes et les causes des mères en DPP et en DNP. L'analyse thématique se définit comme une méthode qui consiste à :

« identifier de quoi parle un document par le repérage, le comptage et la comparaison des thèmes, des idées directrices et des termes pivots » (Vander Maren, 1996, p.414).

Le choix de cette méthode a été privilégié, car elle permet de mettre en lumière des différences et des similarités au sein des données (Braun *et al*, 2006). C'est également une méthode flexible qui s'applique à travers des approches théoriques et épistémologiques différentes et permet de rendre accessibles les données destinées au public (Van der Maren, 1996). Ce dernier point est important, puisque l'un des objectifs sous-jacents de cette étude est la transmission de connaissance auprès des professionnels de la santé et de la population cible.

Afin de procéder à l'analyse des données qualitatives recueillies, nous nous sommes inspirés de l'approche proposée par Van der Maren (1996). Cette approche a pour avantage d'être clairement détaillée par l'auteur. Il propose également des critères de qualité explicite qui permet d'assurer une rigueur à la démarche de recherche. Van der Maren (1996) propose une démarche d'analyse qui se compose en 3 étapes, soit : 1) l'analyse du matériel recueilli pour en extraire les données 2) l'examen des données pour en décrire le contenu 3) la transformation des données afin de produire des résultats (traitement des données). Une fois les résultats produits, il est nécessaire d'interpréter et de valider ces interprétations.

### E.3.1 Analyse du matériel et extraction des données

Cette première étape de l'analyse des données recouvre les étapes d'une analyse de contenu et se termine par le codage du matériel (Van der Maren, 1996). L'analyse de contenu des données a été réalisée sur base d'une grille de codage mixte. Ce type de codage répond mieux aux exigences méthodologiques de la recherche exploratoire (Vander Maren, 1996, p436). Nous avons dans un premier temps élaboré une grille de codage de base constituée de deux rubriques (pour les symptômes et les causes de la dépression). Cette grille d'analyse a été par la suite complétée au cours de la procédure de codage, au fur et à mesure de l'émergence des symptômes et des causes, lors de l'analyse des verbatim. Cette procédure de codage mixte a permis de voir émerger des symptômes et des causes qui n'auraient pas pu émerger dans le cadre d'un codage fermé qui ne permet pas l'ajout de nouveaux codes.

Afin de faciliter le travail d'extraction des données, le logiciel QDA Miner a été utilisé. Le recours au logiciel d'analyse de données qualitatives est de plus en plus utilisé. Celui-ci se situe dans la catégorie des outils d'analyse manuels qui se rapproche le plus des méthodes traditionnelles d'analyse. Les programmes

informatiques d'analyse qualitative des données offrent selon Mukamurera *et al*, (2006) des avantages significatifs. De façon globale, ils facilitent la gestion progressive du travail d'analyse, notamment en ce qui concerne la codification et la manipulation d'un large corpus de données, le codage simultané à différents niveaux d'analyse, le classement des données, la mise en lien des thèmes ou catégories. Ils assistent également le chercheur dans sa démarche de construction et de vérification de la théorie qui émerge de l'organisation des données. Un autre élément intéressant, c'est la possibilité qu'ils donnent d'annoter progressivement toute opération, unité de sens, code ou thème. Cette activité d'annotation est au cœur de la recherche inductive, car elle permet de consigner, et donc d'objectiver le mouvement de l'analyse. Plus spécifiquement, nous avons basé notre choix d'outil informatique sur base du type d'analyse visé, qui se veut une analyse transversale des données. Selon Roy et Garon (2013) ce type d'analyse vise à comparer des variables et à établir des différences entre différents groupes. QDA Miner est considéré par certains chercheurs plus adéquats pour effectuer une analyse horizontale que verticale (Roy et Garon, 2013). Il permet également de faciliter un travail en équipe, ce qui a pour avantage de retracer plus facilement les différentes étapes de l'analyse effectuée par un codeur et d'évaluer la fidélité et la validité de celle-ci. Il contribue à faciliter ou gérer le processus de validation de l'analyse et de la signification des données qui fournit un bon contrôle de « fiabilité » et de la validité par le calcul de pourcentage d'accord inter-codeur ou intra-codeur (Mukamurera *et al*, 2006).

Soulignons que même si ce logiciel permet un traitement qualitatif des données qualitatives, il met davantage l'accent sur l'analyse quantitative de données qualitatives. Par conséquent, les chercheurs plus proches des méthodes qualitatives traditionnelles s'y retrouvent un peu moins (Roy et Garon 2013). Néanmoins, ce choix nous paraît pertinent dans la mesure où ce type de traitement permet de mettre plus aisément en relief certaines différences parfois invisibles à l'œil nu (Van der

Maren 1996). Cette approche nous a permis de mettre plus facilement en contraste, les différences et similitudes entre les deux groupes de mères : DPP et DNP.

Le codage, inspiré de la démarche proposée par Vander Maren (1996), consiste à accoler une marque à un matériel. Le but du codage est de repérer, de classer, d'ordonner, de condenser pour ensuite effectuer des calculs qualitatifs ou quantitatifs, selon que le code utilisé permet l'un et l'autre type de calculs (Vander Maren, 1996. P19-4). Le codage du matériel a été réalisé par une équipe de cinq personnes (étudiants en psychologie ayant reçu une formation au logiciel QDA Miner et aux principes de bases de l'analyse de contenu thématique).

En premier lieu, nous avons procédé à une lecture attentive de l'ensemble des verbatim afin de nous familiariser avec leur contenu. Par la suite, nous avons procédé au codage du matériel. Van der Maren (1996) propose d'effectuer le codage des verbatim selon un processus divisé en 11 phases : 1) En premier lieu, la relecture du cadre d'analyse (Chapitre I Introduction générale de thèse) a permis l'élaboration d'une liste de rubriques sur base des questions de recherche. Dans le cadre de cette thèse, celles-ci se limitent aux symptômes et aux causes de la dépression. 2) Par la suite, une lecture de la première entrevue a permis de se familiariser avec le contenu du verbatim 3) puis de déterminer les unités d'analyse et d'identifier les codes. Cette étude du texte a donc permis d'élaborer une première liste de code (les catégories) (C1). Les *catégories* regroupent un ensemble des réponses semblables sous une même étiquette. L'unité d'analyse (de sens) considérée pour le codage (l'analyse) du corpus est la phrase ou le paragraphe. 4) Ensuite, nous avons procédé au découpage des unités de sens, en retenant uniquement les *passages significatifs* sur l'ensemble des entrevues. Les redondances et les effets de style ont été éliminés, pour ne garder que les passages qui correspondent aux rubriques, soit les symptômes et les causes. Ils ont été repérés puis surlignés. Les codeurs ont sélectionné conjointement les

extraits de texte pertinents à coder, soit tous les segments de texte, phrases en lien avec les symptômes et les attributions causales rapportées par les mères en dépression. 5) Au terme de cette étape, la relecture de la première entrevue a permis d'élaborer un code pour chaque passage significatif et de procéder à une première extension de la liste des codes (C2). Un lexique des codes a permis de définir chaque code afin d'assurer une constance lors de la rencontre des passages significatifs similaires. 6) Après avoir terminé le codage de la première entrevue, les deux codeurs ont répété l'étape 4 et 5 sur cinq autres entrevues. Au total, 6 entrevues ont été codées conjointement par les deux chercheurs (3 DPP et 3 DNP). Ce nouveau codage a permis d'élargir et d'ajuster une seconde fois la liste des codes (C3). 7)

Par la suite, un contre codage sur ces six entrevues a été effectué par un codeur externe afin de procéder à la confrontation des codages et limiter ainsi les biais. La fidélité du codage a été comparée sur ces mêmes passages significatifs présélectionnés dans les verbatim. 8) Par la suite, les codages ont été confrontés afin de vérifier la validité de la liste des codes. Les points de convergence ont été discutés dans le but d'aboutir à un accord qui a amené à un nouvel ajustement de la liste des codes (C4). 9) Au terme de l'ajustement de cette liste, un des codeurs principal a ensuite procédé au codage de l'ensemble du reste du matériel sur base de cette liste. 10) Après avoir fait le codage sur l'ensemble du matériel, les premières entrevues ont été corrigées avec la dernière liste ajustée. 11) Pour terminer, un contre codage sur 25 % du corpus a été effectué (6 entrevues) par deux autres codeurs. Chaque codeur avait en sa possession la liste des codes ainsi que les passages significatifs afin de précéder au contre-codage des entrevues.

### E.3.2 Examen des données codées

Au terme du codage, nous avons procédé à l'examen des données codées. Pour ce faire, nous avons effectué une analyse descriptive des données, tel que proposé par Van der Maren (1994). Selon lui, ceci est d'autant plus justifié que les chiffres utilisés ne représentent qu'un code parmi les codes possibles. Il s'agit à cette étape d'exprimer des données dans des tableaux ou dans des matrices sans effectuer de transformations sur ces données afin de voir comment celles-ci peuvent être représentées. Ces descriptions permettront de produire des représentations de données de manière condensée au moyen de représentations graphiques, de tableaux, de figures, d'histogrammes, etc. Quelque soit la forme de ces représentations, celles-ci ont pour rôle de montrer quelles hypothèses on peut inférer à partir d'une organisation des données (Van der Maren 1996). À cet étape, la représentation des données nécessite un assemblage organisé d'informations qui permet de tirer des conclusions (Huberman et Miles, 1991 p.35). Pour ce faire, nous avons examiné les occurrences des codes et produit une matrice où les symptômes et les causes ont été représentés.

Soulignons que c'est à cette étape que nous pouvons obtenir des réponses au sujet de la vraisemblance (fidélité) et de la pertinence (validité) des données (Van der Maren 1996). Afin de vérifier la fidélité intra codeurs, un codage inverse a été réalisé sur l'ensemble du corpus. Afin de vérifier la fidélité inter-codeurs, l'ensemble des extraits contre-codés correspond à 25% du corpus des 30 entrevues. La moyenne des accords inter-juges pour ces extraits, calculée sur base de l'indice de Krippendorff, est de 80,8%, pour les symptômes et 75,6% pour les causes. Ces pourcentages nous paraissent satisfaisants, car ils correspondent à ce qui est retrouvé dans d'autres études (Garon *et al.*, 2006; Leroux *et al.*, 2009 )

### E.3.3 Traitement des données codées

Une fois l'analyse descriptive des données complétée, nous avons procédé au traitement des données, ce qui a permis de mettre en évidence des nouvelles relations entre les premiers codes élaborés. Il s'agit ici de transformer les données en remplaçant les codes par les relations qui existent entre elles et d'effectuer des analyses (ou calculs) sur ces relations (Van der Maren 1996). Nous avons donc effectué des transformations sur les codes qualitatifs par une démarche qui consiste en opérations de catégorisations, de hiérarchisation, de conceptualisation et de modélisation. Comme pour l'étape de l'analyse des données, la représentation graphique et synthétique des relations mises en évidence constitue une part importante de l'étape de traitements (Van der Maren 1996).

Dans un premier temps nous avons condensé les codes en mettant en relief les traits communs et généraux. Ces éléments ont été regroupés en classes sur la base de leurs ressemblances qui sont partagées par certains d'entre eux pour créer une nouvelle matrice. Pour ce faire, nous avons condensé les catégories en mettant en relief les traits communs et généraux. Les premières catégories se sont construites sur les traits communs pour ensuite se raffiner et créer une nouvelle supercatégorie. Les supercatégories communes ont été finalement regroupées en hyper-catégories. Ces regroupements ont conduit à la construction d'un réseau hiérarchique. Pour les symptômes quatre catégories ont été identifiées structurant les données : symptômes émotionnels, physique, comportemental et cognitif. En ce qui à trait aux causes, trois catégories ont été identifiées soit les causes biologique, psychologique et sociale/ environnementale.

À cette étape se pose la question de l'objectivité et de la neutralité. Il s'agit pour les résultats produits, tout comme dans l'étape de la production des données, de se

demander dans quelle mesure les résultats issus des traitements ont gardé : 1) un rapport d'indices valables et plausibles avec le réel (fidélité ou vraisemblance) ; 2) un rapport d'indices référentiels avec les concepts et les théories utilisés pour énoncer les interprétations (pertinence ou validité) (Van Der Maren, 1996). La comparaison des résultats avec les propos des mères, les verbatim correspondants, a permis comme le suggère Van der Maren (1996) de juger si ces classes sont vraisemblables ou artificielles. À cet égard, nous avons procédé à un retour sur le matériel original à savoir les verbatim afin de vérifier la pertinence et la vraisemblance des relations ainsi mise en évidence.

La signification d'un traitement des données ne peut avoir de sens que par le retour au contexte du matériel qui a fourni les données et par l'implication des conceptions du chercheur (Van der Maren 1996).

Une fois les catégories et les supercatégories et les réseaux établis nous avons procédé au raffinement de la matrice en étiquetant par un terme qui identifie les symptômes et les causes et qui identifie l'élément typique partagé par chacun des regroupements. Cet étiquetage a donné lieu à une définition conceptuelle qui ont été illustré par des propos typiques des mères et qui ont ensuite été modélisés dans une matrice et par des graphiques.

Le modèle induit est une représentation réduite de l'objet une mise en forme parlante (Van der Maren, 1996).

Au terme de cette analyse, nous avons pu émettre des hypothèses qui ont permis d'explicitier les réseaux conceptualisé et modélisé.

Pour nous aider à explorer les relations entre les codes et les sous-groupes de cas (groupes de mères en DPP et en DNP), le logiciel QDA Miner a été utilisé. Des

analyses de codage par variable ont été effectuées, ce qui a permis l'élaboration d'un tableau de contingence contenant dans les sous-groupes de cas, l'occurrence des symptômes et causes (présence ou absence d'un symptôme ou d'une cause). Le critère présence ou absence du code a été retenue, car il permet de comparer le nombre de cas (de mères en DPP ou en DNP) dans lesquels au moins une instance du code apparaît. Si le code est utilisé plus d'une fois dans le même cas, il ne sera compté qu'une seule fois. Afin de visualiser et d'évaluer l'intensité de la relation entre les codes et la variable catégorielle (DPP-DNP), certaines statistiques et graphiques ont été sélectionnés. Premièrement, une analyse statistique a été ajoutée à cette comparaison qui est le calcul des pourcentages des catégories (pourcentage des cas pour un code). De plus, une mesure d'association (Chi carré avec une mesure d'association, le coefficient de corrélation phi) a permis d'évaluer cette relation entre les codes et les catégories de mères. Les résultats de ces analyses sont représentés dans les tableaux de contingences qui permettent de comparer visuellement la distribution des codes spécifiques (symptômes et causes) parmi les sous-groupes de mères en DPP et en DNP (voir articles deux et trois de cette thèse). Cette analyse a permis de dégager les différences et les similitudes entre les symptômes et les causes de ces deux conditions.

#### E.4. Interprétation et validation des résultats

Au terme du traitement, nous avons procédé à l'interprétation de l'ensemble des données. On appelle interprétation des résultats ce que Van der Maren (1996) dénomme comme une opération qui permet de formuler des hypothèses à partir du matériel traité. Il s'agira donc d'élaborer des explications et de nouvelles questions qui transcendent les résultats. Pour ce faire, les résultats doivent être reliés aux questions de recherche et confrontés au cadre conceptuel. L'interprétation consiste en l'élaboration d'hypothèses à savoir d'énoncer des relations plausibles, probables,

vraisemblables et pertinentes qui rendent compte des phénomènes interrogés et qui nous permettent de comprendre pour expliquer aux lecteurs (Van der Maren, 1996).

Les résultats ont été interprétés en respectant deux principes essentiels selon l'auteur soit : 1) le parallélisme intersubjectif : le chercheur doit respecter les contraintes et contenus dans les résultats sans y projeter de désir ni détruire ce qui la générerait ; 2) le principe de superposition des plans : soit la correspondance des structures apparentes et dévoilées en s'interdisant d'introduire un écart favorisant l'interprète au détriment de l'évidence des données. Une fois les hypothèses émises et mises en lien avec le cadre conceptuel, nous avons procédé à la validation des hypothèses par l'évaluation de la démarche qui a mené à l'élaboration de ces hypothèses (vérifications des comptes et évaluation de l'effet des biais de la recherche entre autres ceux liés au chercheur). Ensuite, nous avons vérifié la vraisemblance et la pertinence des hypothèses (contrôle par d'autres chercheurs, par les acteurs ou encore sur le matériel résiduel).

#### E.5. Contrôle de la qualité de la démarche qualitative

Afin de nous assurer de la rigueur scientifique de notre démarche qualitative, nous avons eu recours aux critères de qualité de la recherche qualitative. Il faut préciser qu'il n'y a pas de consensus sur la façon d'évaluer la rigueur d'une recherche qualitative de type exploratoire. Toutefois, la plupart des chercheurs s'entendent sur certains critères que Van der Maren (1996, 2003) identifie comme suit : (1) **la fidélité** ou le rapport des inscriptions (traces) au réel ; (2) **la validité** ou le rapport des inscriptions au concept ; (3) la validité interne ou le rapport des questions de recherche aux conclusions soutenues par les données (4) **la validité externe** ou **transférabilité** ou le rapport des conclusions à la réalité ; (5) **l'objectivité** ou

l'indépendance de la démarche à l'égard des billets subjectifs et techniques. Les stratégies décrites ci-dessous ont été utilisées.

Premièrement, nous avons utilisé une entrevue clinique semi-structurée valide pour confirmer le diagnostic de dépression dans les deux groupes de mères afin de pallier aux limites méthodologiques des études qualitatives antérieures. En effet, pour plusieurs d'entre elles, l'identification des participantes en dépression était effectuée sur base d'instruments auto-rapportés. En ce qui concerne la méthode de collecte de données choisie, elle est en concordance avec les objectifs de cette étude et la recherche inductive. Le recueil des données respecte le principe de saturation. En effet, on retrouve une certaine redondance à travers les thèmes évoqués par les mères en DPP. De plus, il existe une concordance entre nos résultats et ceux retrouvés dans les études qualitatives antérieures. Ils semblent reproduire les constats des études antérieures quant aux symptômes et causes de la dépression.

Pour s'assurer de la qualité de la collecte de données, Van der Maren (1996) suggère d'organiser et interpréter les données de façon à pouvoir reproduire le processus de l'analyse de contenu. Les détails de notre analyse décrite dans cet appendice permettent d'illustrer le parcours entre les données brutes et les résultats de l'analyse. Finalement, afin de juger de la crédibilité des données, les étapes de l'analyse de contenu se sont déroulées avec des codeurs externes et sous forme de consensus lors de désaccord entre les codeurs. Toutefois, en raison de l'impossibilité pratique de rejoindre les participantes de l'étude pour valider les hypothèses issues des résultats de l'analyse de contenu, nous avons choisi de procéder à une vérification de celles-ci par les pairs afin de limiter l'impact du système de valeurs du chercheur sur l'analyse de contenu et les hypothèses émises. En somme, nous pensons avoir tenus suffisamment compte des critères de Van der Maren (1996), pour assurer un niveau

de confiance acceptable dans la rigueur de notre démarche et la crédibilité de nos résultats.



## APPENDICE F

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTICIPANTES





## Formulaire d'information destiné aux participantes de l'étude

### Titre de l'étude

***La dépression postpartum-dépression majeure, entités spécifiques ? : Symptomatologie, attributions causales et qualité de vie.***

**Chercheur principal**: Stéphanie Goron M.Ps., candidate au doctorat en psychologie Ph.D/Psy.D. de l'Université du Québec à Montréal. Sous la direction de Gilles Dupuis, Ph.D et Catherine Desrivières-Pigeon, Ph.D.

**Investigateurs locaux**: Dr. Bédard, M.D. (Chef de l'unité des naissances de l'hôpital Saint Luc), Nicole Revees, M.Ps. (Psychologue, Hôpital Saint Luc), et Dr. Tourjman, M.D., FRCPC, M.Sc. (Psychiatre, Hôpital Notre Dame et Hôpital Jean Talon).

### Objectifs de la recherche

Cette recherche a pour but de donner la parole aux mères afin de clarifier le concept de dépression postnatale (DPP) et ainsi vérifier la légitimité de comparer la DPP à une dépression majeure. L'élaboration d'une image clinique plus claire de la dépression postnatale permettra d'apporter un éclairage plus précis sur le vécu de cette condition et d'affiner le diagnostic de la DPP. Elle permettra ainsi d'élaborer des pistes d'interventions spécifiques qui répondront le plus adéquatement possibles aux besoins des mères en postpartum.

### Étapes de l'étude

Pour les besoins de cette étude, un premier groupe de mères ayant donné naissance à un enfant depuis quelques semaines (postpartum) sera sélectionné. Un second groupe de mères ayant des enfants âgés de plus de trois ans et présentant des symptômes d'humeur dépressive importants sera également abordé.

**Pour toutes les mères en postpartum**, votre participation consiste à :

► Répondre à sept questionnaires « papier-crayon » (soit, le questionnaire sociodémographique, le questionnaire de mesure des manifestations de la détresse psychologique, le questionnaire de support social, le questionnaire des événements de vie stressants, le Edinburgh postnatal depression scale, l'inventaire de dépression de Beck-II et le State trait anxiety inventory) d'une durée totale de 20 à 30 minutes. L'inventaire systémique de qualité de vie (ISQV) est un questionnaire qui sera rempli directement à

Date de la dernière version : 2008-10-10

Initiales de la participante \_\_\_\_\_



l'écran de l'ordinateur. Celui-ci est d'une durée moyenne de 45 minutes. A l'aide de ces questionnaires, nous aborderons les difficultés que vous rencontrez concernant votre vécu post-accouchement, nous évaluerons votre qualité de vie générale et la présence d'éventuels symptômes de dépression.

► **Pour les mères en postpartum qui présentent des symptômes de dépression importants** une deuxième étape de participation vous sera demandée. Celle-ci consistera à prendre part pour les participantes sélectionnées, à un entretien individuel d'une durée approximative de 60 minutes. À travers cet entretien enregistré sur cassette audio, nous évaluerons sur base du « Mini internationale neuropsychiatry interview » (MINI) votre humeur dépressive. Nous vous questionnerons également sur vos émotions, sur vos symptômes de dépression, les causes de leur apparition et les changements que ceux-ci ont occasionnés dans votre vie.

**Pour le groupe de participantes diagnostiquées avec une dépression majeure hors postpartum (non suite à l'accouchement),** votre participation consistera à :

► Répondre à sept questionnaires « papiers-crayons » soit, le questionnaire sociodémographique, le questionnaire de mesure des manifestations de la détresse psychologique, le questionnaire de support social, le questionnaire des événements de vie stressants, l'EPDS, l'inventaire de dépression de Beck, le State trait anxiety inventory, d'une durée totale de 20 à 30 minutes. L'inventaire systémique de qualité de vie (ISQV) est un questionnaire qui sera rempli directement à l'écran de l'ordinateur. Celui-ci est d'une durée moyenne de 45 minutes. A l'aide de ces questionnaires, nous aborderons les difficultés que vous rencontrez depuis l'apparition de vos symptômes, nous évaluerons votre qualité de vie générale et la présence des symptômes de dépression.

► La deuxième étape de votre participation consistera à prendre part à un entretien individuel d'une durée approximative d'une heure. À travers cet entretien enregistré sur cassette audio, nous évaluerons sur base du « Mini internationale neuropsychiatry interview » (MINI) votre humeur dépressive. Nous vous questionnerons également sur vos émotions, sur vos symptômes de dépression, les causes de leur apparition et les changements que ceux-ci ont occasionnés dans votre vie.

#### Avantages associés à l'étude

La participation à cette étude vous permettra de contribuer au développement d'une compréhension plus claire de la dépression postpartum et à l'élaboration de pistes



nouvelles dans la création d'un soutien adapté et plus précoce pour les mères en postpartum.

Risques possibles associés à l'étude et procédures en cas d'urgence

Pour certaines personnes interrogées, les entrevues peuvent, potentiellement, être bouleversantes, difficiles. L'interviewer tentera de minimiser l'occurrence d'une telle situation. De plus, vous êtes libre de mettre fin à l'entrevue et ce, à n'importe quel moment. Si vous vous sentez bouleversée par votre participation à cette étude, vous aurez la possibilité d'en parler avec l'interviewer diplômée en psychologie clinique. Pour les participantes en postpartum, les coordonnées de la psychologue du département de gynécologie/obstétrique du CHUM, Madame Nicole Reeves, psychologue, vous seront transmis. Et si nécessaire, nous vous aiderons en vous référant à une ressource d'urgence au CHUM. Pour les participantes du groupe non postpartum, si vous en ressentez le besoin, nous vous aiderons en vous référant au Dr. Tourjman (psychiatre de l'hôpital Notre Dame et hôpital Jean Talon) ou à une ressource d'urgence du CHUM ou de l'hôpital Jean Talon.

Participation volontaire et liberté de se retirer

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de la recherche à tout moment, sans préjudice d'aucune sorte que cela nuise aux relations avec votre médecin et sans que la qualité des soins qui vous sont prodigués n'en soit affectée. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question.

Confidentialité

Afin d'assurer votre confidentialité, toutes les données qui seront transmises seront dûment déguisées. Un numéro remplaçant votre nom vous sera assigné. Les informations demeureront confidentielles dans la mesure où les lois en vigueur le permettront. De manière exceptionnelle, la confidentialité peut effectivement être interrompue dans les cas prévus par la loi. Dans ces situations, la responsable de la recherche en discutera avec vous. Le chercheur principal, Stéphanie Goron, sera la seule personne qui aura accès à votre nom et à votre numéro. Tout le matériel relatif à vos questionnaires et/ou votre entrevue sera maintenu sous clé, dans la plus stricte confidentialité. De plus, les publications scientifiques futures n'utiliseront pas les informations pouvant permettre de vous identifier. Par ailleurs, les questionnaires et/ou les cassettes audio de l'entrevue seront détruits cinq ans après la fin de l'étude.



**Arrêt du projet par le chercheur**

Certains motifs pourraient mener l'arrêt de l'étude par les chercheurs, par exemple, si de nouvelles données rendaient le projet non éthique ou si la participante ne répondait plus aux critères de sélection.

**Identification des personnes à contacter**

Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participation à l'étude vous sera communiquée par la responsable principale de la recherche, Stéphanie Goron, et par le biais de formulaires d'informations et de consentement révisés sur lesquels les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront surlignés.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Stéphanie Goron, chercheur principal et candidate au doctorat en psychologie Ph.D./Psy.D de l'Université du Québec à Montréal au 514 890 8000 poste 34849.

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participante à l'étude, vous pouvez vous adresser au commissaire adjoint à la qualité des services de l'hôpital Saint Luc du CHUM, au (514) 890 8000 poste 36366.

**Droits légaux**

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

**Avant de signer le formulaire de consentement, il est important de vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante et que vous comprenez très bien les différentes étapes de l'étude.**

**Signatures**

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je, soussignée, \_\_\_\_\_  
(Nom et prénom de la participante en lettres moulées), accepte de participer au présent projet de recherche. Vous recevrez une copie signée de ce formulaire et une copie sera déposée dans mon dossier.

\_\_\_\_\_  
Signature de la participante

\_\_\_\_\_  
Date

J'ai expliqué le but, la nature, les risques et les avantages de la présente étude à la patiente et j'ai répondu à toutes ses questions au meilleur de ma connaissance.

Date de la dernière version : 2008-10-10

Initiales de la participante \_\_\_\_\_




---

 Signature de l'investigateur principale

---

 Date

---

 Signature du témoin

---

 Date

---

### Formulaire de consentement

---

1. J'ai pris connaissance des informations sur la recherche qui sont destinées à la participante de la recherche.
2. Je reconnais avoir été bien informée et avoir eu suffisamment de temps pour considérer ces informations ou pour demander des conseils.
3. Je reconnais que le langage technique utilisé m'a été expliqué clairement et que j'ai reçu les réponses satisfaisantes à mes questions.
4. J'ai été informée que toutes les informations recueillies seront traitées de façon confidentielle et les résultats ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques.
5. Je consens à la publication des résultats de cette étude en autant que les informations demeurent anonymes et/ou déguisées et qu'aucune identification ne puisse être faite.
6. J'ai été informée que ma participation à l'étude est volontaire et que je suis entièrement libre de refuser d'y participer ou de me retirer de l'étude en tout temps sans que ceci ne modifie en rien la qualité des soins que je recevrai.
7. J'ai également été informé que le comité d'éthique du CHUM a approuvé le protocole de l'étude.
8. J'ai lu la présente formule et je consens volontairement à participer à cette étude.
9. Je reconnais avoir reçu un exemplaire de ces formulaires d'information et de consentement destinés à la participante.
10. Toute nouvelle information qui pourrait influencer ma décision de participer à l'étude me sera communiquée par Stéphanie Goron par le biais de formulaires

Date de la dernière version : 2008-10-10

Initiales de la participante \_\_\_\_\_



d'information et de consentement révisés sur lesquels les nouvelles mentions ou changements ou ajouts seront surlignés.

11. Pour de plus amples informations concernant l'étude, je peux communiquer avec Stéphanie Goron au numéro suivant : 514 890 8000 poste 34849.
12. Pour tout renseignement concernant mes droits en tant que participante à l'étude, je peux m'adresser au commissaire adjoint à la qualité des services de l'hôpital Saint Luc du CHUM, au (514) 890 8000 poste 36366.
13. En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère les chercheurs ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

**Nom de la participante :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Nom du témoin :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Déclaration de la chercheuse principale :**

Nous avons dûment expliqué la nature et l'objet des procédures de cette étude ainsi que les risques y étant impliqués. Nous avons demandé à la participante si elle avait des questionnements quant aux procédures et nous avons répondu à ses questions au meilleur de notre connaissance. Nous lui avons également expliqué que sa participation était libre et volontaire. Nous nous engageons à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

**Nom du chercheur :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

## BIBLIOGRAPHIE

- Abrams, L.S. et Curran, L. (2011). Maternal identity negotiations among low-income women with symptoms of postpartum depression. *Qualitative Health Research*, 21(3), 373-385. doi: 10.1177/1049732310385123
- Ahmed, A., Stewart, D.E., Teng, L., Wahoush, O. et Gagnon, A.J. (2008). Experiences of immigrant new mothers with symptoms of depression. *Archives of women's mental health*, 11(4), 295-303.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. (4th éd.). Washington : Washington American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1996). *DSM-IV manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4e éd., version internationale. éd.). Paris : Paris Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR fourth edition (text revision).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.)*. Arlington, VA, US : American Psychiatric Publishing, Inc.
- Andrews, F.M. et Withey, S.B. (1976). Social indicators of well-being: Americans' perception of quality of life. *The Management Group*.
- Angst, J., Sellar, R. et Merikangas, K.R. (2000). Depressive spectrum diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2, Supplement 1), 39-47. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(00\)80007-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(00)80007-3)
- Armstrong, K., Haeringen, A.V., Dadds, M. et Cash, R. (1998). Sleep deprivation or postnatal depression in later infancy: separating the chicken from the egg. *Journal of paediatrics and child health*, 34(3), 260-262.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J., Matos, E. et Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychological Medicine*, 26(01), 135-141.
- Austin, M.P. (2004). Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: Where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 1-6. doi: 10.1007/s00737-003-0034-4

- Barbui, C., Cipriani, A., Patel, V., Ayuso-Mateos, J.L. et van Ommeren, M. (2011). Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 11-16. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076448
- Baribeau, C. et Royer, C. (2012). L'entretien individuel en recherche qualitative: usages et modes de présentation dans la Revue des sciences de l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 38(1), 23-45.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. : Dutton New York.
- Baumann, L.J., Cameron, L.D., Zimmerman, R.S. et Leventhal, H. (1989). Illness representations and matching labels with symptoms. *Health Psychology*, 8(4), 449-469. doi: 10.1037/0278-6133.8.4.449
- Beck, A.T., Steer, R.A. et Brown, G.K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio, TX*, 78204-72498.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: À metasyntesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.
- Beck, C.T. et Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5), 569-576.
- Beeghly, M., Olson, K. L., Weinberg, M. K., Pierre, S. C., Downey, N., & Tronick, E. Z. (2003). Prevalence, stability, and socio-demographic correlates of depressive symptoms in black mothers during the first 18 months postpartum. *Maternal and child health journal*, 7(3), 157-168.
- Berggren-Clive, K. (2009). Out of the darkness and into the light: Women's experiences with depression after childbirth. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 17(1), 103-120.
- Bernazzani, O., Saucier, J.-F., David, H. et Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 46(1), 39-49. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00077-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00077-3)

- Bernstein, I.H., Rush, A.J., Yonkers, K., Carmody, T.J., Woo, A., McConnell, K. et Trivedi, M.H. (2008). Symptom features of postpartum depression: are they distinct? *Depression and anxiety*, 25(1), 20-26.
- Berthiaume, M., Laporta, M. et Laroche, C. (1996). *Variables liées à la dépression postnatale chez la clientèle d'un CLSC montréalais* (pp. p. [265]-277).
- Bishop, G.D. et Converse, S.A. (1986). Illness representations: a prototype approach. *Health Psychology*, 5(2), 95.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D. et Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 9-18. doi: 10.1016/j.jad.2005.04.007
- Bloch, M., Schmidt, P.J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L. et Rubinow, D.R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 924-930.
- Bonicatto, S., Dew, M., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. et Pecina, P. (2001). Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Social science & medicine*, 52(6), 911-919.
- Born, L. et Steiner, M. (1999). Irritability: The forgotten dimension of female-specific mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 2(4), 153-167. doi: 10.1007/s007370050044
- Born, L., Zinga, D. et Steiner, M. (2004). Challenges in Identifying and Diagnosing Postpartum Disorders. *Primary Psychiatry*, 11(3), 29-36.
- Bottéro, A. (1998). La dépression au seuil des critères diagnostiques. Nouvelles conceptions dans le domaine des états dépressifs. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*(2), 27-33.
- Boyce, P.M., Johnstone, S.J., Hickey, A.R., Morris-Yates, A.D., Harris, M.G. et Strachan, T. (2000). Functioning and well-being at 24 weeks postpartum of women with postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 3(3), 91-97.

- Boyce, P.M. et Stubbs, J.M. (1994). The importance of postnatal depression. *Medical Journal of Australia*, 161(8), 471-472.
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brett, M., & Baxendale, S. (2001). Motherhood and memory: a review. *Psychoneuroendocrinology*, 26(4), 339-362.
- Broadhead, W.E., Blazer, D.G., George, L.K. et Tse, C.K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *Jama*, 264(19), 2524-2528.
- Brockington. (1996). *Motherhood and mental health*. oxford : Oxford University Press.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303-310. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15390-1
- Brockington, I.F., Cernik, K.F., Schofield, E.M., Downing, A.R., Francis, A.F. et Keelan, C. (1981). Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Archives of General Psychiatry*, 38(7), 829-833.
- Brouwers, E.P., van Baar, A.L. et Pop, V.J. (2001). Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *Journal of psychosomatic research*, 51(5), 659-663.
- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2010). Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34(5), 766-776.
- Cairney, J., Veldhuizen, S., Wade, T.J., Kurdyak, P. et Streiner, D.L. (2007). Evaluation of 2 measures of psychological distress as screeners for depression in the general population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(2), 111-120.
- Campbell, S. et Cohn, J. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: implications for infant development. *Postpartum Depression and Child Development*. LMurray, PCooper. Guilford Press, New York.

- Campbell, S.B. et Cohn, J.F. (1991). *Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers* (Vol. 100, pp. 594-599). US : American Psychological Association.
- Campbell, S.B., Cohn, J.F. et Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31(3), 349.
- Chabrol, H. (1998). *Les dépressions de la maternité*. (Vol. 3396) : Presses Universitaires de France-PUF.
- Chan, S.W.C., Levy, V., Chung, T.K. et Lee, D. (2002). A qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), 571-579.
- Chaudron, L.H., Szilagyi, P.G., Tang, W., Anson, E., Talbot, N.L., Wadkins, H.I.M., Tu, X. et Wisner, K.L. (2010). Accuracy of depression screening tools for identifying postpartum depression among urban mothers. *Pediatrics*, 125(3), e609-e617. doi: 10.1542/peds.2008-3261
- Church, N.F., Brechman-Toussaint, M.L. et Hine, D.W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of affective disorders*, 87(1), 65-72.
- Church, N.F., Dunstan, D.A., Hine, D.W. et Marks, A.D. (2009). Differentiating Subtypes of Postnatal Depression Based on a Cluster Analysis of Maternal Depressive Cognitions. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 24(2), 89.
- Class, Q.A., Verhulst, J. et Heiman, J.R. (2013). Exploring the heterogeneity in clinical presentation and functional impairment of postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 183-194. doi: 10.1080/02646838.2013.795217
- Clemmens, D., Driscoll, J.W. et Beck, C.T. (2004). Postpartum depression as profiled through the depression screening scale. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 29(3), 180-185.
- Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 292(6529), 1165-1167.

- Cooper, C., Jones, L., Dunn, E., Forty, L., Haque, S., Oyeboode, F., Craddock, N. et Jones, I. (2007). Clinical presentation of postnatal and non-postnatal depressive episodes. *Psychological Medicine*, 37(9), 1273-1280. doi: 10.1017/S0033291707000116
- Cooper, P.J., Campbell, E.A., Day, A., Kennerley, H. et Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *The British Journal of Psychiatry*, 152(6), 799-806.
- Cooper, P.J. et Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry*, 166(2), 191-195. doi: 10.1192/bjp.166.2.191
- Cox, J.L., Holden, J.M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cox, J.L., Murray, D. et Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31. doi: 10.1192/bjp.163.1.27
- Cramer, B. (2002). Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Revue Devenir*, 14(2), 96.
- Creswell, J.W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. : Sage publications.
- Cuijpers, P. (2004). On the threshold of subthreshold depression: Reply. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(4), 311-312. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00419.x
- Cuijpers, P., de Graaf, R. et van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 71-79. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00348-8
- Cunningham, N.K., Brown, P.M., Brooks, J. et Page, A.C. (2013). The structure of emotional symptoms in the postpartum period: Is it unique? *Journal of affective disorders*, 151(2), 686-694.

- Cutrona, C.E. (1983). Causal attributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92*(2), 161-172. doi: 10.1037/0021-843X.92.2.161
- Da Costa, D., Dritsa, M., Rippen, N., Lowensteyn, I. et Khalifé, S. (2006). Health-related quality of life in postpartum depressed women. *Archives of Women's Mental Health, 9*(2), 95-102. doi: 10.1007/s00737-005-0108-6
- da Silva Lima, A.F.B. et de Almeida Fleck, M.P. (2007). Subsyndromal depression: An impact on quality of life? *Journal of Affective Disorders, 100*(1-3), 163-169. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.010
- Dalton, K. (1989). *Depression after childbirth: how to recognize and treat postnatal illness*. : Oxford University Press, USA.
- Dalton, K. et Holton, W.M. (1996). *Depression after childbirth : how to recognize, treat, and prevent postnatal depression*. Oxford; New York : Oxford University Press.
- Davey, H., Tough, S., Adair, C. et Benzie, K. (2011). Risk Factors for Sub-Clinical and Major Postpartum Depression Among a Community Cohort of Canadian Women. [Article]. *Maternal & Child Health Journal, 15*(7), 866-875. doi: 10.1007/s10995-008-0314-8 a9h.
- Dayan, J. (2003). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Paris : Masson.
- Dayan, J. (2007). [Clinical approach and epidemiological aspects of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 36*(6), 549-561. doi: 10.1016/j.jgyn.2007.06.003
- Dayan, J. (2008). *Les dépressions périnatales : évaluer et traiter*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Issy-les-Moulineaux Hauts-de-Seine : Elsevier Masson.
- Dean, C. et Kendell, R. (1981). The symptomatology of puerperal illnesses. *The British Journal of Psychiatry, 139*(2), 128-133.
- Dennis, C.L. et Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth, 33*(4), 323-331.

- Dennis, C.L.E., Janssen, P.A. et Singer, J. (2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(5), 338-346. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00337.x
- Derogatis, L.R., Rickels, K. et Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128 280, 280-289. doi: 10.1192/bjp.128.3.280
- Des Rivières-Pigeon, C., Gagné, C. et Vincent, D. (2012). *Les paradoxes de l'information sur la dépression postnatale: mères dépressives, mais pimpantes*. : Éditions Nota bene.
- Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M.-J. et Romito, P. (2002). Division of domestic work and psychological distress 1 year after childbirth: A comparison between France, Quebec and Italy. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12(6), 397-409. doi: 10.1002/casp.697
- Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M.-J. et Romito, P. (2003). Psychological distress one year after childbirth: A cross-cultural comparison between France, Italy and Quebec. *European Journal of Public Health*, 13(3), 218-225. doi: 10.1093/eurpub/13.3.218
- Des Rivières-Pigeon, C., Séguin, L., Brodeur, J.-M., Perreault, M., Boyer, G., Colin, C. et Goulet, L. (2000). L'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg: Validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible. [The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validity for Quebec women of low socioeconomic status.]. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(1), 201-214.
- Deslauriers, J.-P. (1997). L'induction analytique. *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 293-308.
- Di Florio, A., & Meltzer-Brody, S. (2015). Is postpartum depression a distinct disorder?. *Current psychiatry reports*, 17(10), 76.
- Dorheim, S.K., Bondevik, G.T., Eberhard-Gran, M. et Bjorvatn, B. (2009). Sleep and depression in postpartum women: a population-based study. *Sleep*, 32(7), 847-855.
- Douglas, S.J. et Michaels, M.W. (2004). *The idealization of motherhood and how it has undermined all women: The mommy myth* : New York, NY: Free Press.

- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques*, 10(1), 79-86.
- Dubois, D., Namian, D., Rivest, M. P., & Moreau, N. . (2014). La réception critique du DSM-5:un univers tout autant social que médical. *Revue québécoise de psychologie*, 35(2), 185-205
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M., Kennedy, E. et David, P. (1989). A new tool to assess quality of life: The quality of life systemic inventory. *Quality of life and cardiovascular care*, 5(1), 36-45.
- Dupuis, G., Taillefer, M., Rivard, M., Roberge, M. et St-Jean, K. (2001). Quality of Life Systemic Inventory (QLSI): Sensitivity to change and psychometric characteristics. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, S160.
- Durand, V.M. (2002). *Psychopathologie : une perspective multidimensionnelle*. Paris : Paris : De Boeck Université.
- Eaton, W.W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B., Bienvenu, O. et Zandi, P. (2008). POpulation-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513-520. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.513
- Eberhard-Gran, M., Tambs, K., Opjordsmoen, S., Skrondal, A. et Eskild, A. (2003). A comparison of anxiety and depressive symptomatology in postpartum and non-postpartum mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 551-556. doi: 10.1007/s00127-003-0679-3
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. et Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: Prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426-433.
- Edge, D., Baker, D. et Rogers, A. (2004). Perinatal depression among black Caribbean women. *Health & social care in the community*, 12(5), 430-438.
- Esquirol, J.E. (1838). De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. Dans *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (p. p.230-273.). Paris : Baillières.
- Etienne, A.-M. et Fontaine, O. (1997). Le concept de qualité de vie. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 2(3), 16-25.

- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. et Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Bmj*, 323(7307), 257-260.
- Everingham, C.R., Heading, G. et Connor, L. (2006). Couples' experiences of postnatal depression: A framing analysis of cultural identity, gender and communication. *Social Science & Medicine*, 62(7), 1745-1756.
- Evins, G.G., Theofrastous, J.P. et Galvin, S.L. (2000). Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 182(5), 1080-1082.
- Ferreri, M. (2003). *La dépression au féminin*. Montrouge : Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., ... & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child development*, 1569-1579.
- Flanagan, T.J., White, H. et Carter, B.G. (2011). Differential impairments in emotion face recognition in postpartum and nonpostpartum depressed women. *Journal of affective disorders*, 128(3), 314-318.
- Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, 19(3), 14.
- Gale, S. et Harlow, B.L. (2003). Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 257-266. doi: 10.3109/01674820309074690
- Gao, L.-l., Chan, S.W.-c., You, L. et Li, X. (2010). Experiences of postpartum depression among first-time mothers in mainland China. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 303-312. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05169.x
- Gauthier, L. (2008). Les déterminants de la symptomatologie dépressive postnatale chez les mères : une analyse selon la perspective de la théorie de l'autodétermination.
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. et Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083. doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

- Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S. et Miller, W.C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary.
- Gelabert, E., Subirà, S., García-Esteve, L., Navarro, P., Plaza, A., Cuyàs, E., Navinés, R., Gratacòs, M., Valdés, M. et Martín-Santos, R. (2012). Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 136(1), 17-25.
- Godfroid. (1997). Critères DSM-IV pour la dépression du post-partum : critiquables? *Encéphale*, 23, 224.
- Goldney, R.D., Fisher, L.J., Dal Grande, E. et Taylor, A.W. (2004). Subsyndromal depression: prevalence, use of health services and quality of life in an Australian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(4), 293-298. doi: 10.1007/s00127-004-0745-5
- Goudemand, M. (2010). Les états dépressifs. *Lavoisier: Médecine Sciences Publications*.
- Green, J.M. (1998). Postnatal depression or perinatal dysphoria? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 143-155.
- Greenberger, D., Padesky, C., Chassé, F., Pilon, W. et Morency, P. (2004). *Dépression et anxiété: comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. : Décarie.
- Guedeney, N. et Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European psychiatry*, 13(2), 83-89.
- Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J.D. et Kumar, R.C. (2000). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *J Affect Disord*, 61(1-2), 107-112.
- Haga, S.M. (2011). Identifying risk factors for postpartum depressive symptoms: the importance of social support, self-efficacy, and emotion regulation.

- Halbreich, U. et Karkun, S. (2006). *Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms* (Vol. 91, pp. 97-111). Netherlands : Elsevier Science.
- Hasin, D.S., Goodwin, R.D., Stinson, F.S. et Grant, B.F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1097-1106. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1097
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T. et Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and anxiety*, 11(2), 66-72.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. et Team, A.S. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Hill, P.D., Aldag, J.C., Hekel, B., Riner, G. et Bloomfield, P. (2006). Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 205-220. doi: 10.1891/jnm-v14i3a005
- Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R. et Cameron, R.P. (1995). *Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women* (Vol. 63, pp. 445-453). US : American Psychological Association.
- Horowitz, J.A. (2006). *Community-based postpartum depression screening within the first month after delivery* (Vol. 21, pp. 85-93). Australia : eContent Management Pty Ltd.
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating mental illness*. : University of Chicago Press.
- Horwitz, A.V. et Wakefield, J.C. (2010). *Tristesse ou dépression?: comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*. (Vol. 7) : Editions Mardaga.
- Huberman, A.M., Miles, M.B. et De Backer, C. (1991). *Analyse des données qualitatives: recueil de nouvelles méthodes*. : De Boeck Université Bruxelles.
- Jolley, S.N. et Betrus, P. (2007). Comparing postpartum depression and major depressive disorder: issues in assessment. *Issues in mental health nursing*, 28(7), 765-780.

- Jones, I. et Cantwell, R. (2010). The classification of perinatal mood disorders— Suggestions for DSM-V and ICD-11. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 33-36. doi: 10.1007/s00737-009-0122-1
- Josefsson, A., Angelsiö, L., Berg, G., Ekström, C. M., Gunnervik, C., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223-228.
- Judd, L.L., Paulus, M.J., Schettler, P.J., Akiskal, H.S., Endicott, J., Leon, A.C., Maser, J.D., Mueller, T., Solomon, D.A. et Keller, M.B. (2000). Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1501-1504.
- Judd, L.L., Paulus, M.P., Wells, K.B. et Rapaport, M.H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1411-1417.
- Judd, L.L., Rapaport, M.H., Paulus, M.P. et Brown, J.L. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Keller, M.C. et Nesse, R.M. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of affective disorders*, 86(1), 27-35.
- Kendall-Tackett, K.A. (2010). *Depression in new mothers: Causes, consequences, and treatment alternatives (2nd ed.)*. New York, NY, US : Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kendell, R., Mackenzie, W., West, C., McGuire, R. et Cox, J. (1984). Day-to-day mood changes after childbirth: further data. *The British Journal of Psychiatry*, 145(6), 620-625.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C. et Platz, C.L. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 662-673. doi: 10.1192/bjp.150.5.662
- Kendler, K.S. et Gardner, J.C.O. (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *The American Journal of Psychiatry*, 155(2), 172-177.

- Kennerley, H. et Gath, D. (1989). Maternity blues: III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. *The British Journal of Psychiatry*, 155, 367-373.
- Kessler, R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00426-3
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E.E. et Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*, 32(06), 959-976.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. et Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kirk, S.A. et Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. : Transaction Publishers.
- Knudson-Martin, C. et Silverstein, R. (2009). Suffering in Silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of marital and family therapy*, 35(2), 145-158.
- Knudson-Martin, C. et Silverstein, R. (2009). Suffering in Silence: A qualitative meta-data-analysis of postpartum depression. *Journal of marital and family therapy*, 35(2), 145-158.
- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(6), 250-264. doi: 10.1007/BF00802048
- Kumar, R. et Robson, K.M. (1984). *A prospective study of emotional disorders in childbearing women* (Vol. 144, pp. 35-47). United Kingdom : Royal College of Psychiatrists.
- Lagerberg, D., Magnusson, M. et Sundelin, C. (2011). Drawing the line in the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): A vital decision. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 23(1), 27-32. doi: 10.1515/IJAMH.2011.005

- Landry, M. (1976). *L'adaptation française d'un questionnaire d'anxiété : Fidélité, validité et normalisation avec une population étudiante de niveau collégial.* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.
- Lanes, A., Kuk, J.L. et Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 1.
- Langlois, S. (2011). Un diagnostic "psy" invisible: le cas du trouble d'adaptation. Mémoire. Université du Québec à Montréal. Maîtrise en sociologie,
- Laverdière, F., Anctil, H., Renaud, M., Bureau, M.A. et Auger, J. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018: synthèse: un projet porteur de vie.* : Santé et services sociaux Québec.
- Lempérière, T., Rouillon, F., & Lepine, J. P. (1984). Troubles psychiques liés à la puerperalité. *Encyclopedic MedicoChirurgicale, T. Psychiatrie*, 7(37660), A10.
- Leplège, A. et Hunt, S. (1997). The problem of quality of life in medicine. *Jama*, 278(1), 47-50.
- Leroux, J.L. (2009). *Analyse des pratiques évaluatives d'enseignantes et d'enseignants dans une approche par compétences au collégial.* : Université de Sherbrooke.
- Leung, S.S., Martinson, I.M. et Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Research in nursing & health*, 28(1), 27-38.
- Leventhal, H., Meyer, D. et Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.
- Levine, S. et Croog, S.H. (1984). What constitutes quality of life? A conceptualization of the dimensions of life quality in healthy populations and patients with cardiovascular disease. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. New York: Le Jacq, 46-58.
- Lupton, D., Albrecht, G., Fitzpatrick, R. et Scrimshaw, S. (2000). The social construction of medicine and the body. *Handbook of social studies in health and medicine*, 50-63.

- Madar, A. (2013). Maternal Attitudes and Beliefs Scale: development and piloting. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 78, 415-419.
- Magnusson, M., Lagerberg, D. et Sundelin, C. (2011). How can we identify vulnerable mothers who do not reach the cut off 12 points in EPDS? *Journal of Child Health Care*, 15(1), 39-49. doi: 10.1177/1367493510397622
- Maillard, C., Antoine, P. et Billiet, C. (2012). Effets de la rétrospective de vie sur la détresse psychologique et le bien-être subjectif de personnes âgées institutionnalisées—étude pilote. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(4), 151-160.
- Mamisachvili, L., Ardiles, P., Mancewicz, G., Thompson, S., Rabin, K. et Ross, L.E. (2013). Culture and postpartum mood problems: Similarities and differences in the experiences of first- and second-generation Canadian women. *Journal of Transcultural Nursing*, 24(2), 162-170. doi: 10.1177/1043659612472197
- Marcé, L.V. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. : Baillière.
- Marois, D. et Dupuis, G. (2006). Comparaison de la qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujets affectés par différents troubles de santé ainsi qu'avec des sujets en santé. *Université du Québec à Montréal*.
- Martin, M. (2010). Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers.
- Martinez, R., Johnston-Robledo, I., Ulsh, H.M. et Chrisler, J.C. (2000). Singing "the baby blues": A content analysis of popular press articles about postpartum affective disturbances. *Women & Health*, 31(2-3), 37-56. doi: 10.1300/J013v31n02\_02
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S. et Battaglini, A. (1997). [Evaluation and validation of a test of psychological distress in a general population in french Quebec]. *Canadian journal of public health= Revue canadienne de sante publique*, 89(3), 183-187.
- Mass, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones. *Can J Public Health*, 89(3), 183-87.

- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P. et Kavanagh, D.J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *Journal of affective disorders*, 74(2), 139-147.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. et Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00159-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00159-7)
- Mauthner, N.S. (1998). It's a woman's cry for help': A relational perspective on postnatal depression. *Feminism & Psychology*, 8(3), 325-355.
- Mauthner, N.S. (1999). " Feeling low and feeling really bad about feeling low": Women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 40(2), 143.
- Mauthner, N.S. (2002). *The darkest days of my life: Stories of postpartum depression*. Cambridge, MA, US : Harvard University Press.
- Mayes, L.C. et Leckman, J.F. (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 281-295.
- McQueen, K., Montgomery, P., Lappan-Gracon, S., Evans, M. et Hunter, J. (2008). Evidence-based recommendations for depressive symptoms in postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(2), 127-136.
- Mechakra-Tahiri, S., Zunzunegui, M.V. et Seguin, L. (2007). Self-rated health and postnatal depressive symptoms among immigrant mothers in Québec. *Women & Health*, 45(4), 1-17. doi: 10.1300/J013v45n04\_01
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 18(1), 32-38.
- Mercer, R.T., Ferketich, S.L., DeJoseph, J., May, K.A. et Sollid, D. (1988). Effect of stress on family functioning during pregnancy. *Nursing Research*, 37(5), 268-275.
- Meunier, S. (2012). *Le dépistage de la dépression du post-partum par l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Enquête auprès de 52 médecins généralistes Haut-Normands sur l'intérêt et l'utilisation pratique de cet outil.*

- Milgrom, J. et Beatrice, G. (2003). Coping with the stress of motherhood: cognitive and defence style of women with postnatal depression. *Stress and Health*, 19(5), 281-287.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Pedersen, C.B., Mors, O. et Mortensen, P.B. (2006). New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama*, 296(21), 2582-2589.
- Murray, C.J. et Lopez, A.D. (1996). Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457.
- Nahas, V. et Amasheh, N. (1999). Culture care meanings and experiences of postpartum depression among Jordanian Australian women: A transcultural study. *Journal of Transcultural Nursing*, 10(1), 37-45.
- Najman, J.M., Andersen, M.J., Bor, W., O'Callaghan, M.J. et Williams, G.M. (2000). Postnatal depression—myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 19-27. doi: 10.1007/s001270050004
- Nanzer, N. et Righetti-Veltima, M. (2009). [Use of an easily administered instrument to detect the risk of postpartum depression]. *Revue médicale suisse*, 5(191), 395-396, 398-401.
- Nepon, T., Flett, G.L., Hewitt, P.L. et Molnar, D.S. (2011). Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(4), 297.
- Nicole, G. (2010). La dépression postnatale, un diagnostic spécifique?: étude de la présence de symptômes de dépression chez les mères dans les cinq années suivant l'accouchement.
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 40(2), 162.

- Nicolson, P. (2003). Postpartum depression: Women's accounts of loss and change. *Situating sadness: Women and depression in social context*, 113-138.
- Nieland, M.N. et Roger, D. (1997). Symptoms in post-partum and non-post-partum samples: Implications for postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(1), 31-42.
- O'Hara, M.W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269. doi: 10.1002/jclp.20644
- O'Hara, M.W., Neunaber, D.J. et Zekoski, E.M. (1984). *Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors* (Vol. 93, pp. 158-171). US : American Psychological Association.
- O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A. et Wright, E.J. (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 801-806. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810330025004
- O'Hara, M.W. et Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816
- O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Philipps, L.H. et Wright, E.J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), 3-15. doi: 10.1037/0021-843X.99.1.3
- Oates, M.R., Cox, J.L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B., Gorman, L.L., Hacking, S., Hirst, E., Kammerer, M.H., Klier, C.M., Seneviratne, G., Smith, M., Sutter-Dallay, A.L., Valoriani, V., Wickberg, B. et Yoshida, K. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: A qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 184(Suppl46), s10-s16. doi: 10.1192/bjp.184.46.s10
- Paris, R. et Dubus, N. (2005). Staying connected while nurturing an infant: A challenge of new motherhood. *Family Relations*, 54(1), 72-83.
- Patten, S.B., Wang, J.L., Williams, J.V., Currie, S., Beck, C.A., Maxwell, C.J. et el-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 84-90.

- Pavot, W. et Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20.
- Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 114(516), 1325-1335. doi: 10.1192/bjp.114.516.1325
- Pop, V.J., Komproe, I.H. et Van Son, M.J. (1992). Characteristics of the Edinburgh post natal depression scale in The Netherlands. *Journal of affective disorders*, 26(2), 105-110.
- Pritchard, D.B. et Harris, B. (1996). Aspects of perinatal psychiatric illness. *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 555-562.
- Purdy, D. et Frank, E. (1993). *Should postpartum mood disorders be given a more prominent or distinct place in the DSM-IV?* (Vol. 1, pp. 59-70). US : Wiley-Liss, Inc.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Rapaport, M.H. et Judd, L.L. (1998). Minor depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms: functional impairment and response to treatment. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 227-232. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00196-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00196-1)
- Rapaport, M.H., Judd, L.L., Schettler, P.J., Yonkers, K.A., Thase, M.E., Kupfer, D.J., Frank, E., Plewes, J.M., Tollefson, G.D. et Rush, A.J. (2002). A descriptive analysis of minor depression. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 637-643.
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. et Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242.
- Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C. et Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & health*, 53(1), 74-99.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1117-1125. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>

- Riecher-Rössler, A. et Hofecker Fallahpour, M. (2003). Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 51-56. doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s418.11.x
- Riecher-Rössler, A. et Rohde, A. (2005). Diagnostic classification of perinatal mood disorders. Dans *Perinatal stress, mood and anxiety disorders* (p. 6-27) : Karger Publishers.
- Righetti-Veltema, M., Nanzer, N., Conne-Perreard, E., Manzano, J. et Palacio-Espasa, F. (2007). *Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ?* (Vol. = 2007/1200).
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S. et Delfosse, S. (2008). Adaptation à la maternité: Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. [Adaptation to motherhood: Discontinuity in pre-and post-partum anxiety and predictive value of various types of maternal anxiety.]. *Devenir*, 20(2), 151-171. doi: 10.3917/dev.082.0151
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. et Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robertson, P., Curtis, R., Lasher, R., Jacques, S. et Tom, S.J. (2013). Experiences of Postpartum Mood Disorders of Women With More Than One Child. *The Family Journal*, 1066480713491068.
- Rodrigues, M., Patel, V., Jaswal, S. et De Souza, N. (2003). Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. *Social Science & Medicine*, 57(10), 1797-1806.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant: étude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum.* : Delachaux et Niestlé.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.-J. et Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49(12), 1651-1661.
- Ross, L.E., Murray, B.J. et Steiner, M. (2005). Sleep and perinatal mood disorders: a critical review. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 30(4), 247.

- Roy, N. et Garon, R. (2013). Hors thème Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives: de l'approche automatique à l'approche manuelle. *Recherches qualitatives*, 154.
- Serati, M., Redaelli, M., Buoli, M., & Altamura, A. C. (2016). Perinatal major depression biomarkers: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 193, 391-404.
- Sethi, S. (1995). The dialectic in becoming a mother: experiencing a postpartum phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(4), 235-244.
- Shafran, R. et Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical psychology review*, 21(6), 879-906.
- Shea, E. et Tronick, E.Z. (1988). The Maternal Self-Report Inventory: A research and clinical instrument for assessing maternal self-esteem. Dans Fitzgerald, H. E., Lester, B. M. et Yogman, M. W. (dir.), *Theory and research in behavioral pediatrics, Vol. 4* (p. 101-139). New York, NY, US : Plenum Press.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. et Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*.
- Silber, M.H. (2005). Chronic insomnia. *New England Journal of Medicine*, 353(8), 803-810.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). The state-trait anxiety inventory: test manual. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists, 22.
- Steckler, A., McLeroy, K.R., Goodman, R.M., Bird, S.T. et McCormick, L. (1992). Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Health education quarterly*, 19(1), 1-8.
- Stoppard, J.M. (2003). *Situating sadness: Women and depression in social context*. : NYU Press.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. et Gorman, L. (1998). *Postpartum anxiety and depression: Onset and comorbidity in a community sample* (Vol. 186, pp. 420-424). US : Lippincott Williams & Wilkins.

- Sutter-Dallay, A., Giacomme-Marcеше, V., Glatigny-Dallay, E. et Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, 19(8), 459-463.
- Sword, W., Clark, A.M., Hegadoren, K., Brooks, S. et Kingston, D. (2012). The complexity of postpartum mental health and illness: a critical realist study. *Nursing Inquiry*, 19(1), 51-62. doi: 10.1111/j.1440-1800.2011.00560.x
- Symon, A. (2003). A review of mothers' prenatal and postnatal quality of life. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 1.
- Symon, A., McGreavey, J. et Picken, C. (2003). Postnatal quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(9), 865-868.
- Tabbane, K., Charfi, F., Dellagi, L., Guizani, L. et Boukadida, L. (1999). Les psychoses aiguës du post-partum. *L'Encéphale*, 25, 12-17.
- Tissot, H., Frascarolo, F., Despland, J. N., & Favez, N. (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant: revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), 611-637.
- Thurtle, V. (1995). Post-natal depression: the relevance of sociological approaches. *Journal of advanced nursing*, 22(3), 416-424.
- Udangiu, L.N., Moldovan, M., Motoescu, E.P. et Papuc, C. (2010). Clinical and Therapeutic Management in Postpartum Depression. *Management in Health*, 21-22.
- Ugarriza, D.N. (2002). Postpartum depressed women's explanation of depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 227-233. doi: 10.1111/j.1547-5069.2002.00227.x
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. (Vol. 6) : De Boeck Supérieur.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B.F. et Hasin, D.S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 65(7), 805-815. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.805

- Vik, K. et Hafting, M. (2012). "Smile through It!" Keeping up the Facade While Suffering from Postnatal Depressive Symptoms and Feelings of Loss: Findings of a Qualitative Study. *Psychology*, 3(09), 810.
- Wagner, H.R., Burns, B., Broadhead, W., Yarnall, K., Sigmon, A. et Gaynes, B. (2000). Minor depression in family practice: functional morbidity, comorbidity, service utilization and outcomes. *Psychological medicine*, 30(06), 1377-1390.
- Ware, J.E. et Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. doi: 10.1097/00005650-199206000-00002
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. et Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: Development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of psychosomatic Research*, 43(4), 351-358.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. et Jackson, D.D. (1967). Pragmatics of human communication. *New York*.
- Weinberg, M.K., Tronick, E.Z., Beeghly, M., Olson, K.L., Kernan, H. et Riley, J.M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 87-97. doi: 10.1037/0002-9432.71.1.87
- Wells, K.B., Burnam, M.A., Rogers, W., Hays, R. et Camp, P. (1992). The course of depression in adult outpatients: results from the Medical Outcomes Study. *Archives of general psychiatry*, 49(10), 788-794.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. et Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, 262(7), 914-919.
- Whiffen, V.E. (1991). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: A rose by any other name. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 16(3), 160-165.
- Whiffen, V. E. (1992). Is postpartum depression a distinct diagnosis?. *Clinical psychology review*, 12(5), 485-508.

- Whiffen, V.E. (2004). Myths and mates in childbearing depression. *Women & Therapy, 27*(3-4), 151-164. doi: 10.1300/J015v27n03\_11
- Whiffen, V.E. et Gotlib, I.H. (1993). Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: Clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 485-494. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.485
- Wisner, K.L., Peindl, K.S. et Hanusa, B.H. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *The Journal of clinical psychiatry, 60*(3), 1,478-180.
- Wisner, K.L. et Wheeler, S.B. (1994). Prevention of recurrent postpartum major depression. *Psychiatric Services, 45*(12), 1191-1196.
- Yonkers, K.A., Ramin, S.M., Rush, A.J., Navarrete, C.A., Carmody, T., March, D., Heartwell, S.F. et Leveno, K.J. (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *The American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1856-1863. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1856