



**VALIDATION ET ADAPTATION TRANSCULTURELLE
DE L'ECHELLE D'EDINBURG DE POST PARTUM EN
ARABE DIALECTAL MAROCAIN : COMPOSANTE
QUALITATIVE**

Mémoire Présenté par :

Docteur CHAIMAE FATHI

Née le 13/06/1994 A FES

**POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME DE SPECIALITE EN
MEDECINE**

OPTION : PSYCHIATRIE

Sous la direction du : Professeur Aalouane Rachid

Session 2024

Pr. AALOUANE Rachid
Professeur en psychiatrie
CHU Hassan II - Fès
[Signature]

REMERCIEMENTS

A NOTRE CHÈRE MAÎTRE ET ENCADREUR

PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

Rachid AALOUCHE Chef du service de Psychiatrie,

Directeur De l'hôpital Ibn al Hassan

Vous nous avez honorés en nous confiant ce travail et en le dirigeant.

Nul mot ne saura exprimer ma gratitude et mon sincère respect envers votre aimable personne.

Tout au long de notre parcours de résidanat, vous étiez proche, à l'écoute, toujours bienveillant et sympathique.

Vous nous avez soutenu dans les moments les plus sombres, vous étiez toujours présent, empathique

Que votre finesse d'esprit et vos qualités de cœur nous soient un exemple à suivre

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de nos vifs

Remerciements et de notre estime.

NOTRE CHER MAITRE MADAME LE PROFESSEUR
AGREGÉ Chadya AARAB

La rigueur de votre pensée et vos remarquables talents pédagogiques, nous ont toujours impressionnés, nous avons beaucoup appris à votre contact et ne cessons d'admirer votre sens du devoir.

Vous nous avez accueillis avec sympathie et bienveillance, vous nous avez exprimé gentillesse et disponibilité.

Veillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse considération et de notre profonde estime.

A NOTRE CHER MAÎTRE MONSIEUR LE PROFESSEUR

AGREGÉ Amine BOUT

*De votre enseignement brillant et précieux nous gardons les
meilleurs souvenirs.*

*Nous sommes très touchés et reconnaissants de la
Spontanéité et la gentillesse avec laquelle vous nous avez
accompagné durant notre cursus de résidanat.*

*Veillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance
de notre estime et notre profond respect.*

A NOTRE MAITRE MADAM LE PROFESSEUR

FERDAOUSS QASSIMI

*Nous tenons à exprimer tout ce que vous avez fait pour
nous*

*Nous vous remercions pour le soutien dont vous avez fait à
notre égard, vos conseils judicieux et vos précieuses
directives*

*Nul mot ne saurait exprimer nos sentiments. Veuillez
accepter l'expression de notre grand attachement et notre
profond respect*

A NOTRE CHER MAÎTRE MONSIEUR LE PROFESSEUR
AGREGÉ Othmane YASSINE Professeur et chef du service
de psychiatrie de l'hôpital militaire Moulay Ismaïl de
Meknès

Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqué et nous servent d'exemple.

*Vous nous faites l'honneur de juger ce modeste travail
Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de nos vifs
Remerciements et de notre estime.*

NOTRE CHER MAITRE MONSIEUR LE PROFESSEUR
AGREGE Rabie KARROURI

Vos qualités professionnelles et la Sympathie que vous témoignez à tous ceux qui vous Sollicitent suscitent notre admiration.

Veillez Trouver ici le témoignage De notre profonde gratitude.

PLAN

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 12 |
| 1-Contexte : | 13 |
| 2-Problème : | 14 |
| 3-Intérêt : | 15 |
| OBJECTIFS..... | 17 |
| CHAPITRE 1 : PARTIE THEORIQUE | 19 |
| I-Historique : | 20 |
| II-Epidémiologie : | 23 |
| III-Etiopathogénie : | 25 |
| IV-CLASSIFICATIONS : | 25 |
| V-Clinique : | 26 |
| A-Le syndrome du 3ème jour ou "post-partum blues" : | 26 |
| 1.Signes cliniques | 26 |
| 2.Evolution | 27 |
| B-La dépression du post-partum : | 27 |
| 1.Les DPP d'intensité minimales à modérées : | 27 |
| 2.Les DPP d'intensité sévère | 28 |
| VI-OUTILS DE MESURES | 28 |
| VII-LES FACTEURS DE RISQUES : | 29 |

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

| | |
|--|-----------|
| VIII-EVOLUTION- COMPLICATION..... | 30 |
| IX-ASPECT THERAPEUTIQUE..... | 31 |
| CHAPITRE 2 : VALIDATION QUALITATIVE DE L'ECHELLE EDINBURG | 33 |
| 1/ Etapes de la validation qualitative :..... | 34 |
| 2/ Résultats :..... | 35 |
| 3/ Test préliminaire :..... | 61 |
| PARTIE 3: DISCUSSION | 63 |
| RÉSUMÉ | 68 |
| CONCLUSION | 71 |
| ANNEXES | 74 |
| RÉFÉRENCES..... | 77 |

INTRODUCTION

1 – Contexte :

La grossesse et le post-partum constituent des moments particulièrement chargés d'émotions, de modifications biologiques, psychologiques, cognitives et socio-familiales.

La période du post-partum a été particulièrement un centre d'intérêt de plusieurs auteurs, dont la majorité a conclu que la maternité et le post-partum constituent une période de vulnérabilité particulière aux décompensations, voire à l'écllosion de pathologies psychiatriques.

La dépression du post-partum (DPP) est décrite comme le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement. Sa prévalence varie de 10 à 20 %, avec une prévalence moyenne de 13% (1, 2, 3,4), La DPP a été clairement identifiée par Pitt en 1968 (5).

La survenue d'une dépression en post-partum risque d'avoir des conséquences graves, non seulement sur la mère, mais aussi sur la relation mère-bébé (7), et par conséquent sur le développement psychoaffectif de l'enfant (7,8). Concernant la mère, la DPP est présentée comme un facteur prédicteur précoce de développement du désordre de l'humeur (9,10), dans le cadre d'une pathologie chronique récurrente.

Cependant, ces dépressions du post-partum demeurent insuffisamment prévenues, diagnostiquées et traitées (11, 12). Elles sont en fait difficiles à diagnostiquer devant la variabilité de la représentation clinique, la fréquence de la somatisation et le caractère secret du trouble (13).

2 – Problème :

La dépression postpartum est un problème grave de santé mentale (Abel FekaduDadi, 2020). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) définit la DPP comme un trouble dépressif majeur (APA, 2022).

Au cours des semaines et des mois qui suivent la naissance, 10 à 20% des mères présentent des symptômes dépressifs modérés ou graves (Evaluation, 13 septembre 2021). Cet état de stress psychologique impacte non seulement la vie psychique et social de la mère mais aussi l'interaction de la mère avec le nourrisson ; ce qui peut impacter, à long terme, le développement de l'enfant.

Chaque année, une proportion significative des dépressions du postpartum ne sont pas diagnostiquées et traitées, du fait de différents facteurs : l'absence ou de l'insuffisance des connaissances des parents sur les troubles mentaux en période périnatale, l'absence de stratégies de prévention et de traitement systématiques et adaptés ou du fait de la stigmatisation associé aux troubles de santé mentale en période périnatale (Siti Roshaidai Mohd Arifin, 2018).

3- Intérêt :

Évaluer de manière précise la symptomatologie dépressive présentée par la patiente constitue une étape cruciale du processus de soin qui recouvre plusieurs objectifs et enjeux.

Les échelles d'évaluation de la dépression post-partum constituent une aide précieuse lors du diagnostic. Elles permettent d'objectiver la présence de difficultés chez la patiente et d'organiser l'ensemble des symptômes au sein d'un tableau clinique cohérent. En ce sens, leur utilisation vient compléter l'appréciation clinique du professionnel indispensable pour rendre compte de la singularité et de la complexité de chaque cas rencontré. Ainsi l'évaluation de la personne dépressive doit-elle être pensée dans ce juste équilibre entre recueil subjectif et quantification objective de la souffrance.

Sur le modèle de la démarche diagnostique dans le champ des maladies somatiques, les patients atteints de maladies psychiatriques attendent une évaluation clinique étayée sur des outils scientifiquement fiables. La dépression ne se réduit pas à une impression clinique. C'est un trouble envahissant qui présente un fort impact fonctionnel, caractérisé par un ensemble de signes regroupés en syndrome. Par conséquent, la psychopathologie quantitative a pour mission de proposer des outils reconnaissant l'ensemble de ces signes. La dépression ne peut se réduire à un signe, il n'y aurait donc pas de sens clinique à ce qu'un questionnaire s'appuie sur une seule et unique question.

D'autre part, au-delà du diagnostic nosographique, les échelles d'évaluation de la dépression permettent d'apprécier la sévérité du tableau clinique, élément important pour orienter les choix thérapeutiques et mesurer leur impact.

La validation d'une échelle consiste à tester l'outil de mesure afin de vérifier ses qualités psychométriques dans une population définie au préalable. La psychométrie est définie comme « l'ensemble des méthodes de mesure des phénomènes psychologiques (tests, notamment) ». Le terme de « validation transculturelle », signifie que l'on souhaite vérifier la possibilité d'utiliser cet outil dans des contextes ou des langues différentes.

L'adaptation transculturelle d'un instrument implique, d'après Caron, trois grandes étapes. La première étape consiste en la traduction de l'outil et la vérification de son équivalence. La seconde étape est la vérification de la validité de la version traduite, et la troisième, l'adaptation de l'échelle au contexte culturel.

Il n'existe pas aujourd'hui de véritable consensus international quant à la méthodologie à mettre en place pour la validation d'une échelle. Cependant, des études ont élaboré une liste de critères à évaluer pour procéder à la validation d'un outil de mesure (checklist COSMIN pour Consensus based Standards for the Selection of health status Measurement Instruments). Cette liste contient différents critères tels que la consistance interne, la fiabilité ou la validité du contenu.

OBJECTIFS

Les Objectifs de notre travail :

L'objectif principal étant la validation qualitative et l'adaptation transculturelle de l'échelle en arabe dialectal Marocain qui servira d'aide aux professionnels de santé dans leur pratique quotidienne.

Les objectifs secondaires étant de faciliter le dépistage de la dépression du post-partum pour les professionnels à travers un outil rapide, fiable, et adapté à notre contexte Marocain pour une meilleure prise en charge précoce et efficace.

CHAPITRE 1 : PARTIE THEORIQUE

Dépression du post-partum :

I- Historique :

Le postpartum a été toujours considéré comme un moment de vulnérabilité particulière aux décompensations psychiatriques. Hippocrate le signalait déjà dans son 3ème livre des épidémies rapportant des cas de troubles mentaux survenant après les accouchements (S.Bydlowsky, 2015).

Au 19 ème siècle, le psychiatre français Esquirol a décrit dans son livre "De la manie" publié en 1818, des états d'agitation maniaque dont le modèle est l'état d'agitation physique et psychique maniaque post-puerpéral.

En 1839, Esquirol constatait aussi que « beaucoup de femmes ont des maladies mentales sévères secondaires à une naissance » et ne reçoivent aucun soin psychiatrique du fait de l'absence de dépistage et de connaissances à ce sujet (bydlowsky, 2000).

C'est en 1858 que Louis Victor Marcé, un médecin français, s'intéresse à l'aspect psychiatrique du postpartum en écrivant une thèse sous la direction d'Esquirol qui s'intitule « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet ». Dans cet ouvrage, il évoque le fait que la dépression en période périnatale pourrait être une maladie multifactorielle dont les causes incluent l'environnement social et non plus seulement un déséquilibre interne des humeurs ou de l'utérus, affectant la circulation du lait au sein du corps maternel. Et pour la première fois la psychiatrie péri-obstétricale a été décrite (Marcé, 1858).

La première unité d'hospitalisation mère-enfant a vu le jour au Royaume Uni en 1959. Ces unités permettent d'hospitaliser les mères souffrant de dépression postpartum majeure dans des unités de taille réduite en compagnie de leurs enfants et de bénéficier d'un suivi adéquat. Depuis, ce modèle s'est développé au Royaume-Uni mais aussi ailleurs en Europe, notamment en France où les premières unités mère-enfant ont été créées Créteil en 1979 et à l'hôpital Paul Brousse à Villejuif en 1980 (J. MASMOUDI, 2006).

Dans les années (1960 -70), au sein des maternités modernes, se mettaient en place des collaborations entre obstétriciens et psychiatres ou psychologues sur le terrain. Ces collaborations ont conduit à des constatations cliniques nouvelles et à des travaux de recherche originaux.

En 1962, Abely et Bouquet furent les premiers à proposer une classification des troubles gravidiques et puerpéraux, en particulier en excluant les étiologies somatiques.

En 1968, Pitt a décrit une dépression post-natale atypique, mineure dans son expression mais touchant 10,8% des accouchées sur un échantillon de 305 femmes (Pitt, 1968). Il démontre à travers son étude que chez plus de 10% des femmes n'ayant aucun trouble anxieux ou dépressif au cours de la grossesse, il y a apparition, vers la sixième semaine du postpartum, de manifestations dépressives non délirantes et non mélancoliques.

A peu près à la même époque, Yalom et al, aux Etats-Unis, ont décrit un tableau clinique voisin qu'ils qualifiaient de « post-partum blues ».

Dans les années 60-70, la vulnérabilité psychique du postpartum était mise en évidence avec deux pathologies distinctes sauf le début précoce dans le postpartum : le postpartum blues, qui est fugace, fréquent et bénin et la psychose puerpérale, qui s'avère exceptionnelle, mais avec des conséquences dramatiques.

Dans les années 1975-78, Bydlowski et Papiernik décrivaient la névrose traumatique post obstétricale qui s'installe après un accouchement traumatique, terminé ou non par la mort ou l'invalidation du nouveau-né.

C'est avec les travaux de Pitt et Coll qu'on a pu mettre en évidence la dépression du postpartum ayant une incidence et une gravité intermédiaire par rapport aux deux troubles précédents. (PJ Cooper, 1988).

Ce n'est qu'à partir des années 80-90 qu'une réelle distinction est mise en place au sein des troubles psychiques postnataux. Par ordre chronologique d'apparition, on aura :

- Le stress post traumatique dans les 24 premières heures,
- Le baby blues ou postpartum blues dans les dix premiers jours,
- La psychose puerpérale au cours des six premières semaines,
- La dépression postpartum à distance de l'accouchement (4-6 semaines).

En 1986 et en 1987, John Cox et al. proposent une nouvelle échelle permettant d'évaluer les symptômes dépressifs, à partir d'un auto-

questionnaire, constitué initialement de 13 items puis de 10 dans la version publiée en 1987. Il s'agit de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). L'échelle EPDS a été développée non pas pour remplacer un diagnostic clinique ; mais en première intention, en tant qu'outil de repérage. Aujourd'hui, l'échelle EPDS a été traduite en 60 langues et est la plus utilisée en tant qu'outil de dépistage de la dépression périnatale et dans la recherche.

II- Epidémiologie :

Généralement, les chiffres de prévalence de la DPP varient entre 10 à 20% des parturientes (O'Hara, 2009). Compte tenu de la diversité des méthodologies et des critères diagnostiques, l'interprétation des résultats de prévalence est difficile avec des chiffres disparates. Les variations résultent de la taille de l'échantillon étudié, de la population concernée (par exemple la parité : une étude n'incluant que les primipares est difficilement généralisable), de l'utilisation ou non d'un groupe contrôle, d'une randomisation, du moment d'évaluation (de deux semaines à plusieurs mois après l'accouchement), des caractéristiques de l'instrument de dépistage (entretiens semi directifs, auto-questionnaires), des critères de diagnostic retenus. Les études basées sur des auto-questionnaires ont tendance à surestimer la fréquence ; celles qui se déroulent sur une longue période trouvent une fréquence plus élevée que celles sur des périodes courtes.

Dans une revue mondiale, la prévalence de la DPP varie de 4,0 à 63,9 % (Siti Roshaidai Mohd Arifin, 2018). Dans 56 pays, la prévalence cumulée de la DPP était de 17,7 % (Jennifer Hahn-Holbrook, 2018). En Inde, la revue systématique et la méta-analyse de la prévalence cumulée de la DPP étaient de

22% (Upadhyay RP, 2017). Dans une autre revue, la prévalence cumulée était de 20 % (Sarah Tebeka, 2017). En Iran, une revue systématique et une méta-analyse a démontré que la prévalence cumulée était de 25,3% (Yousef Veisani, 2013). Dans une revue systématique au Danemark, jusqu'à 15% des parturientes ont été touchées par la dépression post-partum (Teri Pearlstein, 2009).

L'estimation globale de la prévalence de la dépression post-partum chez les mères du Moyen-Orient était très élevée, soit 27 % (IC à 95 % : 0,19–0,35) (Alshikh Ahmad, 2021). En Espagne, La prévalence de la dépression post-partum probable trouvée variait entre 25,3 % et 30,3 % (M. Carmen Míguez, 2023).

Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, il existe de grandes lacunes dans la connaissance des effets à long terme de la dépression post-partum sur les plans physique, psychologique et social (Catherine M Herba, 2016). Ainsi, la DPP est sous-reconnue et sous-traitée (Teri Pearlstein, 2009), la dernière enquête des troubles mentaux réalisé au Maroc estime que La prévalence de la dépression prénatale était de 20,7 % (M. Mourabbih, 2017), en Tunisie la prévalence de la DPP est de 13,2% (J. MASMOUDI, 2006).

Une analyse systématique des études menées en Afrique de l'Est de 1998 à 2018 a révélé que 24 % des mères allaitantes souffraient de DPP (Negesse A, 2022), en Afrique subsaharienne 18,6 % (Woldeyohannes, 2021), et en Éthiopie, 12,2 à 33 % des mères post-partum en étaient les victimes (Zelege, 2021).

III- Etiopathogénie :

Bien que la pathogénie de la dépression est encore mal élucidée (et donc la DPP), les auteurs s'entendent pour dire qu'il n'existe pas de cause unique. Des facteurs physiques, hormonaux, sociaux, psychologiques et affectifs peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie. C'est ce qu'on nomme « le modèle biopsychosocial de la dépression », qui est accepté par la plupart des chercheurs et cliniciens. Le ou les facteurs qui déclenchent la DPP varient selon les personnes.

D'un autre angle, la survenue d'une dépression en post-partum fait envisager :

- La décompensation d'une pathologie antérieure (psychose maniaco-dépressive, névrose...)
- La survenue d'une pathologie directement en lien avec la puerpéralité.

IV- CLASSIFICATIONS :

La dépression postnatale est le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement.

Les deux principaux systèmes de classification des troubles mentaux (DSM IV et CIM 10) classent la DPP selon la présence, le nombre, la sévérité et la durée d'un groupe de symptômes.

- Le DSM IV (14) spécifie que la DPP apparaît dans les quatre semaines qui suivent l'accouchement.

- La CIM 10 (15) attribue au trouble dépressif, un début en post-partum, quand il se déclare dans les six semaines suivant l'accouchement.

Néanmoins, un consensus s'est traduit à travers la plupart des publications relatives à la DPP, considérant les douze premiers mois du postpartum, comme la période dans laquelle la dépression postnatale peut très probablement survenir (16).

V- Clinique :

A- Le syndrome du 3ème jour ou "post-partum blues" :

Le syndrome du troisième jour est la forme la plus légère de la dépression post-partum. Ce syndrome fréquent "post-partum blues", touche environ 50 à 80% des accouchées. Il survient surtout autour du 3ème jour, mais peut apparaître jusqu'au 6ème jour. Episode banal et habituel, il n'est pas pathologique au sens strict.

1. Signes cliniques

Le syndrome du 3ème jour associe le plus souvent des manifestations mineures présentées par (17) : Une asthénie, Une irritabilité, Une labilité émotionnelle et particulièrement des crises de larmes, Une anxiété relative aux soins à apporter au bébé, Des ruminations pessimistes vis-à-vis du nouveau né, Une crainte ou un sentiment d'incapacité de ne pas pouvoir bien s'en occuper, Des plaintes somatiques diverses, Des troubles du sommeil...

2. Evolution

Cet état disparaît en quelques heures ou quelques jours, d'autant plus rapidement que l'attitude de l'entourage est maternant envers la jeune mère. Dans 10% des cas, il persiste plus d'une semaine et peut être le point de départ d'une évolution dépressive du post-partum ou annoncer une psychose puerpérale.

B- La dépression du post-partum :

Il se manifeste dans 10 à 20 % des accouchements (1,2). La DPP est parfois difficile à diagnostiquer compte tenu de la variabilité des symptômes et de la présentation clinique. Ceci est d'autant plus vrai que les femmes ignorent la nature dépressive de leurs symptômes, ou quand les symptômes somatiques prédominent (13). Certaines ne mentionnent pas leurs difficultés psychologiques et demeurent centrées au niveau de leurs demandes et questionnements sur la santé et le développement du nouveau né (18,19). Les dépressions du post-partum peuvent être minimales ou sévères :

1. Les DPP d'intensité minimales à modérées :

Elles sont fréquentes et dominées par des manifestations d'allure névrotique à type de : Fatigue, asthénie, épuisement, Insomnie d'endormissement, perte de la libido, Sentiment culpabilisant d'incapacité à répondre totalement aux besoins de l'enfant, Irritabilité et agressivité s'adressant à l'époux qui serait insuffisamment présent et aux enfants bruyants et trop exigeants, qui gêneraient les soins légitimes au nouveau-né.

A ces troubles dépressifs souvent traînants, qui perturbent la relation mère-enfant, s'opposent les dépressions sévères qui mettent en jeu la vie de la mère et de l'enfant.

2. Les DPP d'intensité sévère

Elles sont moins fréquentes, mais plus graves, pouvant mettre en jeu la vie de la mère et de l'enfant et altérer d'une manière profonde la relation mère-enfant. Ces dépressions associent à un degré plus au moins important, les signes classiques de la dépression, des sentiments d'incapacité, une culpabilité, des auto-accusations en relation avec de mauvais soins apportés à l'enfant, une anxiété souvent importante et des idées suicidaires. S'en suit un appauvrissement des contacts dans les soins, une diminution des moments d'échange entre la mère et son bébé et une disparition des moments ludiques.

VI- OUTILS DE MESURES

On a déjà évoqué les difficultés à faire le diagnostic d'une dépression dans le post-partum. En réalité, le diagnostic de la dépression postnatale devrait être fait à temps pour éviter des complications éventuelles.

Il a été mis à la portée des professionnels (médecins, sages-femmes, travailleurs médicosociaux) plusieurs échelles d'évaluation permettant de porter un diagnostic positif de la DPP.

L'échelle la plus utilisée pour dépister la DPP est l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) développée par Cox en 1987 (20, 21). Elle a été développée pour pallier à la "défaillance" des échelles usuelles de dépression peu adaptées à la période postnatale (22). Il s'agit d'un auto questionnaire à

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

10 items. Chaque item est coté selon un ordre croissant de sévérité de 0 à 3, donnant ainsi à l'EPDS des extrêmes de score de 0 à 30. Utilisé depuis 1987, l'EPDS se révélait un indicateur spécifique et précis pour le dépistage de la dépression gravidique et du post partum (21, 23).

VII- LES FACTEURS DE RISQUES :

Plusieurs facteurs de risque ont été notés permettant de craindre la survenue de troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.

En début de grossesse :

- Les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux,
- Les antécédents médicaux à risque pour le fœtus ou la grossesse (maladie héréditaire, Diabète, HTA, ...),
- Les antécédents obstétricaux pathologiques : morts in utéro, malformations fœtales, interruption de la grossesse, hospitalisations prolongées des nouveaux nés...,
- Les antécédents de troubles psychiatriques au cours de la grossesse ou du post-partum,
- Les situations de mères isolées, ou de conflits conjugaux,
- La grossesse non désirée ou non suivie,

Au cours de la grossesse :

- La découverte de malformations ou d'anomalies faisant craindre une malformation,
- Les grossesses pathologiques,
- L'éloignement familial tel qu'une hospitalisation prolongée...

Après la naissance :

- Les difficultés d'accouchement et la morbidité maternelle sévère,
- Les morbidités néonatales,
- La séparation mère-enfant (Enfant transféré, ...).

VIII- EVOLUTION- COMPLICATION

L'urgence de dépistage de la DPP tient au fait qu'elle retentit non seulement sur la mère mais également sur le nouveau-né, le partenaire, les autres membres de la famille, l'entourage et la communauté:

a. Le risque de récurrence lors des grossesses ultérieures et d'une évolution chronique est important (24), avec une augmentation du risque de récurrence lors des grossesses ultérieures de 50 à 60% (25).

b. Le risque suicidaire lors de la 1^{ère} année du post-partum est six fois plus important chez les femmes présentant une DPP, par rapport à celles de même âge n'ayant pas accouché (26).

c. L'altération de la vie conjugale est importante: la DPP est associée à des difficultés conjugales significatives, pouvant mener à la séparation ou au divorce (27), avec un risque accru de dépression chez le partenaire (28, 29).

d. Le retentissement de la DPP sur le développement affectif, cognitif et comportemental de l'enfant est important (30- 31).

e. Les effets de la dépression maternelle peuvent intéresser les autres enfants, surtout si la dépression a été insuffisamment traitée ou est devenue

chronique (31). La dépression affaiblit et risque de perturber la relation avec les autres enfants.

IX-ASPECT THERAPEUTIQUE

La prévention primaire de la dépression postnatale consisterait à dépister les mères à risque dès la grossesse et à développer à leur égard une stratégie appropriée.

La stratégie préconisée à l'égard des mères à risque comporte les points suivants :

- Leur offrir une éducation anténatale et un soutien psychologique pour les préparer de manière pratique aux tâches qu'elles vont devoir assumer après la naissance,
- Susciter autour d'elles un soutien familial et social suffisant,
- Informer le compagnon de l'existence de facteurs de risque et lui proposer une aide psychologique,
- Conseiller d'éviter l'accumulation d'événements stressants comme changement de travail, déménagement...,
- Organiser un "débriefing" de l'accouchement dans les suites de couches immédiates par l'obstétricien et/ou l'accoucheuse qui y ont assisté car le vécu traumatisant de la naissance peut constituer un facteur déclanchant de la dépression postnatale.

La prise en charge des difficultés sociales est une autre nécessité. Le recours aux services sociaux devra éventuellement être déclenché même si l'intéressée banalise la situation.

L'association d'une prise en charge pharmacologique s'avère parfois nécessaire et doit tenir en considération le terrain biologique.

CHAPITRE 2 : VALIDATION

QUALITATIVE DE L'ECHELLE

EDINBURG

1 / Etapes de la validation qualitative :

Phase 1 : Traduction initiale de la langue originale à la langue cible :

L'EPDS a d'abord été traduite de sa langue d'origine (anglais) avec l'aide de deux traducteurs indépendants, dont la langue maternelle est la langue cible (arabe dialectal). Ces traducteurs sont parfaitement bilingues.

Après avoir reçu les deux versions traduites, il a fallu faire des rencontres avec les deux traducteurs pour finaliser les deux versions et en arriver à une version finale.

Phase 2 : Comparaison des deux versions traduites :

La 2ème phase consistait à recruter une troisième personne qui sera familière avec les termes médicaux, et également biculturel et bilingue, afin de comparer les deux versions traduites, discuter et éliminer toutes les ambiguïtés et les incohérences des mots / phrases, et enfin arriver à une version finale commune.

Phase 3 : Contre-traduction de la version consensuelle :

Cette phase consistait à prendre la version finale de la langue cible de la deuxième phase et de la donner à deux autres traducteurs neutres dont la langue cible (arabe dialectal marocain) est leur langue maternelle, et qui ont un très bon niveau en anglais, afin de la traduire une dernière fois à la langue d'origine. Il fallait s'assurer que ces deux traducteurs n'ont jamais vu la version originale de la EPDS.

Phase 4 : Comparaison finale

La quatrième et dernière phase de la traduction consistait comparer les deux versions retraduites à la langue originale et d'aboutir à une version finale, celle-ci sera comparée à son tour avec la version originale de la EPDS et tout ceci se fait dans le but de tester la version de la langue cible. La version traduite doit être équivalente à la version originale.

2/ Résultats :

2-1 / Traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain :

Les deux traductions ont été réalisées par deux traducteurs d'origine marocaine, qui ont de très bonne connaissance anglaise : **Mr Redouane Melliani** master en littérature anglaise, et enseignant vacataire à la faculté des lettres Fès, **Mme El Ghayour Ouiam** master en littérature anglaise à la faculté des lettres Fès.

La discussion et la comparaison des deux versions ont été réalisées par Dr Fathi Chaimae, Dr Belfquih Oumaima, et les deux traducteurs mentionnés ci-dessus.

On a pris en considération les critères suivants :

- Si les deux versions arabes sont identiques, il n'y aura pas de changement.
- S'il y a des différences, on choisira la version la plus appropriée et la plus adaptée.

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

- Il faudrait choisir la version la plus proche de l'originale, mais qui soit plus adapté au contexte marocain.

- Lorsque les deux traductions sont adaptées, on choisira celle que la plupart des patients peuvent comprendre plus facilement.

 Version originale :

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____

Address:

Your Date of Birth:

Baby's Date of Birth: _____

Phone:

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example,

already

completed. I have

felt happy:

Yes, all the time

Yes, most of the time

This would mean: "I have felt happy most of the time" during

the past week. No, not very often

Please complete the other questions in the

same way.

No, not at all

In the past 7 days:

1. I have been able to laugh and see the funny side of things

As much as I always could

Not quite so much now

*6. Things have been getting on top of me

Yes, most of the time I haven't been able

to cope at all

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

Definitely not so much now

I

Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things

as well as ever as much as I ever did

Rather less than I used

Definitely less than I used to

Hardly at all

*3. I have blamed myself unnecessarily when things

Went wrong

Yes, most of the time

Yes, some of the time

Not very often

No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason

No, not at all

Hardly ever

Yes, sometimes

Yes, very often

*5. I have felt scared or panicky for no very good reason

Yes, quite a lot

Yes,

sometimes

No,

not much

No, not at all

all

Yes, sometimes I haven't been coping as well

as usual

No, most of the time I have coped quite well

No, I have been coping

*7. I have been so

unhappy that I have had difficulty sleeping

Yes, most of the time

Yes,

sometimes

Not

very

often

No, not at all

*8. I have felt so miserable

Yes, most of the time

Yes, quite often

Not very

often

No, not at all

*9. I have been so unhappy that I have been crying

Yes, most of the time

Yes, quite often

Only occasionally

No, never

*10. The

thought of harming myself has occurred to me

Yes, quite often

Sometimes

Hardly ever

Never

SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an*)

A scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

Maximum score: 30
Possible Depression: 10 or greater
Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce this scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

✚ Traduction de la version originale à l'arabe dialectal marocain

– Première version :

الإسم:

تاريخ الازدياد (الأم) :

تاريخ الازدياد (الطفل) :

العنوان:

رقم الهاتف:

حيث نتي حاملة ولا عاد ولدتي بغينا نعرفو باش كاتحسي.
اختاري الجواب الليكاتحس بيه الاقرب للاحساس ديالك 7 ايام التالية
(ماشني غير الاحساس ديالك هذا النهار)

• نعطيك مثال:

• كنتحاسة بالفرحة

• نعم دائما

• نعم فياغلبا لاوقات

• لا قليل

• لا نهائيا

1. كنت كانقدر نضح كوكان شوف الجانب لمضحك ديال الاشياء

• نعم بحال ديما

• لا ماشني كيما شحال هذي

• لا اطلاقا ماشني بحال شحال هادي

• لا نهائيا

2. كنت كنطلع للحاجات بفرحة

- نعم بحال ديما
- اقل من لكيف كنت
- بزاف من لكيف كنت
- لا والونهائيا

3. كنت كنلوم راسي بدون سبب مني شي حاجات مكيصدقوش

- نعم فاغلب الاوقات
- نعم ببعض الاوقات
- لاماشي بزاف
- لا نهائيا

4. كنت مقلقة و مضغوطة بدون سبب مقتع

- لا نهائيا
- قليل بزاف
- نعم فيبعض الاوقات
- نعم فياغلب الاوقات

5. كنت خايفة ومضطربة بدون سبب مقتع

- نعم بزاف ديال المرات
- نعم بعض الاحيان
- لا ماشي بزاف
- لا نهائيا

6. الامور كانت كتخرج على السيطرة ديالي

- نعم فياغلب الاوقات ماكنتش قادره نولف
- نعم بعض الاوقات ماكنتش قادره نولف بحال لكيف كنت
- لا فياغلب الاوقات كنت قادره نواكب

• لا عادي كيف ديما قادر نولف

7. كنت حزينة لدرجت كان عندي صعوبة فالنعاس

• نعم فيا أغلب الاوقات

• نعم ببعض الاوقات

• لا ماشي بزاف

• لا نهائيا

8. كنت حاسة بالحزن والبؤس

• نعم فاغلب الاوقات

• نعم بزاف ديال المرات

• لا ماشي بزاف

• لا نهائيا

9. كنت حزينة لدرجة كنت كنبي

• نعم فاغلب الاوقات

• نعم بزاف ديال الاوقات

• احيانا فقط

• لا نهائيا

10. تفكير فيانني نأدي راسي جاتني البالي

• نعم بزاف ديال المرات

• بعض المرات

• نادرا قليل بزاف

• لا ابدا

❖ مقياس:

✓ الأسئلة رقم 3.2.1.0

الجواب الأول يقيم ب 0

الجواب الأخير يقيم ب 3

✓ الأسئلة رقم 10.9.8.4.6.5.3

تقيم 0.1.2.3

الجواب الأول يقيم ب 3

الجواب الأخير يقيم ب 0

✓ المجموع:

✓ إكتئاب ممكن: 10 فما فوق

✓ دائما الأخذ بعين الإختبار السؤال رقم 10 (أفكار انتحارية)

- Deuxième version :

الإسم:

تاريخ الازدياد (الأم) :

تاريخ الازدياد (الطفل) :

العنوان:

رقم الهاتف:

حيث نتي حامله اولا عادي ولدتي بغينا نعرفوا الشعور ديالك فيهاد 7 أيام الأخيرة ماشي غير الشعور ديالكفهاد الأجوبة ديالك تختاري الجواب اللي حسيتي بيه الاقرب للشعور اللي حسيتي بيه:

- كانعطيك مثال واحد من قبل

كنت حاسة بالفرحة

- نعم دائما
- نعم فأغلب الاحيان
- لا ماشي ديما
- لا نهائيا

حاولي تجاوبي على الأسئلة للجايين بنفس الطريقة

في 7 ايام اللي فاتت

1. كنت قادرة تضحك وتشوف الاشياء بطريقة إيجابية

- نعم كيفما كنت كانقدر نشوفهم شحال هادي
- لا ماشي بحال شحال هادي
- اطلاقا ماشي بحال شحال هادي
- لا على الأطلاقا
- لا على الاطلاق

-
2. كنت كئشوف الأمور بفرح

- نعم كيفما ديما
- شويأ أقل من كيف كنت
- قليل بزاف من كيف كنت

- لا قليل بزاف

3. كنت كئلوم راسي بدون سبب مين الأمور تتكون خايبة :

- نعم فغالب الأحيان
- نعم بعض الأحيان
- لا ماشي بزاف
- لا على الإطلاق

4. لكنت كئكون مقلق وخايف بدون سبب مقنع

- لا على الإطلاق
- لا قليل بزاف
- نعم مرة مرة
- نعم غالبا

5. كنت كئحس بالخوف والقلق بدون سبب مقنع

- نعم بزاف
- نعم مرة مرة
- لا ماشي بزاف
- لا على الإطلاق

6. الأمور كانت فوق من الاستطاعة ديالي :

- نعم فغالب الأحيان مكنتش قادرة نولف
- نعم ببعض الأحيان مكنتش قادرة نولف
- لا فغالب الأحيان كنت كئقد رنتعامل مع الوضعية
- لا عادي ولفت دغيا

7. كنت مافرحناش لدرجة ولات عندي صعوبة فالنعاس

- نعم فغالب الأحيان
- نعم ببعض الأحيان
- لا ماشي بزاف
- لا على الإطلاق

8. كنت حاسة بالحزن واليأس

- نعم فغالب الأحيان
- نعم فمعظم الأوقات
- لا ماشي بزاف
- لا على الإطلاق

9. كنت حزينة لدرجة كنت كنبكي

- نعم فأغلب الأحيان
- نعم فمعظم الأوقات
- بعض المرات
- لا على الإطلاق

10. الفكرة ديال نادي راسي جاتني فبالى

- نعم بزاف ديال المرات
- بعض المرات
- قليل بزاف
- لا على الإطلاق
-

❖ مقياس:

✓ الأسئلة رقم 3.2.1.0

الجواب الأول يقيم ب 0

الجواب الأخير يقيم ب 3

✓ الأسئلة رقم 10.9.8.4.6.5.3

تقيم 0.1.2.3

الجواب الأول يقيم ب 3

الجواب الأخير يقيم ب 0

✓ المجموع:

✓ إكتئاب ممكن: 10 فما فوق

✓ دائما الأخذ بعين الإختبار السؤال رقم 10 (أفكار انتحارية)

– Version consensuelle :

الإسم:

تاريخ الازدياد (الأم) :

تاريخ الازدياد (الطفل) :

العنوان:

رقم الهاتف:

● حيث نتي حاملة او عاد ولدتي بغينا نشوفو كيفاش كتحسي براسك من خلال بعض الأسئلة.

● حاولي تختاري الجواب اللي كتحسي بيه الأقرب وكيعبر أكثر على الإحساس ديالك فهاد الأيام الأخيرة (ماشى غير الإحساس ديالك فهاد النهار) غنعطيك مثال واجد من قبل:

مثلا: كنت حاسة بالفرحة

● نعم دائما

● نعم فأغلب الأوقات

● لا قليل

● لا على الاطلاق

"نعم فأغلب الأوقات" كتعني كنت كنحس بالفرحة فأغلب الأوقات.

- حاولي تجاوبي على الأسئلة الجاية بنفس الطريقة:
في 7 أيام الفايطة:

1- كنت كنفدر نضحك ونشوف الجانب المضحك ديال الأشياء .

- نعم بحال قبل
- لا حاليا قليل
- لا إطلاقا ماشي بحال قبل
- لا على الإطلاق

2- كنت كنتطلع للامور فرحة.

- نعم بحال قبل
- لا حاليا أقل من قبل
- أقل بزاف من قبل
- لا على الإطلاق

3- كنت كئلوم راسي بدون سبب فاش الوضعية كتكون خايبة:

- نعم فأغلب الأوقات
- نعم ببعض الأوقات
- لا قليل
- لا على الإطلاق

4- كنت كنعس بالقلق او التوتر بدون سبب مقنع:

- لا علنا لاطلاق
- لا قليل بزاف
- نعم بعض المرات
- نعم بزاف ديال مرات
-

5- كنت كتحس بالخوف والهلع بدون سبب مقنع:

● بزاف ديال المرات

● نعم بعض المرات

● لا قليل

● لا على الاطلاق

6- الامور ولات فوقا لاستطاعه ديالي:

● نعم فياغلب الاوقات ماكنتش كانقدر نتصرف

● نعم بعض الاوقات ماكنتش كانقدر نتصرف

● لا فاغلبا لاوقات كنقدر نتصرف مزيان

● لا كنقدر نتصرف مزيان بحال قبل

7- كنت ما فرحاش لدرجه ولات عندي صعوبه فيالنعاس:

● نعم اغلب الاوقات

● نعم بعض الاوقات

● لا قليل

● لا على الاطلاق

8- كنت حاسه بالحزن او الياس:

● نعم فياغلب الاوقات

● نعم بعض الاوقات

● لا قليل

● لا على الاطلاق

9- كنت حزينه لدرجه كنت كنبكي

● نعم فياغللب الاوقات

● نعم بزاف ديال المرآت

● بعض الاوقات

● لا على الاطلاق

10- الفكره انني تنآدي راسي جاتني البالي:

● نعم بزاف ديال المرآت

● بعض المرآت

● نادرا (قليل بزاف)

● لا على الاطلاق

❖ مقياس:

✓ الأسئلة رقم 3.2.1.0

الجواب الأول يقيم ب 0

الجواب الأخير يقيم ب 3

✓ الأسئلة رقم 10.9.8.4.6.5.3

تقيم 0.1.2.3

الجواب الأول يقيم ب 3

الجواب الأخير يقيم ب 0

✓ المجموع:

✓ إكتتاب ممكن: 10 فما فوق

✓ دائما الأخذ بعين الإختبار السؤال رقم 10 (أفكار انتحارية)

✚ Contre-traduction de l'arabe dialectal marocain à la version originale :

Les deux contre-traductions de l'arabe dialectal à l'anglais de la EDPS ont été réalisées par : Mm Fatine Kabab **master en littérature anglaise à la faculté des lettres Fès** et Mme Mariam Rouibahe **master en littérature anglaise à la faculté des lettres Fès**.

Les deux traducteurs ont été informés que ce questionnaire est un outil de mesure de sévérité de la dépression post-partum. A noter que les deux traducteurs n'ont jamais vu la version originale de la EDPS.

La discussion et la comparaison des deux versions ont été réalisées par Dr Fathi Chaimae, Dr Belfquih Oumaima, et les deux traducteurs mentionnés ci-dessus.

- Première version :

Name:

Date of birth (The mother):

Date of birth (The child):

Address:

Phone number:

As you are either expecting a baby or have recently given birth, we'd like to know how you're feeling about yourself by asking you some questions. Please try select the answer that you believe is close to how you have been feeling for the past seven days (not just how you feel today).

I will give you an example:

For example: I was feeling happy

- Yes, all the time
- Yes, most of the time.
- No, rarely.
- No, not at all.

"Yes, most of the time" means I was feeling happy most of the time.

Try to answer the upcoming questions with the same approach:

In the past 7 days:

1. I was able to laugh and see the funny side of things.

- Yes, like I always could
- No, less than before
- Definitely less than before.
- Not at all.

2. I used to look forward to things with joy.

- Yes, like I used to.
- No, rather less than I used to.
- Definitely less than I used to.
- Not at all.

3. I used to blame myself for no reason when the situation went bad.

- Yes, most of the time.
- Yes, some of the time.
- No, rarely.
- No, never.

4. I used to feel anxious or stressed for no apparent reason.

- No, Not at all.
- No, rarely.
- Yes, sometimes.
- Yes, all the time.

5. I used to feel scared and terrorized for no apparent reason.

- Yes, all the time.
- Yes, sometimes.
- No, rarely.
- No, Not at all.

6. Things were beyond my capability.

- Yes, most of the time, I couldn't handle things.
- Yes, sometimes I couldn't handle things as well as before
- No, most of the time I could handle things well.

- No, I could handle things as well as before.

7. I was so unhappy to the point where I had difficulty sleeping.

- Yes, most of the time
- Yes, sometimes.
- No, rarely.
- No, not at all.

8. I was feeling sad or miserable.

- Yes, most of the time
- Yes, sometimes.
- No, rarely.
- No, never.

9. I was so unhappy to the point where I used to cry.

- Yes, most of the time.
- Yes, sometimes.
- occasionally.
- No never .

10. The idea of harming myself crossed my mind.

- Yes, many times.
- Sometimes.
- Rarely
- No, Never

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

Scoring :

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *) are scored 0, 1, 2 or 3 with the first response scored as 0 and the last one scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *) Are reversed score from 3, 2, 1 or 0 with the first response scored as a 3 and the last one scored as 0.

Maximum score: 30

Possible Depression: 10 or greater

Always look at item 10 (suicidal thoughts)

- **Deuxieme version :**
- Name:
- Mother's Date of Birth:
- Child's Date of Birth:
- Address:
- Phone Number:

Since you're pregnant or recently had a baby, we want to see how you're feeling through some questions.

Try to choose the answer that feels closest and reflects your feelings the most during the last seven days (not just today).

- Here's an example:
 - For instance: I have felt joyful.
 - Yes, all the time
 - Yes, most of the time.
 - No, rarely.

- No, not at all.

" Yes, most of the time" means I was feeling joyful most of the time.

Try to answer the following questions in the same way:

In the past 7 days:

1- I have been able to laugh and see the funny side of things?

- Yes, like always.

- Less than before.

- Definitely not like before.

- No, not at all.

2- I was looking forward to things with joy?

- Yes, like always.

- Less than before.

- Definetely less than before.

- No, not at all.

3- I used to blame myself for no good reason when things weren't going well?

- Yes, most of the time.

- Yes, sometimes.

- No, rarely.

- No, never.

4- I was feeling anxious or tense for no good reason?

- No, Not at all.

- Very rarely.

- Yes, sometimes.

- Yes, many times.

5- I have felt scared or panicky for no good reason?

- Yes, Many times.

- Yes, sometimes.

- No, rarely.

- No, Not at all.

6- things seem to be getting on top of me?

- Yes, most of the time, I couldn't cope at all.

- Yes, sometimes I couldn't cope very well.

- No, most of the time I coped very well.

- No, I have been coping as well as before.

7- I have been so unhappy to the extent that I had difficulty sleeping?

- Yes, most of the time.

- Yes, sometimes.

- No, rarely.

- No, Not at all.

8- I have felt sad or hopeless?

- Yes, most of the time.

- Yes, sometimes.

- No, rarely.

- No, Not at all.

9- I have felt sad to the point I have been crying?

- Yes, most of the time.
- Yes, very often.
- occasionally.
- No, never.

10- The idea of harming myself has occurred to me :

- Yes, many times.
- Sometimes.
- Rarely.
- never .

Scoring :

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *) are scored 0, 1, 2 or 3 with the first response scored as 0 and the last one scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *) Are reversed score from 3, 2, 1 or 0 with the first response scored as a 3 and the last one scored as 0.

Maximum score: 30

Possible Depression: 10 or greater

Always look at item 10 (suicidal thoughts)

- **Version consensuelle :**

Name:

Date of birth (The mother):

Date of birth (The child):

Address:

Phone number:

As you are either expecting a baby or have recently given birth, we'd like to know how you're feeling about yourself by asking you some questions. Please try select the answer that you believe is close to how you have been feeling for the past seven days (not just how you feel today).

I will give you an example:

For example: I was feeling happy

- Yes, all the time
- Yes, most of the time.
- No, rarely.
- No, not at all.

"Yes, most of the time" means I was feeling happy most of the time.

Try to answer the upcoming questions with the same approach:

In the past 7 days:

1-I was able to laugh and see the funny side of things.

- Yes, like I always could
- No, less than before
- Definitely less than before.
- Not at all.

2-I used to look forward to things with joy.

- Yes, like I used to.
- No, rather less than I used to.
- Definitely less than I used to.

- Not at all.

3-I used to blame myself for no reason when the situation went bad.

- Yes, most of the time.
- Yes, some of the time.
- No, rarely.
- No, never.

4-I used to feel anxious or stressed for no apparent reason.

- No, Not at all.
- No, rarely.
- Yes, sometimes.
- Yes, all the time.

5- I have felt scared or panicky for no good reason?

- Yes, Many times.
- Yes, sometimes.
- No, rarely.
- No, Not at all.

6- things seem to be getting on top of me?

- Yes, most of the time, I couldn't cope at all.
- Yes, sometimes I couldn't cope very well.
- No, most of the time I coped very well.
- No, I have been coping as well as before.

7- I have been so unhappy to the extent that I had difficulty sleeping?

- Yes, most of the time.
- Yes, sometimes.

- No, rarely.
- No, Not at all.

8- I was feeling sad or miserable.

- Yes, most of the time
- Yes, sometimes.
- No, rarely.
- No, never.

9-I was so unhappy to the point where I used to cry.

- Yes, most of the time.
- Yes, sometimes.
- occasionally.
- No never .

10-The idea of harming myself crossed my mind.

- Yes, many times.
- Sometimes.
- Rarely
- No, Never

Scoring :

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *) are scored 0, 1, 2 or 3 with the first response scored as 0 and the last one scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *) Are reversed score from 3, 2, 1 or 0 with the first response scored as a 3 and the last one scored as 0.

Maximum score: 30

Possible Depression: 10 or greater

Always look at item 10 (suicidal thoughts)

3/ Test préliminaire :

La version finale a été testé auprès d'un groupe hétérogène de 20 personnes de nationalité marocaine, de différentes régions, différent niveaux sociaux scolaire et professionnel, parlant l'arabe dialectal marocain.

La passation a pris en moyenne 6min, les consignes on été bien comprises par toutes les participantes (100%), elles n'avaient aucun mal à comprendre les items proposés ainsi que la notation des réponses.

Tableau 1: Les différents paramètres intéressant notre échantillon pour le test préliminaire :

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

| PARTICIPANT | SEXE | AGE | NIVEAU D'ETUDE | NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE | ORIGINE |
|-------------|------|-----|----------------|-------------------------|------------|
| 1 | F | 21 | Universitaire | Elevé | Fes |
| 2 | F | 27 | Primaire | Bas | Sefrou |
| 3 | F | 40 | Primaire | Bas | Oujda |
| 4 | F | 38 | Collège | Bas | Fes |
| 5 | F | 19 | Lycée | Moyen | Fes |
| 6 | F | 20 | Lycée | Moyen | Sefrou |
| 7 | F | 28 | Universitaire | Elevé | Meknes |
| 8 | F | 28 | Lycée | Bas | Meknes |
| 9 | F | 43 | Primaire | Bas | Rabat |
| 10 | F | 18 | Collège | Moyen | Oujda |
| 11 | F | 20 | Collège | Elevé | Agadir |
| 12 | F | 25 | Lycée | Elevé | Mohmadia |
| 13 | F | 24 | Lycée | Bas | Casablanca |
| 14 | F | 35 | Universitaire | Moyen | Tanger |
| 15 | F | 37 | Lycée | Moyen | Tetouan |
| 16 | F | 33 | Lycée | Bas | Fes |
| 17 | F | 32 | Universitaire | Elevé | Fes |
| 18 | F | 27 | Lycée | Bas | Sefrou |
| 19 | F | 25 | Lycée | Bas | Oujda |
| 20 | F | 24 | Lycée | Moyen | Agadir |

PARTIE 3: DISCUSSION

1. L'argumentaire de l'étude

Plusieurs instruments d'évaluation ont été créés pour le dépistage de la dépression du post-partum.

L'échelle d'Edinburgh, reste cependant l'outil de référence. Il s'agit de l'échelle spécifique la plus utilisée dans le monde. Elle a été validée par plusieurs équipes. Elle a fait le sujet de plusieurs publications depuis sa création. L'idée d'une validation de cette échelle nous a donc semblé pertinente.

2. Déroulement de l'étude :

Pour qu'un outil psychométrique soit fonctionnel dans un pays, il faut le traduire de sa langue originale à celle qui est adaptée à ce pays, mais il doit aussi être adapté au contexte culturel. Ainsi, pour être validé, les chercheurs du monde entier ont tenté d'adapter l'EDPS en fonction du contexte socioculturel, plusieurs items ont été remplacés par d'autres dans différentes traductions pour se conformer aux normes de l'adaptation transculturelle.

En s'appuyant sur les expériences antérieures, nous devons insister sur l'identification des facteurs socioculturels et des paramètres qui influencent la compréhension et la perception des personnes. Nous avons veillé dans notre travail à ce que toutes les traductions, soient identiques ou compatibles, même si cette tâche semble difficile. Nous avons parvenu à ce qu'on a une version arabe dialectal marocain la plus proche, identique et compatible possible, par rapport à la version originale. Dans un premier temps, nous avons veillé à déterminer tous les termes qui n'ont pas d'équivalents dans notre contexte,

tel que l'expression « things have been getting on top of me » les mots, « anxious », « worried », « unhappy », « miserable », « panicky », et on les a remplacés par des termes ou expressions équivalents et qui sont plus adaptés à notre contexte marocain, en gardant toujours le même sens, et ainsi garder l'authenticité de l'outil.

L'étape suivante consistait à la comparaison et l'adaptation transculturelle de l'outil par rapport au contexte médical, et éliminer toutes ambiguïtés et incohérences des mots. On a veillé à adapter tous les termes médicaux, et chercher leurs équivalents en arabe dialectal marocain. L'importance de la contre - traduction, se résumait à la comparaison de la version consensuelle avec la version originale, et déceler les différences et les incohérences entre les deux versions, pour en conclure à une traduction correcte, qui va être le plus proche possible de la version originale, tout en étant adapté à notre contexte marocain. La dernière étape consistait à l'essai de cet outil.

Notre échantillon a été assez riche et hétérogène. La moitié des participants étaient analphabètes. Aucun participant n'a eu de problèmes par rapport à la compréhension du questionnaire.

3. Apports et limites du travail :

A notre connaissance notre travail visant à valider et adapter l'échelle de EDPS par rapport à notre contexte marocain, est le premier de son genre dans notre pays. Le but essentiel de ce travail était de permettre une mise en place d'un outil de dépistage de dépression du post-partum.

Notre travail est le troisième de son genre au niveau africain, après la Tunisie et l'Algérie, qui ont réalisés des études visant à adapter et évaluer la version en arabe dialectal de l'échelle EDPS.

Notre travail est certes une base importante, mais il demeure incomplet sans une validation quantitative, qui sera accomplie dans les mois prochains.

4. Perspectives du travail

Notre étude de validation qualitative de l'échelle EDPS sera suivie dans les prochains mois par une validation quantitative, afin de présenter aux praticiens une version en arabe dialectal marocain, qui aura un intérêt majeur dans le dépistage de la dépression du post-partum, et de créer un support adapté culturellement, qui va ouvrir la voie pour des recherches futures, visant à traduire cet outil à d'autres langues courantes au Maroc, tel que Soussi, Chelha, Hassani etc...

Le facteur linguistique est un paramètre essentiel dans notre travail, vu que l'arabe dialectal marocain est la langue la plus répandus au Maroc. Nous envisagerons de développer de multiples versions pour ne pas exclure

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

certaines régions du Maroc, où l'arabe dialectal marocain n'est pas couramment utilisé.

RÉSUMÉ

La grossesse et le post-partum constituent des moments particulièrement chargés d'émotions, de modifications biologiques, psychologiques, cognitives et socio-familiales. Ce qui a rendu la période de post-partum le centre d'intérêt de plusieurs auteurs, dont la majorité a conclu que ca constitue une vulnérabilité particulière aux décompensations voire à l'éclosion des pathologies psychiatriques.

La dépression du post-partum est décrite comme le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement. Sa prévalence varie de 10 à 20% avec une prévalence moyenne de 13%.

La dépression du post-partum est difficile à diagnostiquer compte tenu de la variabilité des symptômes et de la présentation clinique. Le tableau clinique comporte généralement des symptômes d'allure névrotique à type de fatigue, asthénie, épuisement, insomnie d'endormissement, perte de la libido, sentiment culpabilisant d'incapacité à répondre totalement aux besoins de l'enfant, irritabilité et agressivité s'adressant au conjoint et aux enfants, et dans les cas les plus sévères des idées d'infanticide et de suicide mettant en jeu la vie de la mère et de l'enfant.

La survenue d'une dépression en post-partum risque d'avoir des conséquences graves non seulement sur la mère, mais aussi sur la relation mère-bébé et par conséquent sur le développement psycho-affectif de l'enfant. D'où la nécessité d'un dépistage précoce pour éviter des éventuelles complications. Il a été mis à la portée des professionnels de santé plusieurs

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

échelles d'évaluation permettant de porter un diagnostic positif de la dépression du post-partum.

L'échelle la plus utilisée pour dépister la dépression du post-partum est l'EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) développée en 1987 par J.L. Cox, J.M Holden et R.Sagovsky dans les centres de santé de Livingston et Edimbourg. Il s'agit d'un questionnaire à 10 items, chaque item est coté selon un ordre de sévérité de 0 à 3 donnant ainsi à l'EPDS des extrêmes score de 0 à 30, les mères obtenant un score de 12 ou plus sont définies comme étant à risque.

L'objectif de notre étude est la validation qualitative et adaptation transculturelle de l'échelle de dépistage de la dépression du post-partum EPDS en arabe dialectal marocain.

Il a été réalisé en plusieurs étapes, en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, après obtention de l'accord de l'auteur de l'échelle.

Dans cette étude nous présentons une version de cette échelle en arabe dialectal marocain que, nous espérons, aura une grande spécificité et sensibilité afin d'être utilisée par des professionnels de la santé (médecins généralistes, gynécologue, sage femme, et notamment des psychiatres) pour un meilleur dépistage de la dépression du post-partum.

CONCLUSION

La Dépression du post-partum est une entité clinique très fréquente, elle est décrite est décrite comme le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement. Sa prévalence varie de 10 à 20% avec une prévalence moyenne de 13%.

Elle peut être considérée comme un problème de santé publique, non seulement du fait de sa fréquence mais aussi en raison de ses conséquences néfastes sur le nouveau né, sur la relation conjugale, voire sur l'équilibre familial. D'autant plus qu'elle peut annoncer le début d'une pathologie chronique de l'humeur chez la mère.

D'où la nécessité de sa prévention par action sur les facteurs de risques, son dépistage, et sa prise en charge thérapeutique multidisciplinaire.

L'échelle la plus utilisée pour dépister la dépression du post-partum est l'EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) développée en 1987 par J.L. Cox, J.M Holden et R.Sagovsky dans les centres de santé de Livingston et Edimbourg. Il s'agit d'un questionnaire à 10 items, chaque item est coté selon un ordre de sévérité de 0 à 3 donnant ainsi à l'EPDS des extrêmes score de 0 à 30, les mères obtenant un score de 12 ou plus sont définies comme étant à risque.

L'objectif de notre travail était de présenter aux praticiens une version de l'EDPS en arabe dialectal marocain, qui aura un intérêt majeur dans le dépistage de la dépression du post-partum. Il a été réalisé en plusieurs étapes, après obtention de l'accord de l'auteur de l'échelle.

Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Edinburg de post partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative

Dans ce travail nous présentons une version de cette échelle en arabe dialectal marocain que, nous espérons, aura une grande spécificité et sensibilité afin d'être utilisée par des professionnels de la santé (médecins généralistes, gynécologue, sage femme, et notamment des psychiatres) pour un meilleur dépistage de la dépression du post-partum

ANNEXES

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____ Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____ Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt IN THE PAST 7 DAYS, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|--|---|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> As much as I always could<input type="radio"/> Not quite so much now<input type="radio"/> Definitely not so much now<input type="radio"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> As much as I ever did<input type="radio"/> Rather less than I used to<input type="radio"/> Definitely less than I used to<input type="radio"/> Hardly at all <p>3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Yes, most of the time<input type="radio"/> Yes, some of the time<input type="radio"/> Not very often<input type="radio"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No, not at all<input type="radio"/> Hardly ever<input type="radio"/> Yes, sometimes<input type="radio"/> Yes, very often <p>5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Yes, quite a lot<input type="radio"/> Yes, sometimes<input type="radio"/> No, not much<input type="radio"/> No, not at all | <p>6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="radio"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="radio"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="radio"/> No, I have been coping as well as ever <p>7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Yes, most of the time<input type="radio"/> Yes, sometimes<input type="radio"/> Not very often<input type="radio"/> No, not at all <p>8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Yes, most of the time<input type="radio"/> Yes, quite often<input type="radio"/> Not very often<input type="radio"/> No, not at all <p>9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Yes, most of the time<input type="radio"/> Yes, quite often<input type="radio"/> Only occasionally<input type="radio"/> No, never <p>10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Yes, quite often<input type="radio"/> Sometimes<input type="radio"/> Hardly ever<input type="radio"/> Never |
|--|---|

SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *)

Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *)

Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30

Possible Depression: 10 or greater

Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

RÉFÉRENCES

1. Austin M-P, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 1-10.
2. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update . *Nurs Res.* 2001; 50: 275-85.
3. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, et al. Prevention and treatment of postpartum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med* 2002; 32:1039-47.
4. Hara M.W, A.M Swain. Rates and risk of postpartum depression – A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 1996; 8: 37-54.
5. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry*, 1968; 114: 1325-1335.
6. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal Depression on breastfeeding duration. *Birth* 2003; 30(3): 75-80.
7. Hays DF. Intellectual problems shown by 11-years old children whose mothers had postnatal depression. *Journal Child Psychological Psychiatry* 2001; 42(7):871-89.
8. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al. The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psycho Psychiat* 1999; 40:1259-71.
9. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, Laippala P, Puura K, Salmelin R, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001; 40: 1367-74.

10. Marray L. the impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1992; 33: 543–561.
11. Appleby L, Warner R, Whitton A, Fairagher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the maternal attitudes questionnaire. *Journal of psychosomatic Research* 1997; 43(4):351–8.
12. England SJ, Ballard C, George S. Chronicity in postnatal depression. *European Journal of Psychiatry* 1994; 8:93–6.
13. Mc Gill H, burrows VL, Holland LA, Langer HJ, Sweet MA. Post natal depression: a christchurch study. *New Zealand Medical Journal*, 1995: 162–165.
14. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM IV. Paris, Masson, 1996.
15. Armstrong KL, O'Donnell H, Mc Callum R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal distress/ depression. *J Paediatric Child Health*. 1998; 34: 263–266.
16. Slim Raoudha EP. Gaaliche, la depression du post partum (prevalence et facteurs associés). Thèse pour le diplôme d'état de doctorat en médecine. Université du centre faculté de médecine de Monastir, année universitaire: 2003– 2004.
17. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43: 569–573.

18. Holden J. the role of health visitors in postnatal depression. *International Review of Psychiatry*, 1996, 8: 7986.
19. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. post partum depression and post partum adaptation: overlapping constructs? *J Affect Disord*. 1989; 17: 251–254.
20. Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R. screening women for high risk of postnatal depression. *J Psychosom Res*. 1994; 38: 539–545.
21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. detection of postnatal depression: development of the 10 item Edinburg postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*, 1987; 150: 782– 786.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. an inventory for measuring depression. *Arch Geven psychiatry* 1961; 4: 561–571.
23. Marry L, Carothers AD. The validation of the Edinburg postnatal depression scale on a community sample. *Br J Psychiatry*, 1990; 157: 288–290.
24. Cooper PJ, Marray L. course and recurrence of postnatal depression—evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 191–195.
25. Lewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*, 1997; 58 (suppl 15): 26–32.
36. Appleby L. suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*, 1991; 302: 137–140.

27. Boyce P. personality dysfunction, marital problems and postnatal depression; in perinatal Psychiatry- use and Misuse of the Edinburgh Postnatal depression scale. Eds. J Cox and J Holden, London, Gaskell. 1994: 82-102.
27. Areias MEG, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. correlates of postnatal depression in mothers and fathers. Br J Psychiatry, 1996; 169: 36-41.
29. Carro MG, Grant KE, Gotlib IH et al. Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. Development and psychopathology, 1993; 5: 567-579.
30. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. the development and validation of a predictive index for postpartum depression. Psychological Medicine, 1996; 26: 627-34.
31. Murray L, Cooper PJ. Post partum depression and child development. Psychological Medicine, 1997, 27: 253-260