

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

**Mémoire présenté par :**  
**Docteur CHIBOUB ISMAIL**  
Née le 24/02/1996 à Fès

**Pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine**  
**Option : Psychiatrie**

**Sous la direction du :**  
**Professeur Aalouane Rachid**

**Session 2025**

**Pr. AALOUANE Rachid**  
**Professeur en Psychiatrie**  
**CHU Hassan II - Fès**

*Ver et*

*approuvé*

## **REMERCIEMENTS**

### **À notre cher Maître et Encadreur**

#### **Professeur Rachid AALOUANE**

*Professeur de l'enseignement supérieur, Chef du service de Psychiatrie, Directeur de l'hôpital Ibn Al Hassan*

C'est avec une profonde reconnaissance et une immense estime que je m'adresse à vous, vous qui avez bien voulu nous faire l'honneur de diriger ce travail. Votre engagement constant, votre rigueur scientifique, votre bienveillance et la hauteur de votre vision ont été pour moi une source d'inspiration tout au long de ce parcours.

Sous votre direction éclairée, ce mémoire a pu prendre forme avec exigence et humanité. Vous avez su conjuguer excellence académique et accompagnement personnalisé, en nous guidant avec justesse, patience et disponibilité. Vous incarnez, pour vos élèves et collaborateurs, bien plus qu'un maître : un modèle de sagesse, de savoir et d'élégance professionnelle.

Nul mot ne saurait suffire à exprimer la profondeur de ma gratitude et de mon sincère respect envers votre personne. Recevez ici l'expression de mon admiration la plus sincère et de ma reconnaissance la plus fidèle.

---

## **NOTRE CHER MAITRE**

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

Vous nous avez soutenus 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.

---

## **A NOTRE CHER MAITRE**

**Monsieur le Professeur Agrégé  
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 accompagnés durant notre cursus de résidanat.

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

---

## **A NOTRE MAITRE**

**Madame le Professeur  
Ferdouss QASSIMI**

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

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

Nul mot ne saurait exprimer nos sentiments.

Veillez accepter l'expression de notre grand attachement et notre profond respect.

## **A NOTRE MAITRE**

**Madame le Professeur  
Ouraghen Amal**

Nous souhaitons vous témoigner toute notre reconnaissance pour tout ce que vous avez accompli pour nous. Nous vous remercions sincèrement pour le soutien dont vous avez fait preuve, vos conseils avisés et vos orientations précieuses. Aucun mot ne saurait pleinement traduire l'intensité de notre gratitude. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect et de notre admiration.

---

## **A NOTRE CHER MAITRE**

**Monsieur le Professeur Agrégé**

**Othemane YASSINE**

Professeur et chef du service de psychiatrie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès

Vos qualités scientifiques et humaines ainsi que votre modestie nous ont profondément marqués 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 Agrégé**

**Rabie KARROURI**

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

Veuillez 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
<b>VIII-EVOLUTION- COMPLICATION .....</b>	<b>30</b>
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 sont des périodes marquées par des changements significatifs sur les plans biologique, psychologique, cognitif et socio-familial. La période du post-partum a particulièrement attiré l'attention de nombreux chercheurs, la majorité concluant que cette phase constitue une période de vulnérabilité accrue aux décompensations psychiques, et parfois à l'apparition de pathologies psychiatriques.

La **dépression post-partum (DPP)** est le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement. Sa prévalence varie entre 10 % et 20 %, avec une moyenne estimée à 13 % (1, 2, 3, 4). La DPP a été formellement identifiée pour la première fois par Pitt en 1968 (5).

La survenue de la dépression post-partum peut avoir des conséquences graves, non seulement sur la santé mentale de la mère, mais aussi sur la relation mère-enfant, ce qui peut impacter le développement psychoaffectif de l'enfant (7, 8). Concernant la mère, la DPP est un facteur prédicteur précoce de troubles de l'humeur récurrents et chroniques (9, 10).

Cependant, ces dépressions post-partum restent souvent insuffisamment prévenues, diagnostiquées et traitées. En effet, leur détection est complexe en raison de la variabilité de leur présentation clinique, de la fréquence de la somatisation et du caractère souvent caché de ce trouble (13).

---

### 2. Problématique

La **dépression du post-partum (DPP)** constitue un problème majeur de santé mentale (Abel Fekadu Dadi, 2020). Selon le **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, APA, 2022)**, la DPP est classée comme un trouble dépressif majeur.

Entre 10 % et 20 % des mères développent des symptômes dépressifs modérés ou graves au cours des semaines et mois suivant l'accouchement. Cet état de stress psychologique affecte non seulement la vie psychique et sociale de la mère, mais perturbe également l'interaction avec le nourrisson, avec des répercussions à long terme sur le développement de l'enfant.

Chaque année, une proportion significative des dépressions post-partum ne sont ni diagnostiquées ni traitées, en raison de plusieurs facteurs :

- **Manque de connaissances** des parents sur les troubles mentaux en période périnatale.
  - **Absence de stratégies de prévention et de traitement systématiques et adaptés.**
  - **Stigmatisation** associée aux troubles de santé mentale pendant la période périnatale (Siti Roshaidai Mohd Arifin, 2018).
-

### 3. Intérêt

L'évaluation précise de la symptomatologie dépressive chez la patiente constitue une étape essentielle du processus de soin. Cela permet non seulement de diagnostiquer correctement, mais aussi d'orienter le traitement de manière adéquate. Les **échelles d'évaluation de la dépression post-partum** jouent un rôle crucial dans ce cadre. Elles permettent d'objectiver la présence de symptômes et d'organiser ceux-ci dans un tableau clinique cohérent.

L'utilisation de ces échelles complète l'appréciation clinique du professionnel de santé, et ce, afin de mieux rendre compte de la singularité et de la complexité de chaque cas. L'évaluation de la dépression se fait ainsi dans un juste équilibre entre recueil subjectif et quantification objective des symptômes.

À l'instar des maladies somatiques, les patients souffrant de troubles psychiatriques attendent des outils fiables et scientifiquement validés pour leur diagnostic. La dépression, en tant que trouble envahissant et d'impact fonctionnel important, ne peut se réduire à une simple impression clinique. Elle présente un ensemble de signes caractéristiques regroupés en un syndrome. C'est pourquoi des outils quantitatifs sont essentiels pour identifier et mesurer ces signes.

Les échelles d'évaluation de la dépression ne servent pas seulement à établir un diagnostic, mais aussi à apprécier la **sévérité du tableau clinique**, ce qui est crucial pour déterminer les choix thérapeutiques et évaluer leur efficacité.

---

### 4. Validation d'une échelle d'évaluation

La **validation d'une échelle** consiste à tester un outil de mesure afin de vérifier ses **qualités psychométriques** dans une population donnée. La **psychométrie** est définie comme l'ensemble des méthodes permettant de mesurer les phénomènes psychologiques, notamment à travers des tests.

Le terme de "**validation transculturelle**" fait référence à l'adaptation d'un outil à des contextes culturels ou linguistiques différents. L'adaptation transculturelle d'un instrument suit généralement trois grandes étapes :

1. **Traduction** de l'outil et vérification de son équivalence linguistique et conceptuelle.
2. **Vérification de la validité** de la version traduite.
3. **Adaptation** de l'échelle au contexte culturel spécifique.

Bien qu'il n'existe pas de consensus international absolu sur la méthodologie à adopter pour valider une échelle, des critères ont été définis pour la validation d'un outil de mesure, comme le montre la **checklist COSMIN** (Consensus-based Standards for the Selection of health status Measurement Instruments). Parmi ces critères, on retrouve :

- La **consistance interne**
  - La **fiabilité**
  - La **validité du contenu**
-

## OBJECTIFS

### Objectifs de notre travail

#### ◆ Objectif principal

Valider quantitativement et adapter de manière transculturelle une échelle d'évaluation de la dépression du post-partum en **arabe dialectal marocain**, afin de fournir un outil pertinent et accessible aux professionnels de santé dans leur pratique clinique quotidienne.

La validation qualitative a fait l'objet d'une étude approfondie dans le cadre d'un travail de recherche réalisé au cours d'un mémoire de fin de spécialité. Cette étude a été conduite par le Dr Fathi en 2024, et portait spécifiquement sur les modalités et les enjeux de la validation qualitative dans le champ considéré. Les résultats de ce mémoire ont permis de mieux cerner les critères d'évaluation qualitatifs, ainsi que les conditions de leur mise en œuvre pratique.

#### ◆ Objectifs secondaires

1. Mettre à disposition des professionnels de santé un **outil de dépistage rapide, fiable et culturellement adapté** à la réalité marocaine.
2. **Améliorer le repérage précoce** des symptômes dépressifs en post-partum.
3. **Faciliter la prise en charge efficace** des patientes, en réduisant le retard diagnostique souvent observé dans ce contexte.
4. Contribuer à **réduire l'impact** de la dépression post-partum sur la santé mentale maternelle et sur le développement de l'enfant.

## CHAPITRE 1 : PARTIE THEORIQUE

### I. Historique de la dépression du post-partum

Le post-partum a toujours été considéré comme une période de **vulnérabilité psychique accrue**, propice à l'émergence de décompensations psychiatriques. Déjà dans l'Antiquité, **Hippocrate** en faisait mention dans le troisième livre de ses *Épidémies*, décrivant des troubles mentaux survenant après l'accouchement (Bydlowski, 2015).

Au **XIX<sup>e</sup> siècle**, **Jean-Étienne Esquirol**, psychiatre français, évoque dans son ouvrage *De la manie* (1818), des états d'agitation physique et psychique post-puerpéraux. En 1839, il affirme que « beaucoup de femmes ont des maladies mentales sévères secondaires à une naissance », mais restent sans soins en raison de l'absence de dépistage et de connaissances adaptées à ce sujet (Bydlowski, 2000).

C'est en **1858** que **Louis-Victor Marcé**, élève d'Esquirol, consacre une thèse entière à ce thème : *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices...* Il y introduit une conception multifactorielle de la souffrance psychique postnatale, intégrant l'environnement social, et jette les bases de la **psychiatrie péri-obstétricale**.

En **1959**, la première **unité mère-enfant** voit le jour au Royaume-Uni, permettant l'hospitalisation conjointe de la mère et de son nourrisson, afin d'assurer un suivi psychiatrique spécialisé dans un environnement adapté. Ce modèle se développe ensuite en Europe, notamment en France, avec l'ouverture des premières unités à Créteil (1979) et à Villejuif (1980) (Masmoudi, 2006).

Durant les **années 1960-1970**, des collaborations naissent entre obstétriciens et psychiatres dans les maternités modernes, ouvrant la voie à de nouvelles observations cliniques et recherches. En **1962**, Abely et Bouquet proposent une **classification des troubles gravidiques et puerpéraux**, excluant les causes somatiques. En **1968**, **Pitt** décrit une dépression postnatale atypique et fréquente, touchant **10,8 %** des accouchées sur un échantillon de 305 femmes, avec apparition vers la sixième semaine post-partum de symptômes dépressifs modérés mais non délirants.

À la même période, **Yalom et al.**, aux États-Unis, introduisent le concept de "**post-partum blues**", tableau clinique bénin, transitoire mais fréquent. La distinction s'affine entre :

- le "**baby blues**" : bénin, fréquent, précoce ;
- la **psychose puerpérale** : rare mais grave ;
- la **névrose traumatique post-obstétricale**, décrite entre 1975 et 1978 par Bydlowski et Papiernik, apparaissant après un accouchement traumatique.

C'est avec les travaux de **Pitt et Cooper (1988)** que la **dépression du post-partum** est pleinement reconnue comme entité distincte, d'une **incidence et d'une gravité intermédiaires**.

À partir des **années 1980-1990**, une classification plus précise des troubles psychiques du post-partum est proposée selon leur chronologie :

- **Stress post-traumatique** : dans les premières 24 heures,
- **Baby blues** : dans les 10 premiers jours,
- **Psychose puerpérale** : dans les 6 premières semaines,
- **Dépression post-partum** : apparaissant vers 4 à 6 semaines après l'accouchement.

C'est dans ce contexte que **John Cox et al.** développent en **1986-1987** l'**Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**, initialement composée de 13 items puis réduite à 10. Cette échelle d'auto-évaluation n'a pas vocation à remplacer un diagnostic clinique, mais à servir d'**outil de dépistage rapide**. Depuis, l'EPDS a été traduite en **plus de 60 langues** et constitue aujourd'hui l'instrument le plus utilisé pour le **repérage de la dépression périnatale**, tant en pratique clinique que dans la recherche.

## II- Epidémiologie :

### Prévalence de la dépression du post-partum

#### Prévalence globale estimée

- En général, la DPP touche **10 à 20 %** des parturientes (O'Hara, 2009).
- Les taux varient fortement selon les études, avec une fourchette allant de **4 % à 63,9 %** (Siti Roshaidai Mohd Arifin, 2018).

#### Facteurs influençant la variation des chiffres

- Taille de l'échantillon
- Parité (études chez les primipares difficilement généralisables)
- Présence ou non de groupe contrôle
- Moment d'évaluation (2 semaines à plusieurs mois après l'accouchement)
- Type d'instrument utilisé (questionnaire vs entretien)
- Critères diagnostiques retenus

#### Données par région / pays

- **Monde** : Prévalence cumulée dans 56 pays = **17,7 %** (Hahn-Holbrook, 2018)
- **Inde** : **22 %** (Upadhyay RP, 2017)
- **Iran** : **25,3 %** (Yousef Veisani, 2013)
- **Espagne** : Entre **25,3 % et 30,3 %** (M. Carmen Míguez, 2023)
- **Danemark** : Jusqu'à **15 %** (Teri Pearlstein, 2009)

- **Moyen-Orient** : 27 % (Alshikh Ahmad, 2021)
- **Maroc** : Dépression prénatale estimée à 20,7 % (M. Mourabbih, 2017)
- **Tunisie** : 13,2 % (J. Masmoudi, 2006)
- **Afrique de l'Est** : 24 % (Negesse A, 2022)
- **Afrique subsaharienne** : 18,6 % (Woldeyohannes, 2021)
- **Éthiopie** : Entre 12,2 % et 33 % (Zelege, 2021)

#### **Remarques importantes**

- Les études par **auto-questionnaires** tendent à **surestimer** la fréquence.
- La DPP reste **sous-diagnostiquée et sous-traitée**, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

### **III – Étiopathogénie de la dépression post-partum (DPP)**

#### **Modèle explicatif dominant**

- La pathogénie de la dépression, et donc de la DPP, **reste imparfaitement élucidée**.
- Il **n'existe pas de cause unique** : la majorité des auteurs s'accorde à reconnaître l'implication **multifactorielle**.
- Le modèle actuellement le plus accepté est le **modèle biopsychosocial**, qui intègre :
  - **Facteurs biologiques** : modifications hormonales, troubles du sommeil, fatigue physique.
  - **Facteurs psychologiques** : vulnérabilités personnelles, antécédents psychiatriques.
  - **Facteurs sociaux et affectifs** : isolement, stress relationnel, contexte socio-économique.

#### **Variabilité individuelle**

- Le ou les facteurs déclenchants **diffèrent selon les femmes**.
- La DPP peut résulter :
  - Soit de la **décompensation d'une pathologie antérieure** (ex. : trouble bipolaire, névrose).
  - Soit de l'**émergence d'un trouble spécifique du post-partum**, lié à cette période physiologique et psychique particulière (période puerpérale).

### **IV – Classifications de la dépression post-partum**

#### **Un trouble de l'humeur fréquent**

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

## ☰ Référentiels diagnostiques

Les deux principaux systèmes de classification psychiatrique retiennent des critères temporels et symptomatiques pour définir la DPP :

### 1. DSM-IV (APA)

- La dépression post-partum est considérée comme un **épisode dépressif majeur**.
- Elle doit survenir **dans les 4 semaines suivant l'accouchement**.

### 2. CIM-10 (OMS)

- Le trouble dépressif est considéré comme d'apparition post-partum lorsqu'il débute **dans les 6 semaines suivant l'accouchement**.

## 📅 Élargissement du cadre temporel

- Bien que ces classifications soient strictes, **la majorité des publications scientifiques retiennent une période plus large, allant jusqu'à 12 mois après l'accouchement**, pour inclure les épisodes dépressifs survenant durant la première année de la maternité.

## V – Clinique

### 📁 A. Le « post-partum blues » ou syndrome du 3<sup>e</sup> jour

#### ◆ Définition

- Forme **la plus bénigne et transitoire** de la dépression post-partum.
- Survient chez **50 à 80 %** des femmes après l'accouchement.
- Apparaît en général **vers le 3<sup>e</sup> jour**, mais peut se manifester jusqu'au **6<sup>e</sup> jour**.
- État **non pathologique** au sens strict, considéré comme **banal et habituel**.

#### ◆ Signes cliniques (17)

Les symptômes les plus fréquents sont :

- Asthénie
- Irritabilité
- Labilité émotionnelle (crises de larmes)
- Anxiété liée aux soins du nourrisson
- Ruminations pessimistes envers le bébé
- Crainte de ne pas être une bonne mère
- Troubles du sommeil
- Plaintes somatiques diverses

#### ◆ Évolution

- Disparition spontanée en **quelques heures ou jours**, surtout avec le **soutien affectif de l'entourage**.

- Dans **10 % des cas**, les symptômes persistent plus d'une semaine et peuvent :
    - Évoluer vers une **dépression post-partum**.
    - Annoncer une **psychose puerpérale**.
- 

## ☞ B. La dépression post-partum (DPP)

### ◆ Prévalence

- Touche **10 à 20 %** des mères après l'accouchement (1,2).

### ◆ Problème diagnostique

- Les symptômes sont **souvent ignorés** ou **minimisés** par la patiente.
- Les **symptômes somatiques** peuvent dominer le tableau clinique (13).
- Les femmes se concentrent davantage sur **la santé de leur enfant** que sur leurs propres souffrances psychiques (18,19).

### ◆ Formes cliniques

#### 1. DPP d'intensité minime à modérée

- Symptômes à type de **trouble névrotique** :
  - Fatigue, asthénie, insomnie d'endormissement
  - Perte de la libido
  - Sentiment d'incapacité à répondre aux besoins du bébé
  - Irritabilité et agressivité (souvent dirigées vers le conjoint ou les enfants)
- Retentissement :
  - Relations mère-enfant perturbées
  - État dépressif traînant, souvent **non traité**

#### 2. DPP d'intensité sévère

- Plus rares mais **plus graves**, avec un **risque vital** pour la mère et l'enfant.
- Symptômes caractéristiques :
  - Dépression profonde
  - Sentiment d'indignité, culpabilité, auto-accusations
  - Anxiété marquée
  - Idées suicidaires
- Retentissement majeur :
  - Appauvrissement des soins et des contacts

- Réduction des moments d'interaction et de jeux avec le bébé

## VI – Outils de mesure

### Difficultés diagnostiques

- Le **diagnostic de la dépression postnatale (DPP)** est souvent retardé ou manqué, en raison :
  - De la **variabilité des symptômes**.
  - De la **sous-estimation** par les patientes elles-mêmes.
- Un **dépistage précoce** est pourtant essentiel pour **éviter les complications** maternelles et infantiles.

### Outils disponibles

- Des **échelles d'évaluation** ont été mises à la disposition des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, travailleurs médico-sociaux) pour faciliter l'identification de la DPP.

### L'échelle la plus utilisée : EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*)

- Développée par **Cox en 1987** (20, 21).
- Créée pour **combler les limites** des échelles de dépression générale, peu adaptées au **contexte postnatal** (22).
- **Auto-questionnaire** comportant **10 items**.
- Chaque item est coté de **0 à 3**, selon la **sévérité croissante** du symptôme.
- Score total compris entre **0 et 30**.
- Validée comme **outil spécifique et fiable** pour le **dépistage** de la dépression **gravidique** et du **post-partum** (21, 23).

## VII – Les facteurs de risque

Plusieurs facteurs augmentent le risque de troubles psychiques durant la grossesse et en post-partum, et justifient une vigilance particulière de la part des professionnels de santé.

### En début de grossesse :

- Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux.
- Antécédents médicaux à risque pour le fœtus ou la grossesse (diabète, hypertension artérielle, maladies héréditaires...).
- Antécédents obstétricaux pathologiques : mort fœtale in utero, malformations, interruptions de grossesse, hospitalisation néonatale prolongée...
- Antécédents de troubles psychiatriques survenus pendant une grossesse antérieure ou en post-partum.
- Isolement social, conflits conjugaux.

- Grossesse non désirée ou non suivie médicalement.

#### 🔑 **Au cours de la grossesse :**

- Découverte de malformations fœtales ou d'anomalies suspectes.
- Grossesse pathologique.
- Éloignement familial prolongé (ex. : hospitalisation longue durée).

#### 🔑 **Après la naissance :**

- Accouchement difficile ou complications obstétricales avec morbidité maternelle sévère.
- Morbidités néonatales (ex. : prématurité, malformation, hospitalisation).
- Séparation mère-enfant (ex. : transfert néonatal, soins intensifs...).

### **VIII – Évolution et complications**

La dépression du post-partum (DPP) constitue une urgence diagnostique en raison de ses multiples conséquences. Elle affecte non seulement la mère, mais aussi son entourage proche et l'environnement familial et social.

#### **⚠️ Risques et complications identifiés :**

##### **a. Risque de récurrence et de chronicisation**

- Évolution chronique possible si la DPP n'est pas traitée.
- Risque élevé de récurrence lors de grossesses ultérieures : entre 50 % et 60 % (24, 25).

##### **b. Risque suicidaire accru**

- Au cours de la première année post-partum, le risque de suicide est multiplié par six chez les femmes souffrant de DPP, comparé à leurs homologues du même âge sans antécédent d'accouchement (26).

##### **c. Altération de la vie conjugale**

- La DPP est fortement associée à des tensions conjugales, pouvant conduire à une séparation ou un divorce (27).
- Le partenaire est également à risque accru de dépression (28, 29).

##### **d. Impact sur l'enfant**

- La DPP peut altérer le développement affectif, cognitif et comportemental du nourrisson (30, 31).
- La qualité du lien mère-enfant peut en être gravement affectée.

##### **e. Conséquences sur les autres enfants**

- La DPP, surtout si elle devient chronique ou mal soignée, peut détériorer la relation avec les autres enfants de la fratrie, entraînant un climat familial délétère (31).

## IX – Aspect thérapeutique

### Prévention primaire

L'objectif principal est d'**anticiper** les troubles du post-partum en identifiant précocement les femmes à risque dès la grossesse et en mettant en place une stratégie adaptée.

#### Principaux axes de prévention :

- **Éducation anténatale et soutien psychologique**  
Préparer les futures mères aux responsabilités postnatales en leur apportant des informations pratiques et un accompagnement émotionnel.
- **Renforcement du soutien social et familial**  
Encourager l'implication de l'entourage pour créer un environnement protecteur et bienveillant.
- **Implication du partenaire**  
Informar le compagnon des facteurs de risque et lui proposer, si besoin, un accompagnement psychologique.
- **Réduction des facteurs de stress**  
Conseiller d'éviter les événements stressants (déménagement, changement d'emploi...) autour de la période d'accouchement.
- **Débriefing post-accouchement**  
Organiser, dans les suites immédiates de l'accouchement, un échange avec l'obstétricien ou la sage-femme afin d'apaiser un éventuel vécu traumatique, pouvant être un facteur déclenchant de la dépression.

### Prise en charge sociale

- **Évaluation des difficultés sociales**  
Ne pas négliger les situations de vulnérabilité sociale, même si la patiente a tendance à les minimiser.  
→ Une mobilisation des services sociaux peut s'avérer nécessaire.

### Traitement pharmacologique

- Parfois indispensable, il doit être envisagé **au cas par cas**, en tenant compte des **spécificités biologiques** de la mère (allaitement, antécédents médicaux...).

## **A) validation qualitative**

### **1/ Étapes de la validation qualitative :**

#### **Phase 1 : Traduction initiale**

- **Objectif :** Traduction de l'EPDS de l'anglais vers la langue cible (arabe dialectal marocain).
- **Procédé :**  
Deux traducteurs indépendants, bilingues et de langue maternelle arabe dialectale, ont traduit l'EPDS.  
Après avoir reçu les deux versions, une rencontre a eu lieu avec les traducteurs pour finaliser les versions et obtenir une version finale consensuelle.

#### **Phase 2 : Comparaison des versions traduites**

- **Objectif :** Comparer les versions traduites pour assurer la cohérence terminologique et culturelle.
- **Procédé :**  
Une troisième personne bilingue et biculturelle, spécialisée dans le domaine médical, a été recrutée pour comparer les deux versions et éliminer les ambiguïtés ou incohérences.  
Le but étant de parvenir à une version finale commune.

#### **Phase 3 : Contre-traduction de la version consensuelle**

- **Objectif :** Vérifier la fidélité de la traduction par une nouvelle traduction inverse.
- **Procédé :**  
La version finale de la phase 2 a été traduite à nouveau vers l'anglais par deux traducteurs neutres, de langue maternelle arabe dialectale, ayant une maîtrise de l'anglais.  
Ces traducteurs n'avaient pas accès à la version originale de l'EPDS.

#### **Phase 4 : Comparaison finale**

- **Objectif :** Vérifier l'équivalence de la version traduite par rapport à la version originale.
- **Procédé :**  
Les deux versions retraduites ont été comparées à la version originale de l'EPDS pour vérifier qu'elles sont équivalentes, tant sur le plan linguistique que culturel.  
Cette étape garantit que la version cible est fidèle à la version originale et appropriée pour son utilisation.

## **2/ Résultats :**

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

- **Traducteurs impliqués :**

- **Mr Redouane Melliani** : Master en littérature anglaise, enseignant vacataire à la faculté des lettres de Fès.
- **Mme El Ghayour Ouïam** : Master en littérature anglaise à la faculté des lettres de Fès.

- **Processus de traduction :**

Les deux traductions ont été réalisées par les traducteurs mentionnés ci-dessus, tous deux ayant une très bonne maîtrise de l'anglais.

La discussion et la comparaison des versions ont été menées par **Dr Fathi Chaimae, Dr Belfquih Oumaima**, ainsi que les deux traducteurs.

- **Critères de sélection :**

- **Identité des versions** : Si les deux versions étaient identiques, aucune modification n'était nécessaire.
  - **Différences entre les versions** : Lorsqu'il y avait des différences, la version la plus appropriée et la plus adaptée était choisie.
  - **Adaptation au contexte marocain** : La version choisie devait être la plus proche de l'original tout en étant appropriée au contexte culturel et linguistique marocain.
  - **Facilité de compréhension** : En cas d'adaptation équivalente des deux versions, celle qui était la plus compréhensible pour la majorité des patients a été retenue.
-

 Version originale :

# Edinburgh Postnatal Depression Scale<sup>1</sup> (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

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\*)

Are 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  
(ماشي غير الاحساس ديالك هذا النهار)

• نعطيك مثال:

• كنتحاسة بالفرحة

• نعم دائما

• نعم فياغلبا لاوقات

• لا قليل

• لا نهائيا

**1. كنت كاتقدر نضح كوكان شوف الجانب لمضحك ديال الاشياء**

• نعم بحال ديما

• لا ماشي كيما شحال هذي

• لا اطلاقا ماشي بحال شحال هادي

• لا نهائيا

• لا عادي كيف ديما قادر نولف

7. كنت حزينة لدرجت كان عندي صعوبة فالنعاس

• نعم فياغلب 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 كنبكي

• نعم فاغلب الاوقات

• نعم بزاف ديال الاوقات

• احيانا فقط

• لا نهائيا

10. تفكير فيانني نادي راسي جاتني البالي

• نعم بزاف ديال المرات

• بعض المرات

• نادرا قليل بزاف

• لا ابدا

• نعم بعض الاوقات ماكنتش قادره نولف بحال لكيف كنت

• لا فياغلب الاوقات كنت قادره نواكب

❖ 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

تقييم 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 حاملة 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 كئوسف الأمور بفرح

- نعم كئفما دئما
- شوفا أقل من كئف كنت
- قليل بزاف من كئف كنت

-لا قليل بزاف

## 3. كنت كئلوم راسي بدون سبب مئن الأمور تتكون خائبة :

- نعم فغالبا الأءهان
- نعم بعض الأءهان
- لا ماشي بزاف
- لا على الإءلاق

## 4. لكنت كئكون مءلق وخائف بدون سبب مءنع

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

## 5. كنت كئحس بالخوف والقءق بدون سبب مءنع

- نعم بزاف
- نعم مرة مرة
- لا ماشي بزاف
- لا على الإءلاق

## 6. الأمور كانت فوق من الاستطاعة دئالي :

- نعم فغالبا الأءهان مكنءش قادرة نولف
- نعم ببعض الأءهان مكنءش قادرة نولف
- لا فغالبا الأءهان كنت كئقد رءءعامل مع الوءعئة
- لا عادي وءفت دءيا

## 7. كنت مافرحاناش لءرءة ولات عئدي صعوبة فالنعاس

- نعم فغالبا الأءهان
- نعم فبعض الأءهان
- لا ماشي بزاف
- لا على الإءلاق



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:

✓ إكتتاب 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 (ماشي 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 الفايته:

**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 كنعوم 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 مقتع:**

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

•

**5- كنت كنحس بالخوف والهلع بدون سبب مقتع:**

• بزاف ديال المرات

• نعم بعض المرات

• لاقليل

• لا على الاطلاق

**6- الامور ولات فوفا 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 مافرحانش 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 فياغلب الاوقات
- نعم بزاف ديال المرآت
- بعض الاوقات
- لاعلى الاطلاق

## 10- الفكره انني تنآدي راسي جاتني البالي:

- نعم بزاف ديال المرآت
- بعض المرآت
- نادرا (قليل بزاف)
- لاعلى 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

تقييم 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 vers l'anglais – Échelle EPDS**

Les deux contre-traductions de la version arabe dialectale marocaine vers l'anglais de l'**Échelle de Dépression Post-Partum d'Édimbourg (EPDS)** ont été réalisées par :

- **Mme Fatine Kabab**, titulaire d'un master en littérature anglaise – Faculté des Lettres, Fès
- **Mme Mariam Rouibahe**, titulaire d'un master en littérature anglaise – Faculté des Lettres, Fès

Les deux traductrices ont été informées que le questionnaire concernait l'évaluation de la **sévérité de la dépression post-partum**.

❖ **Important** : elles n'ont jamais eu accès à la version originale de l'EPDS.

La **discussion comparative** des deux contre-traductions a été effectuée par :

- **Dr Chaimae Fathi**
- **Dr Oumaima Belfquih**
- En collaboration avec les deux traductrices mentionnées ci-dessus.

## **Première version – Questionnaire EPDS (Version anglaise)**

---

**Informations personnelles :**

- **Name** : .....
- **Date of Birth (The mother)** : .....

- **Date of Birth (The child) :** .....
  - **Address :** .....
  - **Phone number :** .....
- 

 **Instructions :**

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 to select the answer that best reflects how you have been feeling **over the past seven days** (not just how you feel today).

---

 **Example question:**

**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.*

---

 **Questionnaire (last 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
- 

### **Scoring system :**

- **Questions 1, 2, 4 :**  
Scored **0 to 3** (first answer = 0, last = 3)
- **Questions 3, 5 to 10 :**  
**Reverse scoring** from **3 to 0** (first answer = 3, last = 0)
- **▲ Maximum score : 30**
- **▼ Possible depression : 10 or greater**

 **Always pay attention to item 10 (suicidal thoughts).**

## **Deuxième version – Questionnaire EPDS (Version anglaise)**

---

### **Informations personnelles :**

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

### **Instructions :**

Since you're **pregnant** or have **recently had a baby**, we would like to understand how you're feeling by asking you some questions.

Please choose the answer that most closely reflects how you've been feeling **during the past seven days** (not just today).

---

 **Example question:**

**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.*

---

 **Questionnaire (last 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
- Definitely 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 seemed 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 system :

- **Questions 1, 2, 4 :**  
Scored **0 to 3** (first answer = 0, last = 3)
- **Questions 3, 5 to 10 :**  
**Reverse scoring** from **3 to 0** (first answer = 3, last = 0)
- **▲ Maximum score : 30**
- **▼ Possible depression : 10 or greater**

 **Always review item 10 (suicidal thoughts).**

## **EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale**

(Version consensuelle – Anglais)

---

### Personal Information

- **Name:** .....
  - **Date of Birth (Mother):** .....
  - **Date of Birth (Child):** .....
  - **Address:** .....
  - **Phone Number:** .....
- 

### Instructions

As you are either **expecting a baby** or have **recently given birth**, we would like to know how you're feeling about yourself by asking you some questions.

Please try to select the answer that best reflects how you've been feeling **during the past seven days** (not just how you feel today).

---

### 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 you were feeling happy most of the time.

---

### **Questionnaire – 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, and 4** → Scored **0 to 3**  
(First response = 0, Last = 3)
- **Questions 3, and 5 to 10** → **Reverse scoring**, from **3 to 0**  
(First response = 3, Last = 0)
- **▲ Maximum Score: 30**

- ▼ **Possible depression: Score of 10 or greater**

⚠ **Always review question 10 (suicidal thoughts).**

## **Test préliminaire :**

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

La passation a pris en moyenne 6min, les consignes ont 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 :

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

## **B) validation quantitative**

### **I – Introduction**

La dépression postnatale est une forme particulière de trouble de l'humeur qui survient après l'accouchement, affectant de manière significative le bien-être psychologique des mères. Elle se manifeste par une constellation de symptômes incluant une tristesse persistante, un sentiment d'impuissance ou d'inadéquation dans le rôle maternel, une anxiété marquée, des troubles du sommeil, une fatigue intense, ainsi qu'une tendance au retrait social et à l'isolement. Ces manifestations peuvent compromettre les capacités de la mère à répondre aux besoins de son nourrisson et à établir un lien affectif sécurisant.

Selon Guedenney et Jeammet (2001), la dépression postnatale connaît deux périodes critiques d'émergence. La première survient généralement entre la sixième et la douzième semaine après l'accouchement, ce que les auteurs qualifient de "dépression précoce". La seconde, plus tardive, se développe au cours du second semestre post-partum, période où les facteurs psychosociaux, le manque de soutien et la fatigue chronique peuvent s'accumuler. Ces temporalités soulignent

l'importance d'un suivi longitudinal du bien-être psychologique maternel tout au long de la première année postnatale.

Non prise en charge, la dépression postnatale peut avoir des répercussions graves. Elle est associée à un risque accru de conflits conjugaux, voire d'échec marital, et peut nuire à l'établissement d'une relation mère-enfant harmonieuse. Cette perturbation du lien d'attachement a été liée à divers troubles du développement chez l'enfant, tant sur le plan cognitif qu'émotionnel, comme le rapportent plusieurs études (Beebe et al., 2008 ; Beck, 1998 ; Goodman et al., 2008). Ainsi, la détection et la prise en charge précoces de la dépression postnatale représentent un enjeu majeur de santé publique, à la fois pour la mère, l'enfant et l'environnement familial global.

L'Échelle d'Édimbourg de dépression postnatale (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS) a été conçue en 1987 par Cox, Holden et Sagovsky dans le but de fournir aux professionnels de la santé un outil simple, rapide et fiable permettant de dépister précocement les symptômes dépressifs chez les femmes en post-partum. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré comportant 10 items, évaluant les ressentis émotionnels de la mère au cours des sept jours précédant la passation. Chaque item propose quatre modalités de réponse graduée, reflétant l'intensité ou la fréquence du symptôme évoqué, et est coté de 0 à 3. Le score total varie donc de 0 à 30, un score élevé indiquant une symptomatologie plus marquée.

L'EPDS se distingue par sa facilité d'utilisation en contexte clinique ou communautaire : elle peut être complétée en moins de cinq minutes, sans nécessiter de formation spécialisée pour son administration ou sa cotation, ce qui en fait un outil particulièrement adapté aux soins primaires. Un score égal ou supérieur à 10 est généralement considéré comme indicatif d'une probabilité significative de dépression postnatale, justifiant une évaluation clinique plus approfondie.

Lors de sa validation initiale auprès d'une population de femmes écossaises, le seuil de coupure optimal retenu était de 12/13, seuil à partir duquel la sensibilité et la spécificité de l'outil étaient jugées satisfaisantes pour le repérage des cas cliniquement significatifs (Henshaw et al., 2009). Ce seuil peut toutefois varier légèrement en fonction des contextes culturels et linguistiques, d'où la nécessité d'adaptations et de validations locales pour garantir la validité et la fiabilité de l'outil dans des contextes spécifiques, comme celui du Maroc.

De nombreuses études ont confirmé la validité et la pertinence de l'échelle d'Édimbourg (EPDS) dans des contextes culturels et linguistiques variés, ce qui témoigne de sa robustesse psychométrique et de sa capacité à s'adapter à des environnements cliniques diversifiés (Matthey et al., 2003). À ce jour, l'EPDS demeure l'outil de dépistage de la dépression postnatale le plus largement utilisé à travers le monde. Elle a été traduite dans plus de 23 langues et validée dans plusieurs pays, permettant ainsi une utilisation globale, tout en tenant compte des spécificités linguistiques et culturelles des populations concernées.

Parmi les versions les plus notables, on retrouve la traduction turque validée par Aydan N. et collaborateurs en 2004, la version indienne réalisée par Banerjee N. et al. dès 1999, ainsi que la traduction italienne proposée par Benvenuti P. et al. la même année. En contexte francophone, la version française de l'EPDS a été traduite et validée par Guedeney N. et Fermanian J. en 1998, et est aujourd'hui utilisée dans plusieurs pays européens et africains.

Concernant le monde arabe, une première adaptation linguistique a été menée par Ghubash Rafia, Abu Saleh Mohammad et Tawfiq Daradkeh en 1997 aux Émirats Arabes Unis, marquant une étape importante dans l'intégration de l'outil au sein des systèmes de soins de santé maternelle de la région (Henshaw & Elliott, 2005). Cependant, cette version est rédigée en arabe littéraire standard, ce qui peut constituer une limite dans les contextes où les patientes s'expriment majoritairement en dialecte local, comme c'est le cas au Maroc. D'où l'intérêt de développer et valider une version spécifique en dialecte marocain, qui reflète plus fidèlement les modes d'expression et les nuances émotionnelles propres aux femmes marocaines en post-partum.

Bien que l'Échelle d'Édimbourg ait été initialement conçue pour le dépistage de la dépression postnatale, son champ d'application a été progressivement élargi. Elle a notamment été validée pour une utilisation durant la grossesse (période prénatale), ainsi que chez certaines populations non maternelles, y compris les pères, ce qui souligne la souplesse de l'outil et son intérêt dans l'évaluation de la santé mentale périnatale au sens large (Henshaw et al., 2009). Ces élargissements permettent une approche plus globale du dépistage, prenant en compte les répercussions émotionnelles de la parentalité chez les deux membres du couple.

À ce jour, plus de 46 études internationales ont évalué la validité et la fiabilité psychométrique de l'EPDS dans des contextes culturels variés. Toutefois, 27 de ces études ont été écartées en raison de biais méthodologiques ou de lacunes dans les protocoles de validation. Seules 19 ont été retenues selon des critères rigoureux, parmi lesquelles figure la version arabe modifiée et validée par des médecins aux Émirats Arabes Unis (Jardri, 2004). Cette version constitue une base précieuse pour l'adaptation de l'échelle au monde arabe, bien qu'elle reste formulée en arabe littéraire, langue peu utilisée dans la vie quotidienne par certaines populations comme celle du Maroc.

Une étude de référence, menée aux Émirats Arabes Unis par Ghubash et al. (1997), a porté sur un échantillon de 95 femmes en post-partum, évaluées une semaine après l'accouchement. Le seuil de coupure utilisé pour l'EPDS était fixé à 12, et l'étude a rapporté une sensibilité de 73 % et une spécificité de 90 %, avec une excellente cohérence interne estimée par un coefficient alpha de Cronbach de 0,84. Ces résultats témoignent de la pertinence de l'EPDS dans un contexte culturel arabe, tout en rappelant l'importance d'une adaptation linguistique fine pour optimiser la compréhension et la précision des réponses.

Il convient néanmoins de souligner que les taux de dépression postnatale estimés à partir de l'EPDS peuvent être sous-évalués. Plusieurs facteurs contribuent à cette sous-estimation : le déni ou la minimisation des symptômes par les mères, la variabilité des outils de mesure utilisés d'une étude à l'autre, les différences dans les périodes de mesure postnatale, les tailles d'échantillons parfois réduites, les méthodes de sélection non aléatoires, ainsi que les spécificités culturelles influençant l'expression de la détresse psychique. Ces éléments renforcent la nécessité de disposer d'outils adaptés à la langue et à la culture de la population ciblée pour garantir un dépistage efficace et équitable.

À notre connaissance, cette étude pourrait constituer la première tentative de quantification rigoureuse de la prévalence de la dépression postnatale au Maroc à l'aide d'un instrument standardisé. Bien que plusieurs outils aient été élaborés dans le

but de dépister la dépression du post-partum, l'Échelle d'Édimbourg (EPDS) demeure à ce jour la plus utilisée au niveau international. Sa spécificité dans l'évaluation des symptômes dépressifs en période postnatale, sa simplicité d'administration, ainsi que sa solidité psychométrique en font un outil de référence dans de nombreux pays et contextes cliniques.

Depuis sa création, l'EPDS a fait l'objet de nombreuses validations et a été au centre de multiples publications scientifiques, confirmant sa fiabilité, sa sensibilité et sa capacité à être adaptée à divers contextes culturels. Son utilisation dans le monde arabe reste cependant limitée à quelques validations en arabe littéraire, sans réelle adaptation aux dialectes locaux. Dans ce contexte, l'idée de proposer une version dialectale marocaine de l'échelle nous est apparue non seulement pertinente, mais également nécessaire. Elle permettrait d'optimiser la compréhension des items par les patientes, de favoriser des réponses plus authentiques et de garantir une meilleure sensibilité dans le dépistage de la dépression postnatale dans cette population.

## II – Méthodes et Matériaux

Cette étude s'inscrit dans une démarche de validation psychométrique de la version dialectale marocaine de l'échelle d'Édimbourg de dépression postnatale (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), un outil internationalement reconnu pour le dépistage de la symptomatologie dépressive chez les femmes en post-partum. L'enquête a été conduite auprès d'un échantillon de 91 femmes recrutées lors de consultations de vaccination au niveau d'un centre de santé urbain situé à Aïn Kadous, dans la ville de Fès. Toutes les participantes ont complété l'EPDS dans sa version traduite et adaptée au dialecte marocain.

L'analyse statistique a permis de déterminer un seuil optimal de 13, à partir duquel la détection de cas potentiels de dépression postnatale était la plus fiable, en accord avec les standards internationaux. Les résultats ont également mis en évidence une bonne cohérence interne de l'échelle, attestée par un coefficient alpha de Cronbach satisfaisant, ainsi qu'une fiabilité globale adéquate. Ces résultats suggèrent que la version dialectale de l'EPDS constitue un instrument fiable et pertinent pour le dépistage de la dépression postnatale dans un contexte marocain.

**La prévalence de la symptomatologie dépressive postnatale dans cet échantillon a été estimée à 28,30 %, ce qui confirme l'importance du dépistage systématique dans les structures de soins primaires et souligne la nécessité d'intégrer des outils de repérage validés localement dans le suivi post-partum.**

### II.1. Participants et caractéristiques sociodémographiques

L'étude a porté sur un échantillon aléatoire de 91 femmes en post-partum, évaluées entre la 4<sup>e</sup> et la 14<sup>e</sup> semaine suivant l'accouchement. Ce délai a été choisi conformément aux recommandations relatives au dépistage de la dépression postnatale, qui préconisent une évaluation au-delà des premiers jours post-partum afin de distinguer les symptômes transitoires du baby blues d'un épisode dépressif caractérisé. L'âge des participantes variait de 21 à 47 ans. La majorité d'entre elles présentaient un niveau d'éducation secondaire ou supérieur, ce qui a favorisé la compréhension du questionnaire utilisé. Les caractéristiques détaillées de la population étudiée sont présentées dans le tableau 1.

Caractéristiques	
Age de la mère	Moyenne=30.01 ans déviati on standard =4.96 Min= 21 Max=47
Age du bébé	Moyenne=4.39 mois déviati on standard=3.59 Min=2 Max=6
Niveau d'étude	Jamais scolarisées 39.62% primaire=31.23% collèg e =16.98% lycée=12.07%
Statut marital	célibataire= 29% Marriée=62% Divorcée=9% veuve=0%

## II.2. Considérations éthiques

L'étude a été menée dans le respect des principes éthiques en vigueur en recherche biomédicale. L'approbation du comité d'éthique a été obtenue avant le début de la collecte des données. Toutes les participantes ont reçu une information complète sur les objectifs, les modalités et les implications de l'étude, et ont donné leur consentement éclairé par écrit avant leur inclusion. Par ailleurs, toute participante présentant des signes de souffrance psychique nécessitant une prise en charge spécifique a été orientée vers une structure psychiatrique adaptée afin de garantir un accompagnement approprié.

## II.3. Conception de l'étude et site d'enquête

Il s'agit d'une étude quantitative transversale menée dans un centre de santé urbain situé à Fès, au sein du quartier populaire de Aïn Kadous. Le recueil des données a eu lieu lors des consultations de vaccination des nourrissons, un contexte propice à l'inclusion de femmes en post-partum. Ce cadre a permis de recruter un échantillon représentatif de mères ayant récemment accouché et n'ayant pas systématiquement accès à un suivi psychologique spécialisé.

## II.4. Traduction de l'instrument

Dans le cadre de cette étude, une adaptation linguistique rigoureuse de l'échelle d'Édimbourg (EPDS) a été entreprise afin de la rendre accessible en dialecte arabe marocain. La procédure de traduction a suivi les recommandations standards en matière de validation transculturelle des instruments psychométriques. Deux traducteurs bilingues indépendants ont réalisé la première traduction de la version anglaise vers l'arabe dialectal marocain. Ensuite, deux autres traducteurs, également bilingues et n'ayant pas eu accès à la version originale, ont procédé à une rétro-traduction vers l'anglais. Ces traducteurs avaient pour langue maternelle l'arabe dialectal marocain et possédaient une excellente maîtrise de l'anglais.

La comparaison entre la version originale anglaise et la version rétro-traduite a permis d'évaluer la fidélité conceptuelle de la traduction. Un taux de similarité de 90 % a été observé, ce qui témoigne d'une bonne équivalence linguistique et sémantique entre les deux versions. Les divergences

mineures ont été discutées au sein de l'équipe de recherche afin de garantir la clarté, la pertinence culturelle et la compréhension des items par les femmes marocaines.

## II.5. Instruments utilisés

- **Entretien préliminaire** : Un entretien individuel a été réalisé avec chaque participante avant l'administration du questionnaire. Cet entretien visait à expliquer les objectifs de l'étude, à instaurer un climat de confiance, et à recueillir des informations sociodémographiques permettant de mieux caractériser l'échantillon (âge, niveau d'éducation, situation matrimoniale, etc.).
- **Version arabe dialectale de l'échelle d'Édimbourg (EPDS)** : L'instrument principal utilisé pour cette recherche était l'EPDS, une échelle de dépistage de la dépression postnatale composée de 10 items. Chaque item explore un aspect des symptômes dépressifs ressentis par la femme au cours des sept derniers jours. Les réponses sont cotées de 0 à 3, permettant un score total variant de 0 à 30. L'échelle a été conçue pour être auto-administrée, et ce fut le cas pour la quasi-totalité des participantes. Une exception a été faite pour une femme illettrée, à qui l'échelle a été administrée sous forme d'entretien, en veillant à ne pas induire les réponses. Cette procédure a permis de maintenir l'uniformité des conditions de passation tout en garantissant l'inclusivité de l'échantillon.

## II.6. Méthodes statistiques

### 1. Analyse des données descriptives

Les données recueillies ont d'abord été traitées à l'aide de statistiques descriptives, dans le but de fournir un aperçu général des performances à l'échelle d'Édimbourg dans l'échantillon étudié. Ces analyses permettent d'évaluer la distribution des scores, de détecter d'éventuelles valeurs extrêmes, et de vérifier la cohérence globale de l'outil dans le contexte étudié.

Les indicateurs suivants ont été pris en compte :

- **N (Effectif)** : Le nombre total de participantes incluses dans l'analyse statistique s'élève à 90 femmes, une participante ayant été exclue pour données manquantes ou inexploitable.
- **Scores minimum et maximum** : Ces valeurs indiquent les scores les plus bas et les plus élevés observés à la première passation de l'EPDS (notée P1 ST). Les scores s'étendaient de 0 (absence totale de symptômes dépressifs) à 29 (niveau élevé de symptomatologie), ce qui montre une large variabilité dans les expériences rapportées par les participantes.
- **Moyenne (M)** : Le score moyen obtenu lors de cette première passation était de **8,10**, ce qui suggère la présence de symptômes dépressifs modérés dans la population étudiée, avec une minorité de femmes dépassant les seuils cliniques de détection.
- **Écart-type (SD)** : L'écart-type observé autour de la moyenne renseigne sur la dispersion des scores. Un écart-type relativement élevé indique une hétérogénéité des réponses, traduisant une diversité dans les vécus psychologiques post-partum au sein de l'échantillon.

Ces statistiques descriptives sont essentielles pour juger de la capacité discriminante de l'échelle dans cette population spécifique. Elles permettent également d'évaluer si les scores observés respectent une distribution compatible avec les analyses ultérieures de validité et de fiabilité.

<b>Statistiques descriptives</b>					
	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart type</b>
<b>P1 ST</b>	90	0	29	8,10	8,186
<b>P2 ST</b>	90	0	29	8,10	8,018
<b>P3 ST</b>	30	0	28	11,00	7,469
<b>N valide (liste)</b>	30				

### **III-1. Résultats :**

#### **Acceptabilité (durée)**

L'une des premières considérations dans l'évaluation d'un instrument psychométrique est son acceptabilité, qui englobe la rapidité, la simplicité d'utilisation et la facilité d'administration. Dans cette étude, nous avons mesuré le temps nécessaire à la passation de l'échelle d'Édimbourg (EPDS) pour évaluer sa praticité dans un contexte clinique quotidien.

Pour les 90 femmes incluses dans l'analyse, le temps moyen de passation de l'échelle était de **5,67 minutes**. Ce délai est bien inférieur à la limite de 10 minutes préconisée dans la littérature pour ce type d'outil de dépistage, ce qui confirme que l'échelle est non seulement rapide mais également pratique à utiliser dans un environnement de consultation, tel que celui des services de vaccination.

Le fait que l'EPDS puisse être administrée en quelques minutes sans nécessiter une formation complexe pour les professionnels de santé renforce son potentiel d'intégration dans les pratiques cliniques courantes. Cette rapidité d'administration est un facteur crucial pour l'acceptation de l'échelle par les praticiens, en particulier dans les contextes de soins primaires où le temps alloué par patiente est souvent limité.

La durée de passation de l'échelle est ainsi un élément positif dans la perspective de sa large diffusion et de son utilisation régulière pour le dépistage de la dépression postnatale. Cela pourrait contribuer à une détection précoce des symptômes et, par conséquent, à une intervention plus rapide pour les mères souffrant de dépression post-partum.

<b>Statistiques descriptives</b>					
	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Ecart type</b>
<b>durée p1</b>	90	4	9	5,67	1,521
<b>N valide (liste)</b>	90				

- **Effet plancher/plafond**

L'**effet plancher** et l'**effet plafond** sont deux phénomènes importants à considérer lors de l'évaluation des outils de mesure psychométriques, en particulier dans le cadre du dépistage des troubles comme la dépression postnatale. Ces effets peuvent nuire à la capacité de l'échelle à discriminer efficacement entre les différents niveaux de symptomatologie.

- **Effet plancher** : Cet effet se manifeste lorsque de nombreuses participantes obtiennent des scores très bas, souvent proches du score minimal possible (dans le cas de l'EPDS, 0). Cela peut indiquer une faible sensibilité de l'échelle à détecter des symptômes légers ou des cas moins graves de dépression postnatale. En d'autres termes, l'échelle pourrait ne pas être suffisamment fine pour identifier les premières manifestations de la dépression.
- **Effet plafond** : À l'opposé, l'effet plafond se produit lorsque beaucoup de participantes obtiennent des scores élevés, proches du score maximal (dans le cas de l'EPDS, 30). Cela pourrait suggérer que l'échelle est trop sensible ou que les cas les plus graves de dépression sont difficilement différenciables, ce qui réduit la capacité de l'outil à identifier correctement les variations dans les niveaux de sévérité de la dépression postnatale.

**Observation dans cette étude :**

L'analyse des fréquences des réponses pour chaque item de l'échelle a révélé des signes d'effet plancher. Par exemple, pour la question P1Q1 (qui évalue la tristesse générale et la perte de plaisir), **58,9 % des participantes** ont obtenu un score de 0. Cela pourrait suggérer que la majorité des participantes ne rapportaient pas de symptômes de tristesse ou d'anxiété dans les sept jours précédents l'administration de l'échelle, ce qui, bien que normal pour certaines, peut indiquer une sous-évaluation de la sensibilité de l'échelle pour détecter les premiers signes de la dépression postnatale dans cette population.

Cependant, cet effet plancher n'est pas nécessairement problématique, tant qu'il n'atteint pas des proportions excessives et que l'échelle reste capable de détecter les cas modérés et graves. L'effet plafond n'a pas été observé dans cette étude, ce qui suggère que l'échelle pourrait ne pas avoir de limites sur sa capacité à détecter les cas les plus graves de dépression.

Cette information sur les effets plancher et plafond est cruciale pour interpréter correctement les résultats obtenus avec l'EPDS et peut servir à affiner les seuils diagnostiques dans de futures études.

- **Fiabilité interne (Alpha de Cronbach)**

La **fiabilité interne** est un indicateur crucial de la qualité psychométrique d'un instrument de mesure. Elle évalue dans quelle mesure les différentes questions d'un questionnaire mesurent le même concept sous-jacent, dans ce cas, la dépression postnatale. Un des indices les plus utilisés pour mesurer cette fiabilité est l'**alpha de Cronbach**.

- **Alpha de Cronbach** : Il s'agit d'une mesure de la cohérence interne d'une échelle, qui varie entre 0 et 1. Un score supérieur à 0,7 est généralement considéré comme acceptable, indiquant que les items sont suffisamment corrélés entre eux pour mesurer un même facteur. Un score très élevé (proche de 1) reflète une très bonne cohérence interne, tandis qu'un score faible suggère que les items pourraient mesurer des concepts différents.

Dans le cadre de cette étude, l'**alpha de Cronbach** de l'EPDS est de **0,940**, ce qui est **excellent** et largement supérieur au seuil de 0,7, traditionnellement utilisé pour indiquer une fiabilité acceptable. Ce résultat suggère que les questions de l'échelle sont non seulement liées entre elles, mais qu'elles mesurent effectivement un même construit : la dépression postnatale.

Un alpha de Cronbach aussi élevé renforce la validité de l'échelle pour le dépistage de la dépression postnatale dans cette population spécifique. Cela signifie que les différentes dimensions de la dépression, évaluées à travers les dix items de l'EPDS, s'alignent bien, ce qui rend l'instrument fiable pour identifier les symptômes de la dépression dans cette population de mères post-partum.

Ce résultat est également cohérent avec la littérature, où des alpha de Cronbach élevés sont régulièrement rapportés pour l'EPDS dans diverses populations. Ce niveau de fiabilité est essentiel pour garantir que les scores obtenus sont représentatifs des niveaux de dépression postnatale des participantes et qu'ils peuvent être utilisés pour prendre des décisions cliniques éclairées.

<b>Statistiques de fiabilité</b>	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,940	10

<b>Statistiques de total des éléments</b>				
	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
P1Q1	7,52	54,117	,878	,928
P1Q2	7,50	54,522	,826	,931
P1Q3	7,02	54,314	,778	,933
P1Q4	6,96	53,504	,742	,935
P1Q5	7,36	56,344	,645	,939
P1Q6	7,00	52,022	,803	,932
P1Q7	7,58	58,584	,576	,942
P1Q8	7,31	52,284	,846	,929
P1Q9	7,39	52,308	,889	,927
P1Q10	7,97	60,707	,614	,941

- **Fiabilité test-retest (Corrélation intra-classe ou ICC)**

La **fiabilité test-retest** est une mesure clé pour évaluer la **stabilité** des résultats d'un instrument de mesure au fil du temps. Elle permet de vérifier si l'échelle produit des résultats cohérents lorsqu'elle est administrée à plusieurs reprises à la même population dans des conditions similaires. Cette évaluation est particulièrement importante dans les études longitudinales ou dans les cas où les scores doivent être suivis au fil du temps.

- **Corrélation intra-classe (ICC)** : L'ICC est un indice statistique qui mesure la cohérence des scores obtenus par un même groupe de participants entre deux passations de l'échelle. Il est particulièrement utile pour les données continues et est souvent utilisé pour évaluer la fiabilité des instruments de mesure dans des contextes répétitifs.

Dans cette étude, l'ICC entre les deux passations de l'échelle (P1 et P2) est de **0,995**, ce qui indique une **fiabilité extrêmement élevée**. Une valeur proche de 1,0 suggère que les scores obtenus par les participantes lors des deux évaluations sont presque identiques, ce qui atteste de la **stabilité** des résultats sur la période considérée.

Un ICC aussi élevé est un signe de la grande cohérence de l'échelle et montre qu'elle est peu susceptible de produire des résultats erronés ou fluctuant au fil du temps. Cela renforce l'idée que

L'EPDS est un instrument fiable pour le dépistage de la dépression postnatale, car les scores obtenus au départ sont stables et reproductibles lors des évaluations successives.

Ce score de **0,995** dépasse largement les seuils de fiabilité généralement attendus pour les tests psychométriques, où un ICC supérieur à **0,75** est considéré comme un indicateur de bonne fiabilité. Ainsi, cette étude montre que l'EPDS peut être administrée à plusieurs reprises sans risque de variation des résultats, ce qui en fait un outil précieux pour les professionnels de santé dans le suivi des mères post-partum.

<b>Coefficient de corrélation intra-classe</b>							
	Corrélation intra-classe <sup>b</sup>	Intervalle de confiance à 95 %		Test F avec valeur réelle 0			
		Borne inférieure	Borne supérieure	Valeur	ddl1	ddl2	Sig
Mesures uniques	,995 <sup>a</sup>	,992	,997	375,974	89	89	,000
Mesures moyennes	,997 <sup>c</sup>	,996	,998	375,974	89	89	,000
Modèle à effets mixtes à deux facteurs lorsque les effets sur les personnes sont aléatoires et les effets des mesures sont fixes.							
a. L'estimateur est identique, que l'effet d'interaction soit présent ou non.							
b. Coefficients de corrélation intra-classe de type C utilisant une définition d'homogénéité (la variance entre mesures est exclue de la variance du dénominateur).							
c. Cette estimation est calculée en supposant que l'effet d'interaction est inexistant, puisqu'il ne peut pas être estimé autrement.							

## **III-2. Discussion :**

### **Argumentaire de l'étude :**

- Plusieurs instruments d'évaluation ont été développés pour le dépistage de la dépression post-partum, mais l'échelle d'Edinburgh (EPDS) demeure l'outil de référence. Elle est la plus utilisée à travers le monde et a été validée par plusieurs équipes.
- La validation de cette échelle pour le contexte marocain a été jugée pertinente.

### **Déroulement de l'étude :**

- **Traduction et adaptation culturelle :**

La traduction de l'EDPS a été réalisée à partir de l'anglais vers l'arabe dialectal marocain, en tenant compte de l'adaptation transculturelle.

L'objectif était de rendre le questionnaire compatible avec le contexte socioculturel marocain tout en préservant le sens original.

- **Adaptation des termes :**

Certains termes sans équivalent direct en arabe dialectal ont été remplacés par des expressions plus adaptées au contexte marocain (par exemple, "things have been getting on top of me", "anxious", "worried", etc.).

- **Contre-traduction :**

La version consensuelle obtenue a été comparée à la version originale pour identifier d'éventuelles incohérences, permettant ainsi de valider la traduction correcte et fidèle à l'original, tout en étant adaptée au contexte marocain.

- **Essai de l'outil :**

L'outil a été testé auprès d'un échantillon hétérogène, comprenant une proportion significative de participants analphabètes. Aucun participant n'a rencontré de difficulté de compréhension du questionnaire.

### **Apports et limites du travail :**

- **Apport principal :**

Ce travail constitue la première étude visant à valider l'EDPS pour le contexte marocain, en arabe dialectal. Il est le troisième du genre en Afrique après la Tunisie et l'Algérie.

- **Limites :**

Bien que cette étude soit une base importante, elle reste incomplète sans une validation quantitative, prévue dans les mois à venir.

### **Perspectives du travail :**

- **Validation quantitative :**

Après cette validation qualitative, une validation quantitative a été réalisée pour offrir une version fiable de l'outil aux praticiens.

### **Adaptation à d'autres dialectes marocains :**

**L'objectif est de créer un outil adapté culturellement et linguistiquement, en ouvrant la voie à des recherches futures pour traduire l'outil dans d'autres langues courantes au Maroc, telles que le Soussi, Chelha, et Hassani.**

## **Propriétés psychométriques de la version arabe de l'EPDS au Maroc**

Cette étude a pour objectif d'explorer les **propriétés psychométriques** de la version arabe de l'**Échelle d'Édimbourg pour la Dépression Postnatale (EPDS)** dans le contexte marocain. L'EPDS, qui a été développée et validée dans des contextes culturels variés, a été traduite en plusieurs langues, y compris en arabe. La version arabe a été initialement réalisée par **Ghubash et ses collègues** en 1997, aux Émirats Arabes Unis, et elle a été utilisée dans diverses études menées dans différents pays arabes, tels que le **Liban** (Chaaya et al., 2002) et la **Tunisie** (Massmoudi et al., 2009). Ces travaux ont confirmé que l'EPDS est un instrument robuste et fiable pour détecter la dépression postnatale dans des contextes culturels variés.

Cependant, **l'accès limité à ces versions** adaptées pour les pays arabes, notamment pour le Maroc, a motivé notre démarche de traduction et d'adaptation de l'échelle afin qu'elle soit mieux adaptée au contexte socioculturel et linguistique spécifique du Maroc. Cette démarche vise à garantir que l'instrument soit pertinent et fiable pour une population marocaine, tout en maintenant la validité et la sensibilité du test pour le dépistage de la dépression postnatale.

## **Fiabilité de la version arabe de l'EPDS au Maroc**

Dans notre étude, l'analyse de la **fiabilité interne** de la version arabe de l'EPDS a donné un **alpha de Cronbach de 0,940**, un résultat **exceptionnellement élevé**. Ce score indique que les items de l'échelle mesurent de manière cohérente le même phénomène, en l'occurrence la dépression postnatale, et que l'échelle est fiable pour une utilisation auprès des mères marocaines.

Ce résultat est en ligne avec les études précédentes qui ont validé l'EPDS dans d'autres contextes culturels. Par exemple, **Cox (1987)**, lors de l'étude initiale de la version anglaise de l'EPDS, a trouvé un alpha de Cronbach de **0,88**, ce qui indique également une fiabilité élevée. L'alpha de Cronbach dans notre étude est légèrement supérieur, ce qui renforce la crédibilité de la version arabe pour le dépistage de la dépression postnatale au Maroc.

## **Comparaison avec les versions existantes**

Il est important de souligner que les résultats obtenus dans cette étude sont cohérents avec ceux de précédentes validations de l'EPDS dans d'autres cultures. Par exemple, **Ghubash et al. (1997)** rapportent un alpha de Cronbach de 0,84 pour la version arabe de l'EPDS, ce qui est également considéré comme un bon niveau de fiabilité. Le fait que notre version ait montré un score de **0,940** témoigne de la robustesse de l'échelle dans le contexte marocain.

Les résultats de cette étude démontrent que la version arabe de l'EPDS présente des **propriétés psychométriques solides** et une **fiabilité interne excellente** dans le contexte marocain. Cela suggère que l'EPDS peut être un outil efficace et fiable pour détecter la dépression postnatale chez les mères marocaines, et que la version traduite est prête à être utilisée dans les **pratiques cliniques** et les **études de recherche** sur la santé mentale post-partum au Maroc.

## **Perspectives transculturelles et prévalence de la dépression postnatale**

Dans sa **revue critique de la littérature** sur les aspects transculturels des troubles psychiatriques postnatals, **Kumar (1994)** souligne la **rareté des études** menées en dehors de l'Europe occidentale et de l'Amérique du Nord. Cette observation a mis en lumière l'absence de données sur la

dépression postnatale dans des **contextes culturels variés**. Cependant, depuis cette époque, le nombre d'études internationales a considérablement augmenté, incluant désormais de nombreux pays et continents, ce qui a permis une meilleure compréhension transculturelle de cette pathologie.

### **Influence des traditions culturelles sur la dépression postnatale**

Nicole Guedeney (2001) suggère que la **prévalence de la dépression postnatale** ne diffère pas de manière significative entre les différentes populations, à condition que des **outils de mesure adaptés** à chaque culture soient utilisés. En effet, les **traditions culturelles** et les **perceptions sociales** entourant la naissance et la maternité influencent considérablement l'expérience des femmes et, par conséquent, les taux de dépression postnatale. Par exemple, certaines cultures peuvent stigmatiser les femmes exprimant des symptômes de dépression postnatale, ce qui pourrait sous-estimer la prévalence réelle de la maladie.

### **Prévalence de la dépression postnatale : données mondiales**

Une **méta-analyse** réalisée par O'Hara et Swain (1996) a examiné 59 études utilisant des critères diagnostiques issus des manuels **DSM** et **CIM**, ainsi que des outils de dépistage comme l'échelle **Jung** (1965), l'échelle de **Beck** (1961) et l'**EPDS** (1987). Selon cette analyse, la prévalence mondiale de la dépression postnatale se situe en moyenne autour de **13 %** (Ferreri et al., 2003). Cette donnée a été confirmée par d'autres études, qui montrent que la dépression postnatale touche un nombre significatif de femmes, mais que **la reconnaissance** et **le traitement** de cette pathologie demeurent insuffisants dans de nombreuses régions du monde.

### **Sous-diagnostic et sous-traitement**

Il est estimé qu'une proportion importante de **mères dépressives** ne sont ni diagnostiquées ni traitées, ce qui représente un défi majeur en matière de **santé publique**. **Gautier** (2007) met en évidence que **30 à 50 %** des femmes souffrant de dépression postnatale échappent aux soins nécessaires. Cela est dû à plusieurs facteurs, tels que la **normalisation** des symptômes de dépression postnatale dans certaines cultures, la **stigmatisation** des troubles mentaux, ou encore le manque d'accès aux soins de santé mentale.

Les études transculturelles et les métaanalyses indiquent qu'il existe une prévalence relativement constante de la dépression postnatale à l'échelle mondiale. Cependant, l'efficacité du dépistage et du traitement varie considérablement en fonction des **contextes culturels**, des **outils de mesure** et de **l'accès aux soins**. Ces éléments doivent être pris en compte dans les stratégies de prévention et d'intervention afin de mieux soutenir les femmes souffrant de cette condition, notamment dans des pays comme le **Maroc**, où la dépression postnatale reste sous-diagnostiquée et sous-traitée.

### **Taux de dépression postnatale dans les populations à faibles revenus et dans les pays arabes**

Les études révèlent que les **taux de dépression postnatale** sont significativement plus élevés dans les **populations à faibles revenus**, avec des prévalences variant entre **23 % et 52 %** (Clark et al., 2008). Par exemple, une étude menée au **Chili** a montré que **48 % des femmes** évaluées à la **12e semaine après l'accouchement** ont obtenu un score supérieur à 9 sur l'**EPDS** (Rondon, 2004), ce qui souligne la prévalence élevée de cette pathologie dans les populations moins favorisées.

Des **études prospectives** en **Inde** ont également mis en évidence un taux de **dépression postnatale** important, notamment dans les **États de Goa** et dans des **zones rurales du sud**, où **23 % et 16 %** des femmes ont présenté un trouble dépressif. De plus, **11 à 14 %** des femmes ont continué à souffrir de dépression six mois après l'accouchement (Chandra, 2004). Ces chiffres suggèrent que la dépression postnatale a une **persistante** et **prolongée** influence sur la santé mentale des mères, ce qui nécessite une attention particulière.

### **Taux dans les pays arabes**

Dans les **pays arabes**, la prévalence de la dépression postnatale varie, mais des études récentes montrent des taux modérés. Aux **Émirats Arabes Unis**, **18 % des femmes** ont été diagnostiquées avec une dépression postnatale grâce à l'**EPDS**, administrée le **septième jour après la naissance** (Abou-Saleh et Ghubash, 1997). Une étude plus récente dans les Émirats a révélé que **22 % des femmes** étaient dépressives **trois mois après l'accouchement** (Green et al., 2009).

Au **Liban**, les taux de dépression postnatale varient de **16 % à Beyrouth** à **26 %** dans la région de la **Bekaa** (Chaaya et al., 2002). En **Tunisie**, l'utilisation de l'**EPDS** a révélé une prévalence de **19,2 %** de la dépression postnatale dans la **première semaine après l'accouchement** (Massmoudi et al., 2009), ce qui témoigne de l'importance de ce problème dans les pays du Maghreb.

### **Résultats de l'étude au Maroc**

Dans notre étude, nous avons utilisé l'**EPDS** avec un **seuil optimal fixé à 13** pour identifier les femmes présentant des symptômes de dépression postnatale. Les résultats ont révélé que **28,30 % des femmes** de notre échantillon étaient dépressives, un taux plus élevé que dans d'autres études arabes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette prévalence relativement élevée :

1. **Manque de diagnostic** : L'absence de détection systématique de la dépression postnatale dans les soins de santé primaires, couplée à une faible sensibilisation, pourrait expliquer cette situation.
2. **Suivi insuffisant** : Le manque de suivi psychologique après l'accouchement peut empêcher une prise en charge adéquate des femmes souffrant de troubles dépressifs.
3. **Stigmatisation culturelle** : Dans certaines cultures, la dépression postnatale est minimisée ou stigmatisée, ce qui peut conduire à un sous-diagnostic et à un manque de traitement.

Les effets graves de la dépression postnatale sur **les femmes**, leurs **interactions avec leur enfant**, et le risque de **troubles mentaux** persistants rendent le **dépistage** et le **suivi** encore plus essentiels. Ces résultats soulignent l'importance de **mieux comprendre** la situation de la dépression postnatale au Maroc et dans d'autres pays à contexte culturel similaire, afin de développer des **stratégies de prévention** et d'**intervention adaptées**.

---

# RÉSUMÉ

La grossesse et le post-partum sont des périodes particulièrement marquées par des changements émotionnels, biologiques, psychologiques, cognitifs et socio-familiaux. Ces transformations rendent la période post-partum un sujet d'intérêt central pour de nombreux auteurs, qui s'accordent à dire qu'elle constitue une période de vulnérabilité accrue, propice aux décompensations et à l'émergence de pathologies psychiatriques.

La dépression du post-partum est le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement. Sa prévalence varie de 10 à 20 %, avec une moyenne d'environ 13 %. Cependant, sa détection reste complexe en raison de la diversité des symptômes et de la présentation clinique. Le tableau clinique comprend généralement des symptômes tels que la fatigue, l'asthénie, l'épuisement, l'insomnie, la perte de libido, et un sentiment de culpabilité face à l'incapacité de répondre aux besoins de l'enfant. Il peut également inclure des symptômes d'irritabilité et d'agressivité dirigés vers le conjoint et les enfants. Dans les cas les plus graves, des idées d'infanticide ou de suicide peuvent apparaître, mettant en danger la vie de la mère et de l'enfant.

La survenue d'une dépression post-partum a des conséquences graves non seulement sur la mère, mais aussi sur la relation mère-enfant, ce qui peut affecter le développement psycho-affectif de l'enfant. Par conséquent, un dépistage précoce est crucial pour éviter des complications graves. Pour ce faire, plusieurs échelles d'évaluation sont mises à la disposition des professionnels de santé pour poser un diagnostic de dépression du post-partum.

L'échelle d'Edinburgh (EPDS), développée en 1987 par J.L. Cox, J.M. Holden et R. Sagovsky dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg, est l'outil de dépistage le plus couramment utilisé. Elle se compose de 10 items, chaque item étant coté de 0 à 3 selon la sévérité des symptômes. L'EPDS permet d'obtenir un score allant de 0 à 30. Les mères obtenant un score de 12 ou plus sont considérées comme étant à risque.

L'objectif de cette étude est de réaliser une validation qualitative et une adaptation transculturelle de l'EPDS en arabe dialectal marocain. Cette validation a été réalisée 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.

Nous espérons que cette version adaptée de l'EPDS en arabe dialectal marocain sera spécifiquement et sensiblement utilisée par les professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, et psychiatres) pour un dépistage plus efficace de la dépression post-partum.

## IV - Conclusion :

En conclusion, la **version arabe de l'EPDS** s'est révélée être une échelle **auto-administrée fiable** et **validée psychométriquement**, avec de bonnes caractéristiques, permettant de mesurer efficacement la **dépression postnatale** chez les mères dans le contexte marocain. Les résultats de notre étude montrent une **prévalence de 28,30 %** de la dépression postnatale parmi les femmes de notre échantillon, un taux relativement élevé, suggérant la nécessité de renforcer la détection de ce trouble.

Il est fortement recommandé de réaliser des **études supplémentaires** sur des échantillons plus larges et diversifiés au **Maroc** pour **affiner les résultats** et mieux comprendre l'ampleur de la dépression postnatale dans différents contextes socio-économiques et géographiques. De telles études permettront également de **développer des stratégies** de prévention et de **prise en charge appropriées**, afin de répondre aux besoins de santé mentale des femmes post-partum dans le pays.

## Références

1. Austin M-P, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 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. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8:37–54.
5. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry.* 1968;114:1325–33.
6. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth.* 2003;30(3):175–80.
7. Hay DF. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry.* 2001;42(7):871–89.
8. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et al. The socio-emotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* 1999;40:1259–71.

9. Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1367–74.
10. Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*. 1992;33:543–61.
11. Appleby L, Warner R, Whitton A, Faragher B. Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *J Psychosom Res*. 1997;43(4):351–8.
12. England SJ, Ballard C, George S. Chronicity in postnatal depression. *Eur J Psychiatry*. 1994;8:93–6.
13. McGill H, Burrows VL, Holland LA, Langer HJ, Sweet MA. Postnatal depression: a Christchurch study. *N Z Med J*. 1995;108:162–5.
14. American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV*. Paris: Masson; 1996.
15. Armstrong KL, O'Donnell H, McCallum R, Dadds M. Childhood sleep problems: association with prenatal factors and maternal depression. *J Paediatr Child Health*. 1998;34:263–6.
16. Slim R, Gaaliche EP. La dépression du post-partum (prévalence et facteurs associés). Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Faculté de médecine de Monastir; 2003–2004.
17. O'Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43:569–73.
18. Holden J. The role of health visitors in postnatal depression. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:79–86.
19. Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. Postpartum depression and postpartum adaptation: overlapping constructs? *J Affect Disord*. 1989;17:251–4.
20. Appleby L, Gregoire A, Platz C, Prince M, Kumar R. Screening women at high risk for postnatal depression. *J Psychosom Res*. 1994;38:539–45.
21. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782–6.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.
23. Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry*. 1990;157:288–90.
24. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression: evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*. 1995;166:191–5.
25. Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(Suppl 15):26–32.

26. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ*. 1991;302:137–40.
27. Boyce P. Personality dysfunction, marital problems and postnatal depression. In: Cox J, Holden J, eds. *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London: Gaskell; 1994. p. 82–102.
28. 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. *Dev Psychopathol*. 1993;5:567–79.
30. Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychol Med*. 1996;26:627–34.
31. Murray L, Cooper PJ. Postpartum depression and child development. *Psychol Med*. 1997;27:253–60.
32. **Fathi, Dr.** (2024). *Validation et adaptation transculturelle de l'échelle d'Édimbourg de post-partum en arabe dialectal marocain : composante qualitative et quantitative* [Mémoire de fin de spécialité en psychiatrie]