

L'influence des schémas précoces inadaptés sur le Baby-blues chez la femme Libanaise

تأثير المخططات المبكرة غير المتكيفة على «البابي بلوز» لدى المرأة اللبنانية

Georges Accaoui (*) عكاوي جورج

تاريخ القبول: 2024-4-27

تاريخ الإرسال: 2024-4-12



Résumé

Le but de cette étude -menée durant le master de recherche en psychologie clinique à l'Université Libanaise, sous la supervision de Dr. Vasili Bodji- était d'explorer la relation entre le baby-blues (BB) et les schémas précoces inadaptés (SPI) chez les femmes Libanaise accouchées, âgées de 18 à 45 ans, et de vérifier si le BB chez elles, est influencé par l'activation de certains SPI.

La méthodologie utilisée dans cette étude est la méthodologie descriptive comparative. Le BB est évalué par l'Échelle de dépression postnatale d'Edinburgh (EPDS) et les SPI par le Questionnaire des schémas de Young –la forme courte, deuxième version (YSQ-S2).

L'échantillon de notre étude était formé de 184 femmes libanaises âgées entre 18 et 45 ans, de différents niveaux académiques. Ces femmes ont accouché dans deux grands hôpitaux de la région du Mont-Liban, et elles ont répondu aux deux questionnaires mentionnés ci-dessus. Le «Independent T-Test», le «One-way Anova», le «Pearson», le «khi-2» et la «Régression multiple» ont été utilisés comme outils statistiques dans notre étude, afin de mieux traiter et analyser les informations collectées. Les résultats de cette étude ont montré qu'une corrélation statistiquement positive et significative a été observée entre les SPI et le BB.

D'abord, les femmes primipares ont été significativement influencées par le BB que les femmes multipares. Entre autre, le niveau d'éducation de la femme, sa voie d'accouchement et son désir pour la grossesse n'ont eu aucun effet sur le BB.

* Doctoral student at the Higher Institute of Arts, Humanities and Social Sciences- Email: geoaccaoui@gmail.com

طالب دكتوراه في المعهد العالي في الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية

D'autre part, l'analyse de la régression multiple a montré que certains schémas précoces se sont avérés être le prédicteur significatif du BB, tandis que la parité a semblé être négativement associée au score du BB.

جبل لبنان. الأدوات الإحصائية المستخدمة هي: «اختبار T المستقل» Independent T-Test، أنوفا في اتجاه واحد One-way Anova، برسن Pearson، «إختبار كاي تربيع» KHi-2 Test، والإنحدار المتعدد Multiple Regression وذلك بهدف معالجة وتحليل المعلومات المستخرجة بشكل أفضل. أظهرت نتائج هذه الدراسة معامل ارتباط دالة إحصائياً وإيجابياً بين البيبي بلوز والمخططات المبكرة غير المتكيفة.

من ناحية أولى، هناك تأثير على البيبي بلوز أكبر وأكثر دلالة عند النساء التي تلد لأول مرة، أكثر منه عند تلك المتعددة الولادات، بينما لم يكن للمستوى التعليمي للمرأة، طريقة الولادة (قيصرية أو طبيعية)، والرغبة بالحمل أي تأثير على البيبي بلوز.

من ناحية أخرى، أظهر تحليل الإنحدار المتعدد أنّ بعض المخططات المبكرة تُنبئ بشكل دالّ وأكيد بالبيبي بلوز، بينما يرتبط سلباً عدد الولادات بمجموع نقاط البيبي بلوز.

الكلمات المفتاحية: المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، إكتئاب ما

Mots clés

Baby-blues (BB)، schémas précoces inadaptés de Young (SPI)، dépression du post-partum (DPP)، échelle de dépression postnatale d'Edinburgh (EPDS)، questionnaire des schémas de Young (YSQ) et thérapie des schémas.

الملخص

الهدف من هذه الدراسة التي أجريت خلال الماجستير البحثي في علم النفس العيادي في الجامعة اللبنانية بإشراف د.فاسيلي بودجي- هو كشف العلاقة التي تربط «البيبي بلوز» Baby-blues بالمخططات المبكرة غير المتكيفة لدى الولادات اللبنانية اللواتي تتراوح أعمارهن بين ١٨ و٤٥ سنة، كما والتحقق ما إذا كانت إصابتهنّ بالبيبي بلوز متأثرة بتفعيل بعض المخططات المبكرة غير المتكيفة عندهنّ.

إنّ منهجية البحث المستخدمة في هذه الدراسة هي الوصفية المقارنة. لقد كان تقييم البيبي بلوز بواسطة «سلم ادنبرغ للإكتئاب التالي للولادة» EPDS، وتقييم المخططات المبكرة غير المتكيفة بواسطة «مخططات يونغ بشكلها الموجز- النسخة المختصرة» YSQ-S2.

أجابت على الإستبيانين ١٨٤ امرأة لبنانية، تتراوح أعمارهنّ بين ١٨ و٤٥ سنة من مختلف المستويات التعليمية، كُنّ قد وُلدن في مستشفياتين كبيرين في منطقة

بعد الولادة، البيبي بلوز، مقياس إدنبرغ للاكتئاب التالي للولادة، والعلاج التخطيطي أو علاج المخططات.

Introduction

La période de la grossesse et l'arrivée du bébé constituent une véritable crise chez la femme. Durant cette période, des transformations corporelles, hormonales et psychiques ont lieu et qui peuvent créer chez certaines mères des sentiments de séparations et une hypersensibilité (parfois même un simple compliment peut entraîner une crise de colère et des pleurs). Ces mères ne parviennent plus à maîtriser leurs émotions et peuvent se sentir un peu ridicules, c'est ce qu'on nomme le baby blues (BB) ou le blues post-partum. Cependant, le BB n'est pas considéré comme une maladie, mais plutôt comme une condition particulière, n'est rien de plus qu'une réaction physico-émotionnelle, relativement courante qui se produit entre le 2ème et 10ème jours après l'accouchement, le plus souvent pendant le séjour à l'hôpital. Mais cette réaction doit toutefois être prise au sérieux. Cette notion de baby-blues renvoie à la présence d'une symptomatologie dépressive d'intensité légère. Les symptômes les plus caractéristiques sont: «une labilité de l'humeur, des pleurs, une anxiété, une insomnie, une perte de l'appétit, une irritabilité et un détachement affec-

tif envers l'enfant avec une absence d'émotions à son égard. Toutefois, des manifestations d'intensité plus importantes peuvent survenir pendant cette période ; dans ce cas, on peut distinguer deux formes de dépression: la dépression du post-partum, et la psychose du post-partum». (Voquer, 1997, p.66)

La société Libanaise qui sous-estimait la légitimité des troubles psychologiques en général, et du BB en particulier (phénomène anodin, passager et trop souvent minimisé), joue à ce moment un rôle nocif. Ceci par le fait de culpabiliser la femme accouchée, et de rendre seule responsable de son état en critiquant, sans cesse, ses réactions et ses pensées.

Notre question de base est la suivante: **Quel est l'influence des SPI sur le BB chez la femme libanaise âgée entre 18 et 45ans?**

Nous visons dans cette recherche, étudier le problème de BB, en essayant, en premier lieu, d'estimer à travers nos instruments de mesure, le nombre des femmes accouchées ayant souffert d'un baby-blues. En deuxième lieu, nous tenterons de démontrer que, la majorité de ces femmes, ont des schémas cognitifs plus dysfonctionnels par rapport

aux autres femmes qui n'ont pas ce syndrome (groupe témoin). En troisième lieu, nous prétendons préciser lesquels de ces schémas dysfonctionnels sont la source du BB et à quel degré.

Hypothèses:

- 1- Il y a une relation significative entre l'atteinte de BB chez la femme Libanaise et son âge, c'est-à-dire plus la femme est âgée moins elle a une possibilité d'avoir un BB après l'accouchement.
- 2- Il n'y a pas de différences significatives au niveau de l'affection en BB chez les femmes Libanaises quel que soit le niveau académique des femmes
- 3- Il y a une relation significative entre l'atteinte du BB chez l'accouchée primipare et celle chez de la multipare.
- 4- Il n'y a pas de différences significatives au niveau de l'affection en BB chez les femmes Libanaises accouchées suite à une grossesse désirée ou non.
- 5- Il n'y a pas de différences significatives au niveau du BB chez les femmes libanaises quelle que soit la voie de l'accouchement (césarienne ou naturelle = par voie basse).
- 6- Il y a une relation significative entre les SPI chez le groupe atteint de BB et les SPI chez le groupe témoin

- 7- Il y a une relation significative entre le degré de dysfonctionnement des SPI chez les femmes libanaises et le score en EPDS.

Instrument de mesure:

Le questionnaire adopté est le «questionnaire abrégé des schémas précoces inadaptés YSQ-S2» qui permet d'évaluer 15 SPI. Chaque schéma est mesuré par 5 items (questions).

L'échelle adoptée pour dépister le BB est l'Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (**EPDS**) par Cox et al., (1987) qui a été traduite et validée en français par Guedeney, Fermanian, Guelfi et Kumar (2000), et qui a été aussi traduite et validée en Arabe par Ghubash et al. (1997).

L'échelle contient 10 courts items, La femme choisie une des quatre réponses possibles, la plus proche de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine.

Les variables Sociodémographiques et leurs niveaux

Pour détecter les variables sociodémographiques de notre étude, nous avons utilisé un questionnaire pour la collecte générale des données. Ce questionnaire a été testé et traduit en trois langues, et a comporté les données suivantes: L'âge de la femme, le niveau éducatif de la mère et sa situa-

tion conjugale, la voie de l'accouchement, le nombre d'accouchement, le désir de la grossesse, les antécédents psychiatriques et la santé du bébé.

Études antérieures

Plusieurs études ont déjà montré le lien entre les SPI et la dépression: Pour Young, J. Weinberger, A. Rych, J & Beck, A. (2008) la présence de SPI est un facteur de risque pour développer une dépression. De même, une autre étude française, intitulée «Étude des liens entre schémas précoces inadaptés et stratégies d'adaptation chez des patients alcoolo-dépendants et des patients déprimés», menée par Bailleux et al., (2008), a montré, chez les personnes déprimées, une corrélation positive entre les schémas précoces inadaptés et la stratégie d'évitement.

Cothias, Camart, Martinex, et Deseez (2011) ont mené une étude intitulée «Schémas précoces d'inadaptation et dépression chez des sujets âgés». Cette étude a été réalisée auprès d'une population de personnes âgées, qui a visé deux objectifs: étudier les schémas précoces d'inadaptation à partir du modèle de Young, et analyser les liens potentiels entre dépression et ces schémas dans cette population. Le questionnaire des schémas de Young (YSQ-S2), ainsi que deux questionnaires de dépression Beck Depression

Inventory (BDI-II, 1996) et Geriatric Depression Scale (GDS, 1986) ont été utilisés auprès de 33 sujets âgés. Les résultats ont révélé une forte corrélation entre la dépression et le SPI.

Said et Callahan (2011) ont examiné les schémas cognitifs pendant la grossesse dans une étude intitulée «Comparaison des schémas précoces inadaptés chez les femmes enceintes et non-enceintes» dans le journal de thérapie comportementale et cognitive. Selon le questionnaire des schémas de Young, 183 femmes (âgées de 20 à 40 ans), dont 92 (57 %) étaient enceintes, ont rempli le questionnaire. Des disparités ont été observées dans l'activation des schémas entre les femmes enceintes et le groupe témoin, comme le démontrent les analyses. En d'autres termes, les SPI seront activés chez la femme pendant la grossesse plus que pendant la période sans grossesse.

Dans une étude intitulée «influence de certains variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby-blues», réalisée par Chabrol et al. (2007), quatre analyses de régression multiples préliminaires ont été effectuées pour conclure que, seule la situation familiale parmi les variables socio-biographiques s'est avérée être un prédicteur significatif de l'intensité du BB ($\beta = -0.22$;

$p < 0.05$). En outre, seule le score d'estime de soi maternel parmi les variables psychologiques et relationnelle était un prédicteur significatif de l'intensité du BB ($\beta = -0.43$; $p < 0.05$).

Aux pays Arabes, nous trouvons, à peine, des études traitant le sujet du BB ou de la DPP. On peut mentionner, à ce propos:

Au Liban, une importante étude intitulée «Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women» a été réalisée par El-Hachem et al. (2014) au département de psychiatrie à l'hôpital Hôtel Dieu de France auprès d'une population de 228 femmes accouchées. Une passation de l'échelle Edinburgh est administrée en 2ème jour de l'accouchement (J2) aux femmes, dans le but de faire une évaluation de la DPP en J30-40. Les résultats ont montrés une corrélation positive entre les scores d'EPDS en J2 et ceux en J30-40. Ça veut dire que les résultats à scores élevés en EPDS recueillis directement après l'accouchement, étaient prédictifs de la DPP après presque un mois de l'accouchement, et que les antécédents dépressifs chez la femme avant la grossesse étaient aussi un fort facteur de risque pour la DPP au futur.

Une étude statistique Tunisienne réalisée par Masmoudi et al. (2008), sur la prévalence de la DPP parmi 213 parturientes Tunisiennes a conclu que, la prévalence du BB intense a été de 19,2% en T1 (la première évaluation: au cours de la première semaine du postpartum) et, de la DPP de 12,9% en T2 (La seconde évaluation: entre la sixième et dixième semaine du postpartum). Les variables qui avaient une influence sur la dépression postnatale ont été la présence d'antécédents psychiatriques, la mauvaise relation conjugale, le niveau socioéconomique bas et la difficulté à accepter la grossesse. Ces facteurs ont été pris en considération dans le choix des critères d'exclusion à l'échantillon de cette étude.

Commentaires sur les études antérieures

Notre étude a évalué les SPI des femmes âgées entre 18 et 45 ans seulement, alors que certaines études antérieures, déjà citées ci-dessus, ont étudié les effets des SPI sur des personnes des deux sexes, ou sur des enfants ou sur des personnes âgées. De même, notre recherche concernait des femmes libanaises alors que les études antérieures ci-dessus concernaient des personnes de différents pays et de différentes nationalités. Notre étude a

mesuré l'effet des SPI sur le BB, alors que la plupart des études antérieures se basent sur l'effet des SPI sur la DPP.

Tout bien pesé, nous avons pris en considération tous les résultats des études antérieures, déjà mentionnées, dans la construction des critères d'inclusion de notre échantillon, surtout au niveau des critères sociodémographiques.

Comme il devient clair, l'originalité de notre recherche se traduisait dans l'intérêt que nous portions sur l'étude de l'impact des SPI chez les accouchées de 18 à 45 ans sur le BB précisément. Nous avons étudié ce phénomène de BB en ce qui le relie aux SPI que nous considérons comme facteur essentiel, dans le but de préciser quelles SPI influent le plus la femme Libanaise accouchée et amplifient chez elle les symptômes dépressifs. Et ceci, afin de pouvoir orienter l'équipe psycho-médicale vers les interventions préventives les plus bénéfiques pour les femmes, en matière d'apporter des connaissances à la mère et à son entourage en général, et de traiter les SPI en particulier.

Baby-blues

Étymologiquement le terme blues vient de l'abréviation de l'expression anglaise «blue devils» (diables bleus), qui signifie pensées pessimistes. Les

expressions employées pour décrire le blues post-partum comprennent: « baby blues », « maternity blues » et «post-partum blues» dans la littérature anglo-saxonne. Le Larousse Médical définit le baby-blues comme «un vague à l'âme habituel éprouvé par la plupart des femmes après leur accouchement» alors que pour Dayan (2008) c'est «un syndrome dysphorique transitoire, aigu et bénin». La plupart des définitions du baby-blues trouvées dans nos lectures se tournent autour de cette interprétation: Un syndrome caractérisé par la fluctuation de symptômes passagers physiques et de l'humeur, il peut se manifester de manière brusque, mais sans gravité. Son intensité se situe entre le troisième et le cinquième jour du post-partum, puis il diminue pour disparaître vers le dixième jour, et il n'a pas de gravité que s'il dépasse le dixième jour.

Le nombre de mères souffrant de BB est difficile à évaluer car il n'existe pas de mesures précises pour diagnostiquer cette phase. Alors que, la dépression Post-partum est un problème de santé publique sérieux qui affecte 1020%-des femmes dans les six premiers mois qui suivent leur accouchement (Zlotnick, Johnson, Miller, W. Pearlstein, et Howard, 2001).

En ce qui concerne la relation entre la DPP et le BB, Chabrol (1998) confirme

qu'il y a une relation entre le BB, passager et non pathologique, et l'évolution de la DPP. Bien que, selon Hannah, Adams, Lee, Glover et Sandler (1992), l'Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (EPDS), initialement conçue pour détecter les dépressions post-natales, permettait de repérer les mères présentant un risque élevé de développer une DPP ultérieurement en mesurant l'intensité des symptômes dépressifs du BB (une corrélation très significative a été observée entre les scores à l'EPDS au 5ème jour après le règne et à la 6ème semaine).

Partant du fait que, l'évolution du BB confirme sa liaison avec la DPP, que l'EPDS peut être utilisé dès l'accouchement pour identifier les mères à risque (qui pourront développer une DPP), et que les interventions psychologiques préventives peuvent diminuer la prévalence de la DPP chez elles, nous nous trouvons convaincus de la conformité de nos hypothèses.

Étiologie: origine et différentes théories explicatives du baby-blues et de la dépression postpartum.

Avant de parler de l'étiologie des problèmes postnataux, il faut tout d'abord aborder la position normale de la grossesse et de l'accouchement.

Normalement, durant l'accouchement, la relation entre la mère et l'enfant évolue

de la fusion vers l'individualisation, qui doit se réaliser, si possible, avant la naissance du bébé. Donner naissance à l'enfant, c'est accepter qu'il soit séparé de l'entité de la mère. Il est important de prendre en compte ce lâcher prise lors de la préparation à l'accouchement, qui est également une préparation à la naissance. Mais, malheureusement, quand un tel travail n'est pas fait, la mère risque de s'enfermer pour ne pas laisser échapper cet enfant, et elle va, sûrement, développer un trouble postnatal quelconque.

Parmi les facteurs qui influent l'apparition du BB, les facteurs psychologiques viennent en premier. Dans ce sens, l'idée que la grossesse est terminée après neuf mois de fusion plus-ou-moins totale entre la mère et son bébé peut pousser la mère à traverser une courte période de dysphorie. C'est la conclusion d'une expérience très intense tant sur le plan psychique que physique, dont il ne reste que ce «vide», que certaines femmes ont beaucoup de difficulté à admettre. Preuve en est, nous retrouvons dans l'étude de M'Baïlara. et al. (2005), que l'estime de soi maternelle (habileté pour les soins du bébé, habileté générale pour le rôle de mère...) a été prouvée comme prédicteur significatif du BB.

Selon l'école psychanalytique, la mère qui a donné naissance à l'enfant

elle peut éprouver des difficultés à représenter la relation avec lui. Dans ce cas-là, la nouvelle maman verse des larmes sans comprendre la raison, elle se sent incapable de prendre soin de son enfant, et selon elle la mort de son bébé peut survenir à tout moment.

Parker (2015) identifie chez la mère des sentiments contradictoires envers l'enfant: amour et hostilité. La mère ressent de l'ambivalence, ce qui entraîne de l'anxiété et de la culpabilité, des émotions qui échappent à son contrôle. Lauret, Raynaud et Klein (2008) expliquent que pendant la grossesse, une relation imaginaire mère-enfant s'installe, et l'investissement de la libido de la mère se traduit par des représentations de l'image fabuleux du bébé et non pas de sa réalité. Alors que pour Winnicott (1952), le blues n'est que l'issue d'un «travail psychique d'urgence», c'est la distinction entre l'enfant réel et l'enfant imaginaire que la mère se faisait tout au long de la grossesse.

En comparaison avec les explications psychanalytiques du BB, les anthropologues montrent par contre que, ce phénomène n'existe pas dans plusieurs sociétés africaines. Le BB n'existe pas dans ces sociétés où il existe un rituel hautement symbolique d'accueil de la naissance et de prise en charge de la maternité.

Pour les cognitivistes, la dépression, en général (le BB est considéré comme une forme allégée de la dépression) est causée par un traitement incorrect de l'information provenant du monde extérieur (en particulier des parents). La mémoire à long terme conserve des schémas cognitifs inconscients qui sont représentés par les pensées automatiques préconscientes présentes dans la mémoire à court terme, ce qui altère l'information.

Ces schémas, qui se construisent durant l'enfance et/ou l'adolescence, continuent à se développer au fil des expériences de la vie, même s'ils sont inadaptés, s'ils ne sont plus utiles ou même dangereux. En fait, l'individu qui expérimente l'activation d'un de ses schémas suite à un événement particulier (comme la maternité), vit cette expérience émotionnelle de manière similaire à ce qu'elle a vécu lors de la création de son schéma (Young et al., 2008).

En somme, malgré les nombreuses études consacrées au BB, ces études n'ont pas permis, jusqu'à présent, de mettre en évidence un seul facteur qui pourrait être considéré comme responsable de la survenue du BB. Il semble que ce trouble soit d'origine multifactorielle avec des facteurs hormonaux, psychologiques et sociaux. «La relation entre les

facteurs de risque est complexe, bien que la prééminence de certains facteurs séparés soit variable selon les individus» (Masmoudi et al., 2014, p615).

Schémas précoces inadaptés

Jeffrey Young, qui a été formé et supervisé par Aaron Beck, définit le schéma comme une disposition qui trouve son origine dans notre enfance et qui influence notre existence. Il est essentiel pour nous adapter aux circonstances de la vie quotidienne. Young a parlé dans ses ouvrages des schémas qui ne se limitent pas à des croyances, mais qui incluent également des émotions, des souvenirs et des sensations physiologiques. Selon lui, les schémas inadaptés sont activés par «des évènements de leur vie, qu'ils perçoivent inconsciemment comme identiques aux évènements traumatiques de leur enfance» (Young et al. 2005, p35). Young considère que les parents qui n'assurent pas à leur enfant, durant son enfance, les besoins

affectifs fondamentaux essentiels à un développement sain, développent chez lui des schémas inadaptés.

Young a proposé cinq besoins affectifs fondamentaux de l'humain: La sécurité liée à l'attachement aux autres, l'autonomie, la compétence et le sens de l'identité, la liberté d'exprimer ses besoins et ses émotions, la spontanéité et le jeu et enfin les limites et l'autocontrôle (Young & klosko, 2018). Également, ce dernier a suggéré cinq «domaine de schémas» qui ont été divisés en fonction des cinq besoins affectifs fondamentaux dont chaque personne a besoin pour être satisfaite. Ces besoins, non satisfaits, peuvent sculpter la vie de la personne de façon à créer chez elle des troubles psychiques tels que le BB à lequel nous nous intéressons dans cette étude.

Pour résumer, nous avons regroupé les cinq besoins affectifs non satisfaits par les parents à leurs enfants dans le tableau ci-dessous, en incluant les cinq domaines et les schémas correspondants.

Tableau (1): relation entre les besoins affectifs et les schémas selon les cinq domaines.

Cinq Besoins fondamentaux	Cinq Domaines de schémas	Schémas correspondants
1- Sécurité	1- Séparation et rejet	- Abandon / instabilité - Méfiance / abus - Manque affectif - Imperfection / honte - Isolement social

2- Autonomie	2- Manque d'autonomie et de performance	-Dépendance / incompétence -Peur du danger, de la maladie (vulnérabilité) -Fusionnement/personnalité atrophiée -Échec
3- Limites	3- Manque de limites	- Droits personnels exagérés /grandeur - Contrôle de soi insuffisant
4- Expression	4-Orientation vers les autres	- Assujettissement - Abnégation - Recherche d'approbation et de reconnaissance
5- Spontanéité	5- Sur-vigilance et inhibition	- Négativité /Pessimisme - Surcontrôle émotionnel -Idéaux exigeants/ Critique excessive - Puniton

Tableau N° 1

Les styles d'adaptation inefficaces sont une série de réactions d'adaptation qui se composent de comportements inadaptés et qui sont fréquemment utilisés pour faire face et s'adapter à ces schémas. Trois styles d'adaptation ont été identifiés par Young: la capitulation ou la soumission, la fuite ou l'évitement et la contre-attaque ou la compensation. Pour notre part, une analyse de ce sujet nous conduit à conclure que le déprimé perçoit le monde à travers des distorsions cognitives (de la pensée). La naissance est le moment où la mère et son enfant se rencontrent dans une nouvelle réalité physique, avec d'autres représentations. L'enfant imaginé et ressenti prend forme d'une manière différente. Un autre contact se prépare, même s'il ne s'agit (ou ne devrait s'agir) que de la prolongation du contact eu pendant la grossesse.

Choix de l'échantillon

Notre étude était une étude comparative qui a été faite sur 184 femmes accouchées pendant leur hospitalisation. Au deuxième jour de l'accouchement, les objectifs et le déroulement de l'étude étaient expliqués aux mères, à l'aide d'un entretien oral. Le consentement libre, anonyme et révoquant des mères était alors recueilli oralement.

L'entretien a été fait auprès de 211 femmes Libanaises accouchées. Ces femmes étaient admises dans 2 hôpitaux privés du Mont-Liban. Après l'acquisition obligatoire du consentement de l'administration de ces deux hôpitaux.

L'échantillon a comporté seulement 184 femmes accouchées (car 27 ont été exclues de l'étude). Les femmes étaient primipares et multipares, ac-

couchées par voies naturelle et césarienne, avec une grossesse désirée et non désirée. Ces femmes étaient de différents niveaux académiques et universitaires, et elles appartenait à des tranches d'âge allant de 18 à 45 ans. 62 des femmes ont eu un BB (EPDS³¹¹), 122 des femmes n'ont pas eu un BB (groupe témoin EPDS£10).

Les critères d'inclusion aux deux groupes d'échantillon sont:

1. Femmes accouchées entre 18ans, et 45ans, de n'importe quel niveau éducatif primipares et multipares, suite à une grossesse désirée ou non, par voies naturelles ou par césarienne.

2. Le nouveau-né est en bonne santé: le but est de pouvoir accéder à une population sans facteurs de risques majeurs de décompensation aiguë anxieuse ou dépressive réactionnelle.
3. La vie du couple est toujours préservée.
4. Les mères ne bénéficient pas de psychotropes pour un trouble psychiatrique.

Les femmes ont été réparties dans des classes, dans le tableau 2, selon les différents variables étudiés afin de connaitre les effectifs et les pourcentages pour chaque catégorie:

Tableau (2): Effectifs et pourcentages au sein de l'échantillon étudié

Variables		Effectifs	Pourcentage %
Age	Entre 18 et 25ans	46	25%
	Entre 26 et 35ans	101	54.9%
	Entre 36 et 45ans	37	20.1%
Total		184	100%
Niveau d'éducation	Illettrée ou niveau primaire	13	7.1%
	complémentaire	47	25.5%
	Secondaire	77	41.8%
	Universitaire	47	25.5%
Total		184	100%
Parité	Primipare	74	40.2%
	Multipare	110	59.8%
Total		184	100%
Grossesse	Désirée	162	88%
	Non désirée	22	12%
Total		184	100%
Accouchement	Naturelle	96	52.2%
	Césarienne	88	47.8%
Total		184	100%

Tableau N° 2

Choix de la technique de recherche et des instruments de mesure

C'est par la démarche scientifique que la recherche était prouvée et vérifiée expérimentalement selon une méthode descriptive analytique afin de pouvoir analyser les données récoltées.

Les patientes devaient être informées et consenties volontairement à être interviewées et à leur faire passer les questionnaires personnellement. La passation des tests devait avoir lieu à l'hôpital. Les conditions de passation devaient être considérées optimales pour une passation calme, sans la présence d'une tierce personne.

On a commencé l'interview par un entretien bref expliquant le but de notre étude et permettant à la patiente de parler de son statut social, professionnel et familial afin de la mettre à l'aise pendant à peu près cinq minutes. L'interview s'est poursuivi par la première passation du questionnaire sociodémographique qui a pu durer cinq minutes au maximum, ensuite les femmes qui ont répondues aux critères d'inclusion ont été invitées à passer aux deux derniers outils (EPDS et YSQ-S2)

Dans notre recherche, nous allons donc utiliser **trois instruments** de mesure:

1- Questionnaire

sociodémographique pour faire une collecte générale des données

Ce questionnaire, qui était en langue française et en langue Arabe avait le but de collecter les informations générales (sociodémographique) et de vérifier la présence des critères d'inclusions. Pour faciliter la détection des femmes exclus de notre étude, on a créé et utilisé des grilles spéciales d'exclusion, à appliquer sur ce questionnaire selon la langue utilisée.

2- Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (EPDS)

Les centres de santé de Livingston et Édimbourg ont mis au point l'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (Cox, Holden et Sagovsky, 1987). Elle était composée de 10 phrases courtes. La mère mentionnait laquelle des quatre réponses envisageables correspondait le mieux à ses émotions de la dernière semaine. La majorité des mères réussissaient à terminer l'échelle en moins de 5 minutes. D'après l'étude de la validation de l'échelle, une note supérieure au seuil pouvait être un indicateur potentiel de dépression.

Dans toutes les études, on évaluait la validité intrinsèque de la version initiale en mesurant sa sensibilité et sa spécificité. Les valeurs varient en fonction du seuil de positivité choisi, mais pas en fonction de la fréquence de la DPP.

Une étude de la validation de la version française de l'EPDS a été menée

par Chabrol et al. (2007) sur 859 sujets, le résultat a confirmé que l'intensité dépressive de l'humeur des mères était prédictive de DPP. Cette étude a retrouvé un score-seuil de 12 pour le dépistage des dépressions majeures du post-partum (sensibilité= 0,91 et spécificité= 0,74), en accord avec les études anglo-saxonnes.

La version Arabe de l'EPDS a été traduite et validée par Ghubash et al. (1997) سلم إدنبرغ للاكتئاب التالي (للولادة) selon une étude faite sur 95 femmes accouchées, cet échantillon était évalué durant la première semaine du postpartum en utilisant le EPDS et le Present State Examination (PSE) (Wing et al. 1974). La validité était déterminée par une corrélation forte entre le score d'EPDS et le score total de PSE.

Concernant la fidélité, c'était la valeur d'Alpha Cronbach qui a été vérifiée. L'alpha de Cronbach pour notre échantillon était de 0.94 ce qui a montré une bonne cohérence interne du résultat d'EPDS.

On a adopté le seuil de Guedney (11) pour identifier l'atteinte ou non en BB chez les femmes de notre échantillon appuyant sur une logique clinique et statistique d'une étude plus ou moins récente de Guedeny et Alillaire (2007). Donc, on a considéré un BB confirmé quand le score était supérieur ou égal à 11.

Procédure de correction d'EPDS

L'échelle était constituée de 10 items qui ont été remplis par la mère. Elle devait être seule en dehors de toute présence familiale. Dans la cotation, les éléments 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 étaient cotés de 3 à 0, tandis que les éléments 1 et 2 étaient cotés de 0 à 3. Le total était multiplié et obtenait des scores allant de 0 à 30. Au moment de l'application de cet outil, Cox et ses collègues (1987) utilisaient la note seuil de 13 sur 30 pour obtenir une sensibilité de 86 %, une spécificité de 78 % et une valeur positive de 73 %. De plus, ils ont remarqué que l'obtention d'une note seuil de 11 sur 30 permettait d'obtenir moins de 10 %. C'était cette note qui serait retenue dans le cadre du dépistage.

3- Le questionnaire abrégé des Schémas Précoces inadaptés de Young (Young Schema Questionnaire Short form/ YSQ-SF)

Tout d'abord, la première version du questionnaire contenait 205 items et concernait 18 schémas. Ensuite, Young et ses collègues ont créé une version brève de ce questionnaire (YSQ-SF) qui incluait 75 items et qui portait sur 15 schémas. Cette version était celle qui était utilisée dans le cadre de cet essai.

Dans notre étude, le questionnaire YSQ se trouve aussi en trois langues (arabe, française et anglaise) pour être disponible selon la demande de la femme accouchée:

Cottraux, Mauchand et Lachenal-Chevallet (2011) ont mené une étude visant à valider empiriquement deux versions du YSQ (version française initiale et version française modifiée) auprès d'un groupe de patients diagnostiqués borderline (n = 37) et de sujets témoins (n = 263). Selon les résultats, la version française (initiale ou modifiée) du YSQ-SF semblait être une mesure efficace pour mettre en évidence les SPI.

Parmi les études menées sur la validation du questionnaire de Young traduites en Arabe, nous retenons l'étude faite par Abdul Rahman & Saafan (2014) en Égypte qui a démontré un bon degré de validité et de fidélité de la version arabe (مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية) avec une valeur d'Alpha Cronbach qui a varié entre 0.60 et 0.81 et dans une moyenne de 0.7. De même, une autre étude faite par Hattat (2011) dans un environnement Algérien, a démontré une validité de la version Arabe de ce questionnaire avec une valeur d'Alpha Cronbach 0.84.

Concernant la fidélité de l'YSQ-S2 pour notre échantillon, c'est la valeur d'Alpha Cronbach qui a été vérifiée.

Les résultats d'Alpha Cronbach obtenus, indiquaient le degré de fiabilité du test utilisé. Les items utilisés étaient très cohérents puisque la valeur d'alpha était supérieure à 0.7 sauf aux items utilisés pour mesurer la relation fusionnelle et le tout m'est dû sont légèrement inférieurs à 0.7. Mais la valeur d'Alpha dans la totalité du test était supérieure à 0.7 ($\alpha = 0.89$) ce qui nous a rassuré de la fiabilité du test.

Le questionnaire YSQ-S2 que nous utiliserons dans notre étude sera un questionnaire comprenant 75 items, répartis en 5 items pour chacun des 15 schémas. Ce questionnaire permettra d'évaluer les SPI suivants

Items 1 à 5: La carence affective (ed) Items 6 à 10: L'abandon (ab)

Items 11 à 15: L'abus, la méfiance (ma) Items 16 à 20: L'isolement social, l'exclusion sociale (si)

Items 21 à 25: L'imperfection (ds) Items 26 à 30: L'échec (fa)

Items 31 à 35: La dépendance et l'incompétence (di)

Items 36 à 40: La vulnérabilité (vh) Items 41 à 45: La relation fusionnelle (em)

Items 46 à 50: L'assujettissement (sb) Items 51 à 55: Le sacrifice de soi (ss)

Items 56 à 60: Le contrôle émotionnel (ei) Items 61 à 65: Les exigences élevées (us)

Items 66 à 70: Le tout m'est dû (et)
Items 71 à 75: Le manque d'autocontrôle (is)

Chacun de ces 75 items du questionnaire YSQ-S2 est cotés de 1 (désaccord complet) jusqu'à 6 (accord complet):

- 1: Complètement faux
- 2: Faux dans l'ensemble
- 3: Plutôt vrai que faux
- 4: Moyennement vrai
- 5: Vrai dans l'ensemble
- 6: Me décrit parfaitement.a

Pour un schéma de cinq items, le minimum des notes est de $5 \times 1 = 5$, et le maximum des notes est de $5 \times 6 = 30$. D'une façon que, plus la note est élevée, plus le schéma est dysfonctionnel.

Date de Passation des instruments de mesure:

Le chercheur a passé un pré-test, sur une période de quinze jours (entre 3 et 17 juin 2016), à plusieurs personnes pour pouvoir identifier les mots et les termes incompréhensibles. Alors que l'étude, en elle-même, s'est déroulée sur une période d'un an et demi, soit du 2 juillet 2016 au 30 décembre 2017.

Les autorisations nécessaires des cadres sages-femmes et du chef de service ont été préalablement

recueillies à l'aide des formulaires et le consentement des patientes étaient recueilli oralement par le testeur, l'anonymat était aussi préservé.

Le questionnaire de collecte générale des données était administré le premier, puis le EPDS et le YSQ-S2. Nous avons choisi cet ordre pour aller du plus général au plus intime et particulier.

Parmi les 211 questionnaires pour collecte générale des données récupérés, 27 ont été exclus, donc on a un échantillon de 184 femmes au final ($n=184$). Les données récoltées ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS-21.

Pour la vérification de nos hypothèses, la Corrélacion de Pearson ; l'Independant T-Student; le One way ANOVA, le test Post Hoc et le khi-deux seront utilisés.

Résultats et vérification des hypothèses

Pour vérifier les 2 premières hypothèses, on a étudié les différences des moyennes entre les scores en EPDS et l'âge de la femme accouchée et son niveau économique en utilisant le Test d'Anova (one way Anova) comme ça figure dans le tableau (3).

Tableau (3): Test d'Anova: l'atteinte en BB selon les variables âge, Niveau Academique,

T.Score EPDS	Age	N	Moyenne	Écart-type	P(sig)
	entre 19 et 25ans	46	10.54	3.331	0.001
	entre 26 et 35 ans	101	9.31	3.501	
	entre 36 et 45 ans	37	7.89	2.283	
	Total	184	9.33	3.352	
	Niveau Academ.	N	Moyenne	Écart-type	P(sig)
	Illettré ou primaire ou complémentaire	60	9.32	2.983	0.830
	Secondaire	77	9.19	3.699	
	Universitaire	47	9.57	3.255	
	Total	184	9.33	3.352	

Tableau N° 3

Première hypothèse: la valeur du degré de significativité $\text{sig.} = 0,001 < 0,05$ (alpha), ce qui veut dire que notre première hypothèse est confirmée. L'âge de la femme a un effet sur l'atteinte de BB.

Deuxième Hypothèse: la valeur du degré de significativité $\text{sig.} = 0.830 > 0.05$ (alpha), ce qui veut dire que notre deuxième hypothèse est confirmée. Le niveau académique de la femme n'a pas d'effet sur l'atteinte de BB.

Pour vérifier si les différences des moyennes d'atteinte en BB, entre les primipares et les multipares, entre les accouchées avec une grossesse désirée et celles avec une grossesse non désirée, entre les accouchées par voies naturelles et celles par voie césarienne et encore entre le groupe clinique et le groupe témoin, sont significatives ou dues au hasard, nous avons eu recours au Test de Student (T-Test) comme montre le tableau (4).

Tableau (4): Test T-Student: l'atteinte en BB selon la parité de la femme.

T.Score EPDS	Primiparité	N	Moyenne	Écart-type	t	P (sig)
	Oui (primipare)	74	10.74	3.724	4.980	0.000
	Non (multipare)	110	8.38	2.706		
Grossesse Désirée	N	Moyenne	Écart-type	t	P (sig)	
Oui	162	9.38	3.316	0.493	0.547	
Non	22	9.00	3.677			

	Accouchement	N	Moyenne	Écart-type	t	P (sig)
	naturelle	96	9.24	3.201	0.410	0.682
	Césarienne	88	9.43	3.526		
	Groupes	N	Moyenne	Écart-type	t	P (sig)
	Atteint de BB	62	191.27	12.310	13.047	0.000
	Témoin	122	153.93	20.742		

Tableau N°4

Troisième Hypothèse: Selon le tableau (4), la valeur du degré de significativité sig.= 0,00 < 0,05 (alpha), ce qui veut dire que notre troisième hypothèse est confirmée. Il y a une relation significative entre La parité et l'affection en BB.

Quatrième Hypothèse: La valeur du degré de significativité sig.= 0,547 > 0,05 (alpha), ce qui veut dire que notre quatrième hypothèse est confirmée. Le désir de la grossesse chez la femme Libanaise de 18 à 45ans n'a pas d'effet sur l'affection en BB.

Cinquième Hypothèse: La valeur du degré de significativité sig.=

0.682 > 0.05 (alpha), ce qui veut dire que notre cinquième hypothèse est confirmée. La voie de l'accouchement de la femme n'a pas d'effet sur l'affection en BB.

Sixième Hypothèse: Selon le tableau (4), la valeur du degré de significativité sig.= 0.00 < 0,05 (alpha), ce qui veut dire que notre sixième hypothèse est confirmée. Il y a une relation significative entre les SPI chez le groupe atteint de BB et les SPI chez le groupe témoin.

Septième Hypothèse: Le test de corrélation permet de mesurer la cohérence (r) entre les différentes variables étudiées.

Tableau (5): Corrélation de Pearson entre le dysfonctionnement des SPI et l'atteinte en BB.

	Total Score EPDS/ Pearson Correlation (r)	Sig. (2-tailed)	N
Total Score EPDS	1		184
Carence affective (ED)	.582**	0.000	184
Abandon (AB)	.636**	0.000	184
Abus et méfiance (MA)	.687**	0.000	184
L'isolement social, l'exclusion sociale (SI)	.647**	0.000	184
L'imperfection (DS)	.433**	0.000	184
L'échec (FA)	.525**	0.000	184
La dépendance et l'incompétence (DI)	.705**	0.000	184

La vulnérabilité (VH)	.567**	0.000	184
La relation fusionnelle (EM)	.624**	0.000	184
L'assujettissement (SB)	.672**	0.000	184
Le sacrifice de soi (SS)	.666**	0.000	184
Le contrôle émotionnel à outrance (EI)	.690**	0.000	184
Les exigences élevées(US)	.583**	0.000	184
Le tout m'est dû (ET)	.476**	0.000	184
Le manque d'autocontrôle (IS)	.691**	0.000	184
Totale Score SPI	.904**	0.000	184

** . Corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

Tableau N°5

D'après le tableau (5), nous relevons ce qui suit:

Au seuil de signification 0.01 (99%) sig.(2-tailed)= 0.000 les corrélations (R) des schémas suivants se trouvent fortes ($r \geq 0.7$): «Abus et méfiance», «dépendance et incompétence», «assujettissement», «sacrifice de soi», «contrôle émotionnel à outrance», «manque d'autocontrôle» et le «totale des SPI». Ce qui veut dire que plus ces SPI sont prégnants, plus le risque de BB augmente chez la femme Libanaise de 18 à 45ans.

Alors que les schémas «Abandon», «isolement social» et «relation fusionnelle» ont des corrélations **modérées** ($0.4 < r \leq 0.6$), ce qui veut dire que ces

trois schémas ont une influence modérée sur l'affection de BB.

Analyse en régressions multiples

L'analyse statistique de la régression consiste à étudier la corrélation entre la variable dépendante (le BB) et diverses variables indépendantes. Dans cette relation, la valeur de la variable dépendante est traitée comme étant fonction de la valeur des variables indépendantes.

Dans le but de vérifier les relations entre les variables indépendantes, qui ont des relations significatives avec la variable dépendante, on va croiser ces variables deux à deux pour pouvoir faire, à la fin, la régression multiple comme ça figure dans le Tableau (6).

Tableau (6): Relations entre les variables indépendantes qui ont une relation significative avec la variable dépendante

Relation entre les variables	Tests utilisés	Résultats
Age et parité	Khi-2 +Fischer	Il n'y a pas une relation significative entre âge et parité: P= 0.105, Khi2= 4.514

Age et schémas (MA, DI, SB, SS, EI, IS, Tot)	One way Anova +Post Hoc	Tous les schémas (sauf IS) ont des relations significatives avec l'âge: sig.<0.05
Parité et schémas (MA, DI, SB, SS, EI, IS, Tot)	T-Student	Tous les schémas (sauf SS) ont des relations significatives avec la parité: sig.(2-tailed)<0.05

Tableau N°6

Dans le tableau ci-dessus figurent les résultats d'une régression multiple des SPI prédisant le score du BB, ce modèle explique 87% des variations de la score d'EPDS ($R^2=0.872, p<0.000$).

En plus, une analyse avancée de régressions multiples des SPI prédisant le score de BB a été faite, et elle figure dans le tableau (7) L'analyse de cette régression montre

que l'âge de la femme n'est pas associé significativement au score du BB, alors que les schémas «abus et méfiance (MA)», «dépendance et incompétence (DI)», «contrôle émotionnel à outrance (EI)», «manque d'autocontrôle (IS)» et «total des SPI» sont positivement et significativement associés au score du BB, et la variable parité semble être négativement associée au score du BB.

Tableau (7): Le lien entre des SPI et le score d'EPDS (Régression multiples)

	B	Ecart-type	Beta	P (sig)
Age de la femme	.024	.143	.005	.866
Parité	-.810	.193	-.119	.000
MA	.248	.055	.178	.000
DI	.156	.050	.128	.002
SB	.037	.072	.021	.610
SS	.109	.054	.078	.046
EI	.188	.063	.123	.003
IS	.150	.059	.093	.012
Total SPI	.059	.009	.450	.000

Tableau N° 7

Discussion des résultats

Après l'exposition des résultats ci-dessus, nous avons vu que toutes les hypothèses, qui guidaient cette étude et qui postulaient qu'il y avait une relation significative entre les SPI et le BB chez la femme Libanaise de 18 à

45ans, ont été totalement confirmées.

Au vu des données descriptives, on peut déduire que 33.69% de la population d'étude (femmes accouchées âgées entre 18ans et 45ans) est atteinte de BB. Cependant une comparaison entre primipare et multipare montre

que les primipares ont des scores en BB significativement plus élevés que les multipares (sig.= 0,00 < 0,05) cela veut dire que la femme qui est en train d'avoir son premier bébé a un risque plus élevés d'avoir un BB après l'accouchement plus que les femmes multipares. Ainsi que les schémas MA, DI, SB, IS, EI et le total des SPI ont aussi des relations significatives avec la parité (sig.=0.13 < 0.05) ça veut dire que ces schémas sont plus susceptibles d'être activés chez les primipares que chez le multipares.

Les résultats statistiques de cette étude ont montrés que plus la femme est jeune plus elle a un risque élevé d'avoir un BB (sig.= 0,001 < 0,05 (alpha)), ce qui contrarie l'étude de Cothias et al. (2011) qui a indiqué que les sujets âgés n'ont pas plus de schémas que la population contrôle. Ces résultats supposent de mettre en route des études postérieures pour avoir plus de confirmations sur ce point.

En fait, les résultats de cette étude ont montrés que le niveau d'éducation de la femme, la voie de son accouchement et son désir pour la grossesse n'ont aucun effet sur le problème du postpartum. Ces résultats rejoignent ceux de Chabrol et al. (2007).

De même, l'hypothèse, qui a considéré que les SPI chez le groupe atteint

de BB étaient plus affectés que ceux chez le groupe témoin, vient d'être confirmée. Subséquemment, on remarque que dans le tableau (5) les corrélations montrent un lien positif très important entre les scores sur l'échelle d'EPDS et la prégnance des SPI, puisque les 15 schémas corrént significativement avec le score de BB et cela signifie que plus les SPI sont prégnants chez la femme, plus le risque d'avoir un BB est élevé chez elle. Ces résultats rejoignent les résultats des multiples travaux effectués antérieurement, tel que ceux de Young et al. (2001), Bailleux et al. (2008) et Cothias et al. (2011), qui soulignent le rôle important des SPI dans le développement des troubles psychiques surtout la dépression.

Par ailleurs, les plus fortes corrélations sont observées pour les MA, DI, EI, IS et le total des SPI ($r \geq 0.7$, sig. (1-tailed)= 0.00), en d'autres termes, les schémas inadaptés les plus sensibles au BB sont: «abus et méfiance», «dépendance et incompetence», «contrôle émotionnel à outrance» et «manque d'autocontrôle».

Ces résultats suggèrent plusieurs remarques: premièrement, les schémas les plus sensibles au BB semblent être des schémas relatifs, d'une part, aux relations interpersonnelles, telles que la méfiance, la dépendance et le sacri-

face de soi, et d'autre part, aux compétences personnelles et à l'autocontrôle. Deuxièmement, les schémas concernant la relation fusionnelle, l'abandon et l'isolement social influencent moins le BB. Troisièmement, on note que l'ensemble des SPI augmentent progressivement avec la sévérité du BB.

L'analyse de la régression multiple a montré auparavant que les schémas «abus et méfiance», «dépendance et incompetence», «sacrifice de soi», «manque d'autocontrôle» et «contrôle émotionnel à outrance» étaient positivement et significativement associés au score de BB, tandis que la parité a été négativement associée au score de BB. Donc, cette analyse laisse aussi supposer que ce sont les femmes, avec une image de soi et une individualisation défaillante et un sentiment de manque de contrôle vis-à-vis de soi-même et de l'autre, qui seraient les plus vulnérables au BB. Par contre, les femmes multipares paraissent plutôt plus protégées du BB.

Limites de la recherche et propositions

- a. Limite des variables: cette étude explore la relation entre les SPI et le BB en tant qu'indice du pronostic de DPP.
- b. Limite géographique: deux grands hôpitaux de Mont-Liban et non pas tout le pays.

- c. Limite de l'échantillon: 184 femmes Libanaises accouchées, âgées entre 18 et 45ans et sans antécédents dépressifs ou psychiatriques; à condition que le nouveau-né soit en bonne santé et le couple vive ensemble.
- d. Limite temporelle: 2 juillet 2016 au 30 décembre 2017.

Pour rendre cette étude plus pertinente, il aurait été nécessaire de prendre en considération un nombre plus élevé de patientes à travers tout le territoire Libanais., quel que soit l'état du nouveau-né, la nature de la vie du couple et les antécédents psychiatriques de la femme (à fin de pouvoir étudier l'influence de ces variables). Ajoutant, ainsi, une nécessité de faire un suivi, à long terme, de ces patientes dans le post-partum. En effet, l'évaluation ici concerne un risque potentiel du BB en se basant sur les résultats d'un questionnaire (YSQ), mais pas le risque réel car il est très difficile d'identifier les femmes qui auront réellement développé une DPP dans les semaines et mois qui ont suivi l'accouchement.

Propositions pour prévenir et réduire la prévalence du BB

De nombreuses recherches ont mis en évidence une corrélation entre l'intensité du baby blues et l'émergence d'une dépression postnatale, mettant

ainsi en évidence l'importance de la prévention. De cette manière, la détection d'un BB intense permet de discerner les mères susceptibles de souffrir de DPP et peut aider à mettre en place des mesures de prévention spécifiques.

En outre, Nous proposons, dans un but préventif, aux responsables de la santé publique (ministère, ordre des médecins, etc.) de créer des programmes de préparation de la femme enceinte à la période de postpartum qui pourront être faits dans les cliniques de gynécologie, aux associations et aux centres médicaux, de manière à prendre en compte les points suivants:

- 1) Apporter des connaissances suffisantes à la mère et à son entourage
- 2) Les consultations en clinique de psychologie pendant la grossesse, représentent une bonne manière de dépistage de la prédisposition au BB et de la dépression postpartum, ainsi qu'une bonne manière pour la détection de la nécessité d'une intervention psychologique.
- 3) Une intervention pré et post natale, et selon le besoin, se trouve nécessaire pour pouvoir dépasser en paix cette période délicate de postpartum.
- 4) L'intervention psychologique, incluant le soutien psychologique non-directif, la TCC, la thérapie

interpersonnelle, la thérapie psychodynamique et sûrement la thérapie des schémas, est un moyen de prévention et de traitement efficace pour les femmes à hauts risques.

Effectivement, cette étude a été effectuée dans deux hôpitaux et sur un certain nombre limité des femmes accouchées entre 18ans et 45ans, primipares et multipares, appartenant à différents niveaux socio-économiques et elle a étudié la relation entre les SPI et le BB. Ce qui nous invite à suggérer:

- 5) D'élargir le champ d'étude de cette recherche sur un nombre plus large des femmes dans plusieurs hôpitaux repartis sur toutes les régions du Liban, et faire des comparaisons entre les résultats obtenus.
- 6) D'effectuer cette étude sur des femmes de tous les âges, de n'importe quel statut marital et de n'importe quels antécédents psychiatriques.
- 7) D'élargir l'étude pour englober un suivi de l'accouchée à domicile au-delà de l'hospitalisation de plusieurs semaines pour pouvoir détecter la prévalence de la DPP, et étudier la relation prédictive qui pourra exister entre les SPI, le BB et la DPP.
- 8) D'étudier, ensuite, l'influence des interventions préventives prénatales aux niveaux des schémas (ex.

la thérapie des schémas) sur la prévalence de BB, et en revanche, sur celle de la DPP.

Conclusion Générale

En outre, multiples sont les recherches qui ont défini le rôle important des facteurs sociaux, hormonaux et psychologiques sur le BB ou bien sur la DPP, mais le thème des schémas cognitifs en général et les SPI en particulier sont nouvellement ressortis. D'où l'importance scientifique de cette étude qui vise à améliorer la qualité de vie de la femme Libanaise accouchée et à la protéger de la DPP, surtout que les échelles et les questionnaires utilisés pour vérifier

les hypothèses, le YSQ-S2 et l'EPDS sont d'une renommée mondiale et spécialement conçus pour mesurer ces phénomènes.

En somme, les résultats de cette étude contribuent à approfondir la compréhension des éléments qui participent à la formation du BB dans le but d'assurer la nécessaire prévention des troubles du post-partum. Il est vraiment crucial de reconnaître les mamans à risque dès que possible et de sensibiliser les professionnels multidisciplinaires qui prennent soin des femmes accouchées aux divers facteurs psychosociaux qui peuvent aggraver le BB et peuvent conduire à la dépression.

Références bibliographiques

1. Bailleux, S. et al. (2008). Étude des liens entre schémas précoces inadaptés et stratégies d'adaptation. *Journal de thérapie comportementale et échelles d'évaluation de la personnalité*, 18 (1). Doi: 10.1016/j.jtcc.2008.02.004
2. Chabrol, H. (1998). *Les dépressions de la maternité*, PUF, édit. Que sais-je?.
3. Chabrol, N. et al. (2007). Prévention du blues du post-partum: étude pilote. *Revue gynécologie obstétrique et fertilité*, 35 (12), 1242-1244. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.10.014>
4. Cothias, J. Camart, N. Martinez, S. Deseez, C. (2011). Schémas précoces d'inadaptation et dépression chez des sujets âgés. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21 (4), 140-146. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2011.08.002>
5. Cottraux, J. Mauchand, P. Lachenal-Chevallet, K. (2011). *Validation empirique du questionnaire abrégé des schémas de Young (YSQ-S2) sur une population de patients présentant un trouble de la personnalité borderline et de sujets témoins*, Encéphale 37 (2), 138-143. Doi: 10.1016/j.encep.2010.04.014
6. Cox, L. Holden, M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Doi: 10.1192/bjp.150.6.782.
7. Dayan, J. (2008). *Les dépressions périnatales, évaluer et traiter*. Paris: Masson.
8. El Hachem, C. et al. (2014). Early identification of women at risk of postpartum depression using the Edinburgh Depression Scale (EPDS) in a sample of Lebanese women, *BMC Psychiatry*, 14, 242.
9. Ghubash R, Abou-Saleh MT, Daradkeh TK (1997). The validity of the Arabic Edinburgh postnatal depression scale. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 32, 474-476. Doi: 10.1007/BF00789142
10. Guedeny A., Alillaire J.F. (2007). *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris: Masson
11. Guedeny, N., Fermanian, J., Guelfi, J.D., et Kumar, R.C. (2000). The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and the detection of major depressive disorders in early postpartum: some concerns about false negatives. *Journal of affective disorder*, 61 (1-2), 107-112. doi:10.1016/S0165-0327(99)00186-X.

12. Hannah P., Adams D., Lee A., Glover V., Sandler M. (1992). Links between early post-partum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*, 154, 777-780. Doi: 10.1192/bjp.160.6.777
13. Laurent, M. Raynaud, JP. Klein M. (2008). *Une pensée vivante*, Paris: PUF.
14. M'Baïlara, K. Swendsen, J. et al. (2005). *Le babyblues: caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales*. *L'Encéphale*, 31, 331. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(05\)82398-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(05)82398-X)
15. Masmoudi, J. et al. (2014). La dépression du postpartum: prévalence et facteurs de risque, étude prospective concernant 302 parturientes Tunisiennes. *La Tunisie médicale, Service De Psychiatrie, Chu Hedi Chaker sfax, faculté de médecine de Sfax*, 92 (10), 615-621.
16. Masmoudi, J. Trabelsi, S. Charfeddine, F. Ben Ayed, B. Guermazi, M. Jaoua, A. (2008). Étude de la prévalence de la dépression du postpartum parmi 213 parturientes Tunisiennes. *Gynecol Obstet Fertil*, 36, 782-786.
17. Parker, I. (2015) *Psychology After Psychoanalysis: Psychosocial studies and beyond*. Abingdon/New York: Routledge.
18. Said, C. & Callahan, S (2011), comparaison des schémas précoces inadaptés chez les femmes enceintes et non-enceintes, *journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21 (4), 147-151. DOI:10.1016/j.jtcc.2011.05.001
19. Voquer, O. (1997). *Dépistage en maternité de la dépression du post-partum: étude d'une population à risque obstétrical: proposition de prise en charge*. (Thèse: Med, Université de Clermont-Ferrand I), p. 66.
20. Wing, JK. et al. (1974), Reliability of a Procedure for Measuring and Classifying "Present Psychiatric State", *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 113(498):499-515. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(83\)90008-9](https://doi.org/10.1016/0272-7358(83)90008-9)
21. Winnicott, D.W. (1952). *L'angoisse associée à l'insécurité, de la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot.
22. Young, J. & Klosko, S. (2018), *Je réinvente ma vie*, Éditions de l'Homme.
23. Young, J. Weinberger, A. Rych, J. Beck, A. (2008). Cognitive therapy for depression in *Barlow, D. editor. Clinical handbook of psychology disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford Press. 250-305.
24. Young, J., Klasko, S. & Weishaar, M.E. (2005). *La thérapie des schémas*. Bruxelles: Éditions De Boeck Université, Collection Carrefour des Psychothérapies.
25. Zlotnick, C. Johnson, L. Miller, W. Pearlstein, T. & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention, *American Journal of Psychiatry*, 158, 638-640.

مراجع باللغة العربية

- الحطاط زبيدة، (2011)، علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة و الذكاء العاطفي بالفشل الأكاديمي (أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في علوم التربية)، جامعة الجزائر-لايالجزائر.
- عبد الرحمان، محمد 8 سعفان، محمد (2014)، مقياس المخططات المعرفية اللاتوافقية القاهرة: دار الكتاب الحديث.