



HAL
open science

Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : approche psychosociale

Thomas Saïas

► **To cite this version:**

Thomas Saïas. Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : approche psychosociale. Psychologie. Université Rennes 2; Université Européenne de Bretagne, 2009. Français. NNT : 2009REN20069 . tel-00794797

HAL Id: tel-00794797

<https://theses.hal.science/tel-00794797>

Submitted on 26 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SOUS LE SCEAU DE L'UNIVERSITÉ EUROPÉENNE DE BRETAGNE

Université Rennes 2

Ecole Doctorale Sciences Humaines et Sociales

Centre de Recherches en Psychologie, Cognition et Communication

Laboratoire Armoricaïn Universitaire de Recherche en Psychologie Sociale

Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : Approche psychosociale

Thèse de doctorat en psychologie sociale

Présentée le 28 septembre 2009

par

Thomas SAIAS

Sous la direction de Monsieur le Professeur Alain Cerclé

Jury

Alain Cerclé, Professeur, Université Rennes II, directeur de thèse,

Thémistoklis Apostolidis, Professeur, Université Aix-Marseille, rapporteur,

Marcel Lourel, Maître de conférence HDR,, Université de Rouen, rapporteur,

Antoine Guédeney, Professeur de psychiatrie, Université Paris VII,

Jaqueline Wendland, Maître de Conférences, Université Paris V,

Tim Greacen, Directeur du Laboratoire de recherche de l'Etablissement Public de Santé Maison-Blanche.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes plus sincères remerciements à mon Directeur de thèse, Monsieur le Professeur Alain CERCLE, pour son accompagnement durant ces années, pour m'avoir transmis une approche transversale de la discipline psychologique et pour ses encouragements à élaborer, créer et s'engager pour le développement d'un champ nouveau de la psychologie en France.

Je remercie très chaleureusement Florence TUBACH et Blandine PASQUET pour le traitement statistique des données, Damien FOUQUES, Isabelle MARCOUX et Lionel RIOU FRANCA pour leur appui méthodologique, leurs conseils et leur soutien. Leur présence fut déterminante dans la réalisation de cette thèse.

Je remercie l'ensemble de l'équipe CAPEDP, son comité de pilotage : Monsieur le Professeur Antoine GUEDENEY, Tim GREACEN, Romain DUGRAVIER et Estelle MARCAULT pour leur soutien durant ce processus de maturation, les observatrices à domicile ayant rencontré les participantes à la recherche : Amel BOUCHOUCHI, Sandrine DESIR, Audrey HAUCHECORNE, Céline MENARD, Elodie SIMON-VERNIER, Alice THOMAS et l'ensemble des participantes CAPEDP pour leur collaboration en tant que co-chercheuses à cette recherche-action et pour leur aide à la compréhension des leviers du développement humain, individuel et communautaire.

Je remercie l'ensemble les experts ayant participé au processus Delphi, et notamment Elisabeth DARCHIS, Sylvie DUCLOS, Cécile GLAUDE, Nicole GUEDENEY, Gaëlle HOISNARD, Virginie HOK, Nabyath LASSISSI, Marion MILLIEX, Eléonore PINTAUX et Joan TISSIER.

Mes remerciements vont à Madame Jaqueline WENDLAND, Messieurs Themistoklis APOSTOLIDIS et Marcel LOUREL, pour m'avoir fait l'honneur de rapporter cette thèse et pour leur présence en tant que membres du Jury.

Merci au Professeur Alan VAUX, qui malgré ses contraintes de doyen de la faculté de sciences humaines d'Illinois a bien voulu m'aider dans l'élaboration de notre questionnaire et dans l'étude des résultats de cette thèse.

Je remercie tout particulièrement Anne-Marie BEGUE-SIMON, qui a permis que ce parcours rennais puisse se réaliser.

Je remercie Madame le Professeur Anne ANDRONIKOF et Madame le Professeur Jacqueline NADEL pour m'avoir transmis leur passion de la recherche appliquée et leur appréhension transdisciplinaire de la psychologie.

Merci enfin à Laurence SAIAS, qui a porté avec moi cette thèse et ses contraintes, et qui a su me transmettre sa confiance de voir ce travail aboutir.

"On doit considérer qu'il n'y a chose plus difficile à traiter, ni plus douteuse à réussir, ni plus dangereuse à manœuvrer que de prendre l'initiative d'introduire de nouveaux ordres. Parce que celui qui les introduits a pour ennemis tous ceux qui tirent avantage des vieux ordres et pour tièdes défenseurs tous ceux qui tireraient avantage des nouveaux ordres -tièdeur qui naît en partie de la peur des adversaires, qui ont les lois de leur côté, en partie de l'incrédulité des hommes, qui ne croient pas, en vérité, aux choses nouvelles, à moins d'en voir advenue une ferme expérience."

N. Machiavel, Le Prince (1532)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
REVUE DE LA LITTÉRATURE	14
Première Partie PERINATALITE : DE LA PSYCHOPATHOLOGIE A LA SANTE MENTALE	15
Chapitre 1 – APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA SANTE MENTALE PERINATALE	15
1.1 La dépression prénatale	15
1.2 Le blues du post-partum	16
1.3 Le stress parental	17
1.4 La dépression post-natale	18
1.4.1 Description clinique	18
1.4.2 La dépression post-natale, un trouble de la culture ?	19
1.4.3 Facteurs de risque de la dépression post-natale	22
1.4.4 Conséquences sur les interactions mère-bébé et sur le développement du nourrisson.	25
1.4.5 Conclusion : perspectives pour une prévention de la DPN	29
Chapitre 2 – VERS UNE CONCEPTION POSITIVE DE LA SANTE MENTALE PERINATALE	32
2.1 Le concept de santé positive.....	32
2.2 Le modèle "positif" de la santé mentale	32
2.3 La santé mentale "positive" en périnatalité	33
2.3.1 La notion de compétences parentales.....	33
2.3.2 Le sentiment de compétence parentale.....	34
Synthèse de la première partie	38
Seconde Partie LE SUPPORT SOCIAL	39
Chapitre 3 – LES DIMENSIONS DU SUPPORT SOCIAL	39
3.1 Communauté et société	40
3.2 Les réseaux sociaux.....	41
3.3 Le réseau de soutien social.....	43
3.4 Les comportements de soutien	45

3.5	Le soutien social perçu	48
3.6	L'orientation sociale.....	49
3.7	L'attachement.....	50
3.7.1	Le modèle de l'attachement	50
3.7.2	Attachement et soutien social.....	52
3.7.2.1	Attachement, orientation sociale et soutien social perçu	52
3.7.2.2	Implication pour la recherche en psychologie sociale appliquée.....	55
3.8	Proposition de modélisation	56
3.9	La mesure du support social.....	58
3.9.1	La mesure de l'orientation sociale	58
3.9.2	La mesure des réseaux sociaux	58
3.9.3	La mesure du soutien social reçu	59
3.9.4	La mesure du soutien social perçu	60
Chapitre 4 – SUPPORT SOCIAL ET SANTE.....		62
4.1	L'appréciation subjective du support social : rappels	62
4.2	L'impact du support social sur le bien-être et les comportements de santé.....	62
4.2.1	Les hypothèses fonctionnelles du support social sur la santé	63
4.2.1.1	Présentation des modèles	63
4.2.1.2	Le modèle d'interaction directe	64
4.2.1.3	Le modèle "stress-buffering effect"	66
4.2.1.4	Synthèse	68
4.2.2	Support social et santé somatique	69
4.2.3	Support social, santé mentale, dépression.....	71
4.2.3.1	Etat de la recherche	71
4.2.3.2	Considérations méthodologiques	74
4.3	Support social et santé mentale périnatale : état des recherches actuelles	75
4.3.1	Intérêt des recherches sur le support social : formuler des recommandations pour les programmes préventifs	75
4.3.2	Réseau de soutien social et dépression post-natale	76
4.3.3	L'impact relatif des différentes formes de soutien social : l'étude princeps de Cutrona. 78	
4.3.4	Le soutien social comme facteur protecteur des relations mère-enfant	79
Chapitre 5 – SUPPORT SOCIAL ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE... 81		

5.1	Les interventions précoces de promotion de la santé.....	81
5.2	Le modèle d'intervention en promotion de la santé : la psychologie communautaire.....	83
5.3	La psychologie communautaire, un modèle d'intervention psychosocial : notions-clés	85
5.3.1	La communauté.....	85
5.3.2	Santé et vulnérabilité.....	85
5.3.3	Le modèle écologique.....	86
5.3.4	L'empowerment.....	87
5.3.5	La participation communautaire.....	89
5.4	Psychologie communautaire, psychologie critique et actions de prévention précoce.....	89
	Synthèse de la seconde partie.....	92
	Conclusion et perspectives.....	93
	<i>PROTOCOLE EXPERIMENTAL</i>.....	95
	Chapitre 1- PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE : LES MODERATEURS RELATIONNELS DE LA SANTE MENTALE PERINATALE.....	96
1.1	Question et problématique de recherche.....	96
1.2	Hypothèses de recherche.....	97
	Chapitre 2 - MÉTHODOLOGIE.....	100
3.5	L'étude CAPEDP.....	100
3.5.1	Objectifs de recherche.....	101
3.5.1.1	Objectifs primaires.....	101
3.5.1.2	Objectifs secondaires.....	101
3.5.2	Plan expérimental.....	102
3.5.2.1	Randomisation.....	102
3.5.2.2	Critères de sélection des personnes.....	102
3.5.2.3	Mode de recrutement.....	103
3.5.2.4	Consentement.....	104
3.5.2.5	Déroulement de la recherche.....	104
3.5.3	Evaluation.....	105
3.5.3.1	Les évaluatrices de l'intervention.....	105

3.5.3.2	Critères de jugement principaux CAPEDP	106
3.5.3.3	Critères de jugements secondaires	106
3.5.4	Suivi des sujets	107
3.5.5	Validation de la recherche par les comités éthiques	107
3.6	Spécificités du travail de doctorat	107
3.6.1	Rappel de la problématique et des hypothèses	107
3.6.2	Méthodologie	108
3.6.2.1	Sujets	108
3.6.2.2	Outils de l'évaluation, hors support social	109
3.6.2.3	Outil de mesure du support social	111
3.6.2.4	Variables recueillies : synthèse	117
3.6.2.5	Note sur la passation des outils en hétéroévaluation	118
3.6.2.6	Processus Delphi	119
3.6.2.6.1	Processus Delphi, étape 1 : Sélection des experts	120
3.6.2.6.2	Processus Delphi, étape 2 : Pré-sélection des items	120
3.6.2.6.3	Processus Delphi, étape 3 : Première évaluation par les experts	121
3.6.2.6.4	Processus Delphi, étape 4 : Première synthèse	121
3.6.2.6.5	Processus Delphi, étape 5 : Deuxième évaluation	123
3.6.2.6.6	Processus Delphi, étape 6 : Etude de consensus	124
3.6.2.6.7	Processus Delphi, étape 7 : Sélection des items à intégrer	126
3.6.2.7	Opérationnalisation des hypothèses : modèle de la psychologie de la santé 127	
3.6.2.8	Hypothèses opérationnalisées	129
3.6.2.9	Choix des variables intermédiaires	136
3.6.2.10	Recueil et saisie des données	141
3.6.2.11	Traitement des données	141
Chapitre 3	– DESCRIPTION DE LA POPULATION	142
3.1	Age des sujets	142
3.1.1	Résultats (T1)	142
3.1.2	Commentaires	143
3.2	Critères d'inclusion	143
3.2.1	Résultats (T1)	143
3.2.2	Commentaires	143
3.3	Situation familiale	144

3.3.1	Résultats : état marital (T1).....	144
3.3.2	Résultats : composition du foyer (T1).....	144
3.3.3	Commentaires.....	144
3.4	Pays de naissance et migration.....	145
3.4.1	Résultats : pays de naissance de la parturiente.....	145
3.4.2	Résultats : année de migration vers la France	145
3.4.3	Résultats : pays de naissance du père de la parturiente.....	145
3.4.4	Résultats : pays de naissance de la mère de la parturiente	146
3.4.5	Commentaires.....	146
3.5	Activité professionnelle.....	147
3.5.1	Résultats : niveau de scolarité (T1)	147
3.5.2	Résultats : activité prénatale (T1).....	147
3.5.3	Résultats : activité postnatale (T2).....	147
3.5.4	Résultats : dernier emploi salarié	148
3.5.5	Commentaires.....	148
3.6	Situation économique	149
3.6.1	Résultats : revenus mensuels.....	149
3.6.2	Résultats : perception de la situation.....	149
3.6.3	Commentaires.....	149
3.7	Evénements de vie et grossesse.....	150
3.7.1	Résultats : événements de vie durant les 12 derniers mois (T1)	150
3.7.2	Résultats : désir de grossesse	150
3.7.3	Commentaires.....	151
3.8	Synthèse sur les données socio-démographiques : une population à risques multiples, fragilisée socialement.	151
3.9	Santé mentale périnatale.....	152
3.9.1	Résultats : dépression prénatale	152
3.9.2	Résultats : dépression post-natale	153
3.10	Perspectives sur le test des hypothèses	153
Chapitre 4 – TEST DES HYPOTHESES		155
4.1	Définition des variables.....	155
4.1.1	Variables de soutien social.....	155
4.1.2	Autres variables.....	155
4.2	Analyses descriptives des variables	157

4.3	Méthode d'analyse des hypothèses:.....	161
4.3.1.	Données	161
4.3.2.	Analyses	161
4.4	Test de l'hypothèse A (HA).....	162
4.4.1	HA1 : Les femmes se déclarant émotionnellement soutenues en période prénatale présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant. 162	
4.4.2	HA2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant émotionnellement soutenues voient leur dépression se résorber. Le soutien émotionnel joue un rôle tampon sur la dépression.....	164
4.4.3	HA3 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le stress parental, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre dans des conditions de stress.....	165
4.4.4	HA4 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement insécure.....	166
4.4.5	Synthèse sur les résultats de l'hypothèse A	167
4.5	Test de l'hypothèse B (HB)	168
4.6	Test de l'hypothèse C (HC)	169
4.6.1	HC1 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en période prénatale présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.....	170
4.6.2	HC2 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en prénatal présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui ne se vérifie qu'en incluant la variable "sentiment de compétence parentale" dans l'équation.....	170
4.6.3	Synthèse sur les résultats de l'hypothèse C	171
4.4.	Test de l'hypothèse D (HD).....	172
4.4.1	HD1 : Les femmes se déclarant valorisées présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.	172
4.4.2	HD2 : Les femmes se déclarant valorisées présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui se vérifie aussi bien en la présence qu'en l'absence de la variable "sentiment de compétences parentales" dans l'équation.....	173
4.4.3	Synthèse sur les résultats de l'hypothèse D	174
4.5	Test de l'hypothèse E (HE).....	174

4.5.1	HE1 : Les femmes se déclarant socialement entourées en prénatal présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant.	174
4.5.2	HE2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant socialement entourées voient leur dépression se résorber.....	175
4.5.3	HE3 : L'hypothèse E2 ne se vérifie plus pour les femmes présentant un niveau de stress parental élevé.	176
4.5.4	HE4 : L'hypothèse E2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social de socialisation est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement distant.....	176
4.5.5	Synthèse sur les résultats de l'hypothèse E	177
4.6	Synthèse graphique des résultats.....	178
Chapitre 5 - DISCUSSION.....		180
5.1	Limites de l'étude	180
5.1.1	Choix et nombre des sujets.....	181
5.1.1.1.	Nature de l'échantillon.....	181
5.1.1.2.	Taille de l'échantillon	181
5.1.2	Outils utilisés.....	182
5.1.3	Choix des critères de jugement	183
5.2	Discussion des résultats.....	184
5.2.1	Introduction : rappel sur les effets paradoxaux du support social.....	184
5.2.2	Le choix du modèle du support social en 18 facteurs	185
5.2.3	Le support émotionnel.....	186
5.2.4	Le support matériel et le support financier.....	188
5.2.5	Le support informatif	190
5.2.6	Le support de valorisation	191
5.2.7	Le support de socialisation.....	192
5.3	Perspectives.....	193
5.3.1	Perspectives de recherche : santé mentale et support social, quels modèles pour les populations les plus précaires ?	193
5.3.1.1	Les modèles en psychologie communautaire.....	193
5.3.1.2	Les outils de support social	197
5.3.1.3	La mesure de la santé mentale.....	199
5.3.2	Perspectives d'action	202

5.3.2.1	Actions auprès des individus : l'intervention de réseau et l'approche milieu	202
5.3.2.2	Actions systémiques et politiques	205
CONCLUSION ET PERSPECTIVES POUR LA DISCIPLINE PSYCHOLOGIQUE		
.....		208
BIBLIOGRAPHIE		211
ANNEXES		223
	Annexe 1 : Synthèse des études épidémiologiques internationales réalisée par Halbreich et Karkun (2006)	224
	Annexe 2 : Soutien social et mortalité, selon la proximité de l'anniversaire d'après Philips et Feldman (1973)	231
	Annexe 3 : Soutien social et mortalité, d'après Berkman et Breslow (1983)	232
	Annexe 4 : Mécanismes explicatifs de l'action du soutien social perçu sur la santé, d'après Bruchon-Schweitzer (2002, p.349).....	233
	Annexe 5 : Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé, d'après Bruchon-Schweitzer (2002, p.92)	234
	Annexe 6a : Formulaire d'information et de consentement des participantes.....	235
	Annexe 6b : Formulaire d'information et de consentement 2.....	237
	Annexe 6c : Formulaire d'information et de consentement 3	239
	Annexe 7 : Echelle SSR de Vaux.....	242
	Annexe 8 : Questionnaire de soutien social	246
	Annexe 9 : Outils utilisés par temps de mesure	252
	Annexe 10 : Zone d'étude.....	253
	Annexe 11 : Processus Delphi – Partie 1	254
	Annexe 12 : Processus Delphi – Partie 2	260

INTRODUCTION

Le mouvement de médicalisation de la maternité est aujourd'hui au centre d'un débat de fond sur la prise en charge sociale de la périnatalité. La seconde moitié du XXe siècle a été marquée par une protocolisation de chaque étape de la grossesse et du péripartum. Cette approche, répondant au souci d'assurer une protection universelle et systématique a permis de favoriser le dépistage des grossesses à risques et de réduire la mortalité infantile par cinq, de 1950 à 1990. Cependant, cette réussite de l'Etat-Providence a généré deux effets indésirables :

- le premier est d'avoir déplacé le processus de parentalité dans le champ sanitaire, en attribuant l'expertise aux corps médicaux. Ce mouvement s'est naturellement accompagné d'un changement de repères en termes sociaux, le médecin, expert de la grossesse prenant ainsi la place de la grand-mère, des femmes, de la communauté, générant une perte du lien social traditionnel entourant la période périnatale.
- le second est la réduction de la notion de santé mentale périnatale à une définition organiciste ("la santé est l'absence de maladie"). En s'attachant davantage aux processus réduisant les risques de pathologies qu'aux dynamiques favorisant les compétences parentales, le sentiment de compétences parentales, les connaissances sur le développement de l'enfant, etc., les praticiens ont circonscrit le processus de parentalité à leur propre champ professionnel.

En réaction à cette dynamique médico-centrée, les psychologues se sont efforcés de faire reconnaître les processus intrapsychiques en jeu dans la maturation de la parentalité et dans les relations précoces parents-enfants.

La dimension sociale, psychosociale ou communautaire de la périnatalité n'a depuis lors plus été au centre des préoccupations des praticiens ou des chercheurs, bien que les récents mouvements migratoires soient à l'origine de l'exceptionnelle diversité culturelle que l'on rencontre désormais dans les milieux urbains français, amenant avec elle une réflexion sur l'importance des liens sociaux présents dans les sociétés dites "traditionnelles". Cependant lorsque se côtoient la migration, l'exclusion, la précarité et l'isolement, la grossesse et la période périnatale ne sont pas vécues comme un simple remaniement psychique et une appropriation identitaire, mais comme une source de vulnérabilité sociale supplémentaire.

Face à ces pressions sociales, il est convenu d'opposer le médical et le psychique. Nous souhaitons contribuer à ce que le débat puisse se déplacer et proposer des réponses de développement communautaire, passant notamment par le renforcement des liens sociaux.

L'objectif principal de ce travail de doctorat sera de questionner les processus par lesquels un réseau social peut fournir une dynamique favorable en termes de santé mentale en période périnatale. En prenant l'exemple d'une population francilienne en situation de vulnérabilité psychosociale, nous questionnerons l'impact des différentes formes de réseau et de soutien social sur la santé mentale de jeunes femmes primipares.

Ces éléments fourniront une base de réflexion pour l'ensemble des programmes de promotion de la santé mentale "communautaires", dans le domaine de la petite enfance. Si ces programmes ont, depuis plus de quarante ans, prouvé leur efficacité, la littérature reste lacunaire sur la description des ressources agissant favorablement pour la santé mentale. Nous nous attacherons ici plus particulièrement à la dimension du support social, en vue de produire un corpus de connaissances sur les dynamiques relationnelles à mettre en œuvre dans les programmes de promotion de la santé et de prévention précoce.

Cette recherche s'organisera autour de la question suivante :

" Quels sont les déterminants relationnels, en termes de support social, de la santé mentale périnatale ? "

Objectifs de la thèse

- A l'aide d'une méthodologie de psychologie sociale de la santé, produire un corpus de données françaises sur l'impact du support social sur la santé mentale périnatale.**
- Questionner la médicalisation croissante de la grossesse et du péripartum et proposer des alternatives communautaires de soutien aux femmes enceintes et aux jeunes mères.**
- Proposer des mesures concrètes pour les programmes de promotion de la santé mentale périnatale, organisés dans la communauté et s'appuyant sur l'environnement des individus pour produire des ressources en santé.**

REVUE DE LA LITTERATURE

<p>Première Partie</p> <p>PERINATALITE : DE LA PSYCHOPATHOLOGIE A LA SANTE MENTALE</p>
--

Chapitre 1 – APPROCHE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA SANTE MENTALE PERINATALE

L'histoire de la nosographie des maladies mentales de la périnatalité remonte aux premières descriptions par Hippocrate de "*la folie des parturientes*". Mais c'est au cours du XIXe siècle que vont se développer les premières élaborations psychopathologiques des femmes enceintes et des jeunes accouchées. Esquirol fait ainsi dès 1819 les premières descriptions de "*l'aliénation des nouvelles accouchées et des nourrices*" (Esquirol, 1819). Marcé -par la suite considéré comme le fondateur de la clinique psychopathologique périnatale- fera de la psychose puerpérale une entité clinique particulière en publiant le "*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*" (Marcé, 1858).

Ca n'est que lors de la seconde moitié du XXe siècle que se développeront les recherches visant à étudier l'étiologie de ces affections psychologiques, au moment où Victoroff (1952) puis Pitt (1968) identifieront respectivement la clinique du blues et de la dépression du post-partum.

Le champ de la santé mentale périnatale est aujourd'hui dominé par une culture médicale. Nous tâcherons de présenter ici les principales entités nosographiques (hors pathologies psychotiques), reconnues par les chercheurs et ayant donné lieu à une large bibliographie, avant de présenter les travaux plus récents, issus notamment de la psychologie de la santé, et mettant l'accent sur les aspects positifs de la santé mentale, plus à même de répondre aux exigences de prévention des troubles de santé mentale de la périnatalité, et en particulier de la dépression post-natale.

1.1 La dépression prénatale

Bien que la dépression post-natale constitue le champ d'investigation privilégié de la recherche en périnatalité, les études ciblant la dépression prénatale se développent, avec comme objectif de favoriser la précocité de la prise en charge des événements dépressifs postnataux. La dépression prénatale concernerait 14,5% de la population des femmes gestantes, selon une méta-analyse récente (Gavin *et coll.*, 2005), et apparaîtrait dès les

premiers mois de la grossesse. La symptomatologie d'allure anxio-dépressive (tout comme la dépression post-natale), associée aux changements somatiques de la grossesse, rend le dépistage de la dépression prénatale difficile (Durand, 1999), les professionnels de santé étant plus sensibles aux manifestations "classiques" de la dépression (ralentissement, tristesse...).

L'étude de cohorte d'Evans et coll., menée au début des années 1990 a permis de mettre en évidence l'importance des dépressions de fin de grossesse, et leur aspect prédictif sur les dépressions post-natales : 65,5 % des femmes souffrant d'une dépression du post-partum présentaient déjà d'importants symptômes dépressifs en pré-partum, Josefsson observe une corrélation de .50 ($p=.000$) entre scores de dépression pré et post natale, sur 1500 parturientes, 18% ayant présenté une dépression post-natale (Evans *et coll.*, 2001; Josefsson *et coll.*, 2001).

Il a enfin été mis en évidence que, parmi les facteurs de risque identifiés, le rôle de l'environnement social et notamment de la migration (et de l'absence de femmes plus âgées dans l'environnement social des jeunes mères) était important (Manzano, Righetti-Veltema, et Conne Perreard, 1997).

1.2 Le blues du post-partum

Environ la moitié des jeunes femmes accouchées se plaignent d'une labilité émotionnelle ou de tristesse transitoires aux alentours des 2^e et 5^e jours du post-partum. Défini en 1952 par Victoroff, le post-partum blues (PPB) est aujourd'hui appelé « Post-partum reactivity » (Miller, 2002; Victoroff, 1952). Le PPB est la difficulté la plus fréquemment rencontrée en postpartum immédiat et il semble qu'on puisse le retrouver dans toutes les cultures (Kumar, 1994). Sa prévalence varie de 15 à 80 % des parturientes selon les études, en fonction de la définition acceptée. Le PPB se caractérise par un ensemble de symptômes dont le pic survient entre le 3^e et le 5^e jour post-partum (Sutter *et coll.*, 1995) :

- Une labilité émotionnelle,
- Des crises de larmes,
- Une exaltation,
- Une humeur dépressive,
- Une irritabilité.

D'autres symptômes tels qu'une confusion ou un sentiment de dépersonnalisation peuvent plus rarement être associés. L'étiologie du post-partum blues n'est pas sujette à tant de discussions que celle de la dépression post-natale : il est désormais reconnu que cette origine est essentiellement hormonale : on observe une chute des œstrogènes et de la progestérone au

moment de l'accouchement, une hausse de la prolactine et du cortisol. Enfin on constate une disparition des hormones fœto-placentaires (Guédénéy, Bungener, et Widlocher, 1993).

S'il n'a pas été mis en évidence que la survenue d'un PPB était liée à des facteurs environnementaux, et notamment à des difficultés relationnelles, la rémission semble en être sensiblement dépendante. Si le PPB disparaît généralement rapidement et ne se manifeste souvent que pendant quelques jours, il est désormais reconnu que sa survenue, si elle est associée à un environnement social défavorable, peut conduire à la pérennisation des symptômes anxio-dépressifs et constituer les prodromes d'une dépression post-natale. On estime ainsi qu'environ 25 % des PPB peuvent déboucher sur une dépression post-natale (Beck, 2001; Whiffen, 1988). En revanche, les auteurs s'accordent pour souligner que la rémission d'un PPB sera d'autant plus rapide et favorable que la jeune accouchée trouvera auprès d'elle une présence aidante et chaleureuse qui la rassurera sur ses capacités maternelles, qu'il s'agisse de son conjoint, de sa propre mère ou de professionnels (Fitch, 2002).

1.3 Le stress parental

La notion de stress parental occupe une place particulière dans la nosographie des troubles de santé mentale de la périnatalité. On ne le retrouve pas, en effet, dans les classifications internationales (CIM-10 de l'OMS ou DSM-IV de l'APA). De fait, sa description clinique est variable d'une étude à l'autre et n'a pas permis de développer un réel champ de recherche.

Cependant, il nous paraît que le stress lié au développement de *soi comme parent* peut constituer une variable intéressante, dans la tentative d'élaborer un modèle dynamique de la santé mentale périnatale, et plus particulièrement dans la tentative d'identifier les leviers de la promotion de la santé mentale et de la prévention de ses troubles.

Le stress parental peut être défini comme "l'écart ressenti par le parent entre, d'une part, les exigences posées par la situation et l'enfant lui-même et, d'autre part, les ressources et habiletés disponibles pour répondre à ces exigences" (Lacharite, Ethier, et Couture, 1996). Ethier le définit comme "l'ensemble des difficultés qu'un parent rencontre dans l'éducation de son enfant" (Ethier, Lacharite, et Couture, 1995). Abidin, qui a développé un outil d'évaluation du stress parental : le *parental stress inventory* (voir §outils de la recherche), définit le stress parental comme "l'interprétation subjective par le parent des situations concernant l'exercice de son rôle auprès de son enfant" (Abidin et Wilfong, 1989).

Les recherches menées sur le stress parental sont fréquemment liées à la maltraitance infantile, les parents négligeant reportant des niveaux de stress (défini comme stress parental) plus élevé que les parents non négligents, mais plus faible que les parents maltraitants (Browne, 1986; Ethier et coll., 1995; Lacharite et coll., 1996). Il a également été montré que le stress parental était inversement proportionnel chez les mères au niveau de soutien reçu de leur conjoint (Lacharite et coll., 1996). Les mères déprimées semblerait également plus vulnérables au stress parental (Webster-Stratton et Hammond, 1988). On pourrait opposer le concept de stress parental à celui de "sentiment de compétences parentales" (voir §2.3.2).

Le stress parental ne définit pas au final une nouvelle forme d'anxiété, mais une anxiété relative à l'exercice de sa parentalité. Ce sont ainsi essentiellement ses modalités d'évaluation, en lien avec les exigences de la parentalité, qui en font une entité particulière.

1.4 La dépression post-natale

1.4.1 Description clinique

C'est Brice Pitt qui, en 1968, propose dans le *British journal of psychiatry* la première étude descriptive de la dépression post-natale (Pitt, 1968). Son échantillon est composé de 305 femmes ayant accouché. A l'aide d'un questionnaire et d'un entretien clinique, il observe un taux de dépression de 10,8 %, six à huit semaines après l'accouchement. La description des symptômes que Pitt retrouve de façon significative au sein de l'échantillon met en valeur la présence d'un syndrome dépressif : aboulie, crises de larmes, sentiment d'incapacité, fatigue... mais l'auteur souligne que l'anxiété est également présente, parfois au point de masquer ce versant dépressif. Il caractérise ainsi pour la première fois la DPN de dépression "atypique" (Pitt, 1968).

O'Hara et Swain (1996) dans une méta-analyse portant sur 59 études (12.810 femmes) dégagent une prévalence de 12,8 %, en population générale. Cette étude, pour la qualité de sa méthodologie (et du choix des études retenues notamment) est toujours considérée comme la référence pour la prévalence pour la DPN dans les cultures occidentales.

La dépression post-natale est la complication obstétricale la plus fréquente (Mallikarjun, 2005) ; sur 775.000 naissances par an, en France, plus de 100.000 femmes seraient donc concernées.

Une grande fatigue, des crises de larmes, de troubles du sommeil (d'endormissement), des cauchemars, une diminution des comportements sexuels, une perte des intérêts de la vie

quotidienne et un sentiment d'incapacité face à la nouvelle situation allant jusqu'à l'impossibilité d'assumer le rôle maternel sont les symptômes dépressifs fréquemment retrouvés dans son échantillon.

L'atypie caractérisant la DPN repose donc sur l'expression de symptômes anxieux au premier plan, par rapport aux symptômes dépressifs. Pourtant, malgré son intensité souvent modérée, et sa résolution parfois spontanée, la DPN doit être considérée comme une souffrance et un trouble dépressif à part entière. Cette atypie peut sans doute expliquer le fait que la dépression du post-partum passe souvent inaperçue en tant que telle ; en effet, on estime que seuls 10 % des femmes présentant cette pathologie sont diagnostiquées et prises en charge (Cooper et Murray, 1998).

1.4.2 La dépression post-natale, un trouble de la culture ?

Des années 1970 aux années 1990, de nombreux auteurs issus d'un mouvement socio-anthropologique ont postulé que la DPN s'observait essentiellement dans des sociétés où le lien social était affaibli (Kumar, 1994), et dans des proportions moindres dans les pays non-industrialisés, caractérisés par une culture de prise en charge communautaire des jeunes accouchées (Romito, 1990). Stern et Kruckman expliquaient ainsi dès les années 1980 l'augmentation du taux de DPN aux Etats-Unis par un affaïssement de la structuration sociale autour du post-partum (Stern et Kruckman, 1983). Les auteurs, en publiant un article synthétique des recherches transculturelles, identifient alors six éléments culturels à l'origine de faible taux de DPN :

- La reconnaissance sociale de la singularité de la période post-natale,
- des mesures destinées à mettre en valeur la vulnérabilité de la jeune mère,
- le retrait social,
- le "mandat" de repos,
- l'assistance par la famille dans les tâches ménagères,
- la reconnaissance du nouveau statut de la mère par des rituels, cadeaux...

En situation migratoire, la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont des périodes de vulnérabilité psychologique dont les manifestations somatiques et psychiatriques s'expriment d'une façon très variable d'une culture à l'autre. Dans ces moments, l'étayage culturel de la mère est concrétisé par un réseau social féminin garant d'un soutien culturel de parentalité. Dans les sociétés traditionnelles africaines et nord-africaines par exemple, le caractère délicat

de ce passage est pris en compte et le couple mère-enfant fait l'objet d'un accompagnement à la mesure des enjeux. Dans un contexte de migration, faciliter la prise en charge des jeunes mères dans leur culture d'origine constitue alors une tâche nécessaire pour l'ensemble de la communauté (Greacen et Saïas, 2006; Saïas, 2002; Saïas et Greacen, 2006)

Considérée à la fois comme une perte de repères sociaux, un événement de vie anxiogène et une source d'isolement social, la migration constitue aujourd'hui une vulnérabilité supplémentaire à la survenue d'un événement dépressif en post-partum. L'étude récente de Stewart et coll. proposait une analyse de l'incidence de DPN auprès d'une population migrante, au Canada. Les auteurs ont mis en évidence des taux très importants de DPN, chez les immigrants (35,1%), les demandeurs d'asile (31,1%), et chez les réfugiés (25,7%), tandis que la population canadienne (née au Canada) présentait un taux de DPN de 8,1% (différence significative au seuil $p=0.008$). Le risque relatif (*odd ratio*) de présenter une DPN était ainsi de 4.80 pour les réfugiés, de 4.58 pour les immigrants et de 3.06 pour les demandeur d'asiles, lorsqu'on les comparait à la population témoin (Stewart *et coll.*, 2008).

Ainsi mises en valeur, ces données concernant la migration, lorsqu'elles s'ajoutent à d'autres facteurs de risques, au sein de populations industrialisées ou en voie de développement constituent autant de facteurs de risque socio-culturels de la DPN.

Ainsi, dès sa naissance, l'enfant trouve deux systèmes de soutien : celui de sa mère qui le protège et celui du groupe de femmes, voire du groupe social qui va aider à protéger la mère. « *En situation transculturelle, il arrive souvent que la mère ne bénéficie pas de ce soutien. Elle ne peut donc plus à son tour assurer correctement le rôle de contenant pour elle-même et pour son bébé. Ne trouvant plus les repères extérieurs nécessaires pour diminuer son désordre entre monde interne et externe, la mère est exposée à la confusion et à la dépressivité.* » (Khelalfa-Foucault, Boige, et Missonnier, 2003).

Si cette hypothèse socio-anthropologique paraît congruente, au vu des facteurs de risques identifiés récemment dans la littérature (voir §1.4.3, ci-dessous), les données disponibles concernant les pays non-industrialisés ont commencé à être publiées à la fin des années 1990 et l'ont partiellement remis en cause. En 2006, Halbreich et Karkun ont réalisé une synthèse transculturelle des travaux épidémiologiques portant sur la dépression post-natale (Halbreich et Karkun, 2006). L'annexe 1 présente les résultats publiés par les auteurs dans le *Journal of Affective Disorders*. De nombreuses études ont ainsi été menées avec une méthodologie

rigoureuse auprès de populations générales de pays en voie de développement et ont permis de dégager les deux constats suivants :

- on n'observe pas de taux de DPN plus faible dans les pays en voie de développement, où le tissu social est traditionnellement reconnu comme facteur protecteur de la santé mentale périnatale (hypothèse socio-anthropologique)^a.
- il existe quelques facteurs de risques spécifiques selon les cultures (sexe du bébé, notamment), et de nombreux facteurs de risque communs, notamment psychosociaux (facteurs obstétricaux, antécédents de dépression, précarité, chômage, niveau d'études, relations interpersonnelles de mauvaise qualité, support social lacunaire).

Un groupe de recherche international a récemment produit une étude transculturelle sur la dépression post-natale (*Transcultural Study of Postnatal Depression : TNS-PND*). S'appuyant sur les données de 10 sites situés dans 8 pays "industrialisés" (7 pays européens, 1 site aux Etats-Unis), les données épidémiologiques et relatives aux facteurs de risque sont congruentes avec les résultats des études synthétisées par Halbreich et Karkun (Gorman *et coll.*, 2004; Oates *et coll.*, 2004).

S'il semble évident que l'environnement culturel de la périnatalité soit à prendre en compte pour comprendre la prévalence de dépression post-natale à l'échelle d'une population, les données socio-psychologiques suggèrent néanmoins que l'environnement de vie proximal (correspondant au microsystème et mésosystème du modèle écologique de Bronfenbrenner – voir §5.3.1) permet mieux de comprendre comment une DPN survient chez une jeune mère. En d'autres termes, si dans des sociétés supposées "cohésives", la prévalence de DPN est au moins égale (et fréquemment supérieure) à celle des pays "occidentaux", il est nécessaire de s'interroger sur les stress sociaux à même de remettre en cause une forme d'organisation sociale dite fonctionnelle.

Les cultures traditionnelles, où les rituels sociaux entourant la venue au monde d'un nouveau-né sont aujourd'hui soumises à des stress socio-psychologiques intenses (augmentation de la précarité, de l'urbanisation, de l'industrialisation, effets de la mondialisation sur le patrimoine culturel...). Le rôle protecteur de la culture ne suffirait ainsi plus à prévenir la survenue de phénomènes dépressifs en péripartum, si l'on en croît les études épidémiologiques récentes.

^a On notera dans les résultats des auteurs la diversité des critères de jugement utilisés. Cependant, ce constat est également vérifié lorsque l'on compare les études, en les rassemblant selon le critère de jugement utilisé.

On doit donc désormais considérer que le macrosystème culturel (voir §5.3.1) ne permet pas d'expliquer la prévalence de DPN d'une culture à l'autre. Le champ de la psychologie sociale de la santé se penche aujourd'hui sur l'élaboration de modèles multifactoriels et intégratifs. En prenant en compte l'ensemble des facteurs de vulnérabilité (isolement, précarité, migration, violence) et des facteurs protecteurs (culture, support social), pour parvenir à identifier plus nettement les leviers de prévention de la DPN. Il semble que l'avenir des recherches sur la DPN soit dans l'élaboration de modèles intégratifs plus que dans l'opposition d'une conception "sociale" -basée sur l'hypothèse socio-anthropologique- et d'une conception "médicale" -s'intéressant exclusivement aux déterminants individuels- de la DPN.

1.4.3 Facteurs de risque de la dépression post-natale

En 1996, deux méta-analyses ont été menées pour tenter d'identifier les facteurs de risque de la DPN (Beck, 1996; O'Hara et Swain, 1996). Ces méta analyses ont ouvert la voie à un champ de recherche important sur les facteurs de vulnérabilité des parturientes à la DPN, sans pour autant parvenir à dégager de consensus entre les chercheurs (Beck, 2001).

La méta-analyse de Beck (1996), réalisée à partir de 44 études, faisait émerger les facteurs de risques suivants :

- dépression prénatale (taille d'effet : $r=.51^a$)
- stress parental ($r=.48$)
- stress lié aux conditions de vie ($r=.40$)
- soutien social ($r=.38$)
- blues du post-partum ($r=.36$)
- anxiété prénatale ($r=.35$)
- insatisfaction maritale ($r=.35$).

On notera que ces facteurs de risques étaient, à l'exception du soutien social, exclusivement "psychologiques", ou centrés sur l'individu, ce qui correspond à une procédure d'évaluation lacunaire en termes de facteurs de risque socio-psychologiques.

O'Hara et Swain (1996) identifiaient quant à eux les facteurs de risque suivants :

- dépression prénatale (taille d'effet $-d$ de Cohen : $d=.75$)
- anxiété prénatale ($d=.68$)
- soutien social ($d=.63$)

^a $r=.10$ renvoyant à une taille d'effet "faible", $r=.30$ à une taille d'effet moyenne, $r=.50$ à une taille d'effet importante

- événements de vie (d=.60)
- antécédents psychopathologiques (d=.57)
- névrosisme (d=.39)
- style de coping (d=.24)
- variables obstétriques (d=.26).

La critique adressée à la méta-analyse de Beck pourrait également être opposée à l'étude de O'Hara et Swain, quasi exclusivement attachée à l'identification de facteurs médico-psychologiques.

De très nombreux travaux, de qualité, ont depuis été publiés, tentant de mettre en évidence les facteurs de vulnérabilité à la DPN auprès de différentes populations. Nous avons ici choisi de retenir l'étude de Beck, offrant à la fois une analyse synthétique de ces travaux, une approche intégrative et une rigueur méthodologique permettant de s'appuyer sur ses résultats. Les résultats obtenus sont par ailleurs cohérents avec ceux de deux larges revues de la littératures plus récentes (Milgrom *et coll.*, 2008; Ross *et coll.*, 2006).

En 2001, Beck réalise donc une méta-analyse de 84 études récentes, et identifie 13 facteurs de risque :

Facteur	Taille d'effet moyenne
Faible estime de soi	.47
Stress parental	.46
Dépression prénatale	.45
Anxiété prénatale	.45
Soutien social (<i>Social support</i>)	.41
Stress chronique (<i>Life stress</i>)	.40
Relations maritales	.39
Historique de dépression	.39
Tempérament de l'enfant	.34
Blues du post-partum	.31
Statut marital	.25
Statut socioéconomique	.22
Grossesse non-désirée	.16

Tableau 1 : facteurs de risque de la dépression post-natale, d'après Beck (2001)

Cette méta-analyse^a met ainsi en évidence l'existence de deux grandes catégories de facteurs de risque, ayant une incidence importante pour la prévention et le traitement de la DPN :

- Des facteurs de risques endogènes :
 - o Estime de soi
 - o Anxiété / Stress
 - o Dépression / Blues
- Des facteurs de risques exogènes, ou ayant une valence psychosociale :
 - o Soutien social
 - o Relations maritales
 - o Relations avec l'enfant
 - o Grossesse non-désirée
 - o Statut socioéconomique

L'intégration de ces deux catégories dans un modèle dynamique reste encore à élaborer. De manière générale, il apparaît que les études de cohorte sur la DPN souffrent d'un déficit de représentation des populations dites "précaires". Une méta analyse récente de 143 études réalisée par Ross et coll. (2006) a ainsi mis en évidence que les participantes aux études portant sur la DPN étaient majoritairement jeunes (25-35 ans), blanches et de niveau socio-économique moyen ou favorisé.

Cependant, il existe une très large littérature sur les facteurs de risque "exogènes" de la dépression (et non seulement de la DPN), mettant en valeur l'effet morbide de la précarité sociale, de l'isolement social ou des relations interpersonnelles négatives sur l'humeur dépressive. Les enquêtes menées dans la population française ont montré que d'une manière générale, les problèmes de santé mentale et en particulier la dépression, sont plus fréquents dans les populations pauvres, sans emploi ou sans domicile (Bocognano *et coll.*, 1999; Le Pape et Lecomte, 1996; Saïas *et coll.*, 2008). Dans une revue importante de la littérature, Kovess et coll. concluent que « *toutes les études épidémiologiques citées ont montré que la plupart des problèmes de santé mentale sont liés à des variables sociales relativement simples : sexe, âge, emploi, statut social, statut matrimonial ou encore le fait de vivre seul.* » (Kovess *et coll.*, 2001).

^a Précisons cependant qu'il s'agit là d'une méta-analyse réalisée essentiellement sur des recherches menées dans des pays occidentaux.

En s'appuyant sur cette littérature, on peut donc estimer que le risque de développer une dépression post-natale est, comme pour toute autre forme de dépression, dépendant de la présence de facteurs de vulnérabilités psychosociaux (Lorant *et coll.*, 2007).

On notera enfin une étude de Segre et coll. (2006), qui montre un lien entre DPN et ressources financières. Les auteurs identifient les taux de dépression suivants, en fonction des revenus du foyer :

Revenus du foyer	Taux de DPN
<\$10.000	24.3%
\$10.000-\$19.000	20.0%
\$20.000-\$29.000	18.8%
\$30.000-\$39.000	15.3%
\$40.000-\$49.000	13.7%
> \$50.000	10.8%

Tableau 2 : Taux de DPN selon les revenus du foyer, selon Segre et coll. (2006)

Si les facteurs psychiatriques et cognitifs sont encore aujourd'hui largement discutés (et notamment leur position dans un modèle intégratif multifactoriel), il semble qu'il existe un consensus sur les facteurs sociaux de risque pour la dépression post-natale, bien que les recherches sur les populations minoritaires et précarisées restent à développer (Howell, Mora, et Leventhal, 2006; Ross et coll., 2006).

1.4.4 Conséquences sur les interactions mère-bébé et sur le développement du nourrisson.

L'intérêt porté à la dépression post-natale comme champ de recherche est intimement lié aux conséquences importantes que l'on peut observer sur le nourrisson et le jeune enfant.

Dès les années 1970, les chercheurs en psychologie cognitive et développementale ont mis en évidence l'impact délétère que pouvait avoir la dépression post-natale sur le très jeune enfant, en induisant une de rupture dans les relations mère-bébé (Brazelton, Koslowski, et Main, 1974; Field, 1982; Stern, 1971), donnant lieu, pour l'enfant, à un sentiment de dysrégulation émotionnelle, pouvant, à long terme, avoir un impact morbide sur un spectre bien plus large (Field *et coll.*, 1986).

Le lien entre DPN et santé mentale du jeune enfant a, depuis, donné lieu à une littérature abondante, dans le champ de la psychologie développementale (recherches sur l'attachement, notamment), de la psychologie cognitive (recherches sur l'impact sur le développement cognitif de l'enfant), de la psychiatrie infanto-juvénile (recherches sur les liens entre DPN et troubles d'adaptation) ou même dans le champ judiciaire (liens entre DPN et maltraitance). En effet, certaines dépressions du post-partum se manifestent par un sentiment d'irritabilité et des passages à l'acte agressif impulsif. Une étude récente a souligné qu'une forte proportion d'infanticides étaient liés à des troubles de santé mentale maternels, et en particulier à la dépression post-natale (Koenen et Thompson, 2008). Dans l'étude plus ancienne de Kumar et Robson (1984), les mères déprimées reconnaissent montrer plus de comportements agressifs, frappant, giflant, griffant ou secouant violemment plus fréquemment le bébé que les mères non déprimées. Une étude menée au Japon a également permis d'identifier le lien entre DPN et comportements parentaux agressifs (Sagami, Kayama, et Senoo, 2004).

Nous tâcherons ici de mentionner les principales études récentes, en soulignant les effets morbides de la DPN sur la santé de l'enfant et en tâchant de mettre en perspective ces données dans le but de mieux comprendre les enjeux d'une prévention précoce de la dépression post natale.

1.4.4.1 Relations mère-bébé et attachement

De nombreuses recherches ont mis en évidence que la présence d'un syndrome dépressif en période périnatale était lié à un déficit qualitatif et quantitatif des relations engagées par la mère envers son nouveau-né (Deave *et coll.*, 2008; Moehler *et coll.*, 2006). Ce déficit, selon des recherches peut se pérenniser jusqu'au 14^e mois de l'enfant, même si la DPN, elle, ne se pérennise pas (Moehler *et coll.*, 2006), soulignant à nouveau l'importance d'une stratégie de dépistage et de prévention précoce.

Chez le nouveau-né, la présence d'une dépression maternelle ne permet plus le maintien des "routines interactives", support du développement relationnel et psychologique de l'enfant (Société Canadienne de Psychiatrie, 2004). La dépression maternelle peut générer cette dysrégulation par deux moyens, correspondant à deux formes d'expression du syndrome, et caractérisant l'"atypie" de cette pathologie (Weinberg et Tronick, 1998) :

- l'intrusion,
- le repli sur soi.

L'impact sur les relations peut ainsi survenir soit d'un sentiment d'envahissement du nouveau-né, qui va se détourner de sa mère pour se réguler, soit d'une absence de relation, chez des mères exprimant leur DPN sur un mode plus "classique" de dépression (anhédonie, tristesse, ralentissement psychomoteur), incapables de soutenir le développement de leur enfant.

Un champ de recherche de la psychologie cognitive et développementale a vu le jour dans les années 1980, sous l'impulsion de Field, Cohn, Trevarthen et Tronick. Les auteurs ont cherché à élaborer des paradigmes permettant la simulation d'états dépressifs chez de jeunes mères. Le paradigme ayant donné lieu au plus grand nombre de recherches est le "*still face*", de Tronick. Cette procédure consiste, dans le cadre d'une interaction entre une mère et son enfant, à demander à la mère d'adopter une posture figée et un visage inexpressif (*still face*), rendant l'interaction impossible.

Field (2007, 1986), Cohn et Tronick (1982), Murray et Trevarthen (1986) ont ainsi utilisé cette procédure pour étudier l'impact de la dépression maternelle sur les interactions mère-bébé. Pour les auteurs, les enfants, dès 6 semaines, réagissent très négativement à ce type de comportement, simulant la dépression maternelle (stress, attitudes de détournement, réaction sthénique...).

Plus récemment en France, Nadel a développé un nouveau paradigme permettant de rompre la continuité de l'interaction entre une mère et son enfant. Le paradigme de la "double vidéo" consiste en une interaction réalisée à distance entre une mère et son enfant. Filmés, ils peuvent s'observer dans une interaction direct. La manipulation consiste à remplacer à un moment donné l'interaction en direct par un moment d'interaction filmé précédemment et proposé en différé au bébé. L'objet de cette expérience consiste à reproduire le sentiment de non-congruence de la relation perçue par le bébé, comme c'est le cas chez les mères déprimées.

« Dès 9 semaines, non seulement les bébés repèrent la période de communication différée mais y réagissent avec une violence à la hauteur de ce qu'il faut bien considérer comme leurs attentes de synchronisation sociale déçues » (Nadel, 2001).

Les psychologues du développement se sont intéressés à la suite de Bowlby à l'identification des facteurs de risque de l'attachement dit "insécure" (Bowlby, 1969).

Il a ainsi été montré que chez les femmes souffrant d'une dépression post-natale, moins à l'aise dans les interactions avec leur nouveau-né, ces derniers étaient plus à risque de développer une forme d'attachement insécuré (voir §3.7), cette insécurité étant désormais reconnue comme un facteur de vulnérabilité majeur de trouble de la santé mentale (Brandi, 2008). En 1992, par exemple, Murray présente les résultats d'une cohorte où les enfants de mères déprimées étaient 44% à présenter un attachement sécuré, contre 76 % dans le groupe contrôle (Murray, 1992).

Ce lien indirect de la DPN sur les troubles de santé mentale a fait l'objet d'une très large littérature (Luoma *et coll.*, 2001, 2004; Shaw et Vondra, 1995; Shaw *et coll.*, 1994). Il serait aujourd'hui nécessaire de développer les recherches modélisant ce lien, à l'aide notamment de méthodes d'analyses structurelles longitudinales (analyses en pistes causales, par exemple).

1.4.4.2 Santé mentale des enfants

De nombreuses études longitudinales ont observé le devenir des enfants des mères ayant présenté une dépression post-natale, et ont permis de mettre en évidence les effets délétères de cette pathologie (Murray et Cooper, 1997).

Dans une étude récente, Pawlby *et coll.* ont montré qu'il existait chez les enfants de mères déprimées un risque 4 fois plus important de développer un trouble psychiatrique à 11 ans (Pawlby *et coll.*, 2008). Les auteurs soulignent ainsi l'importance d'un dépistage précoce de la DPN.

Dans une recherche plus complète et descriptive, Halligan *et coll.* (2006) ont examiné chez des enfants de 13 ans l'incidence d'une dépression maternelle périnatale sur l'expression de troubles de santé mentale. Les auteurs confirment les résultats de Pawlby *et coll.*, en signalant le risque relatif plus important chez les enfants de mères ayant présenté une DPN de développer des troubles de santé mentale à l'adolescence (Risque relatif (*odd ratio*, *OR*) =2.75, 95% IC=1.07–7.05). Les résultats étaient également significatifs pour la dépression (OR=3.78, 95% IC=0.96–14.9), et pour les troubles anxieux (OR = 3.56, 95% IC= 1.08–11.71). En revanche, les auteurs n'ont identifié aucun lien entre DPN et troubles du comportement (OR=1.56, 95% IC=0.27–8.96), alors que Josefsson et Sydsjo (2007) mettent en valeur un résultat inverse et un risque relatif important (OR=4.71, 95% IC=1.88–11.78).

La revue de Gunliks portant sur l'impact chez l'enfant du traitement d'une DPN a permis de mettre en valeur que la prise en charge de la dépression post-natale permettait d'observer une rémission dans l'expression symptomatique des enfants en termes de troubles émotionnels et comportementaux, mais pas en ce qui concernait le développement cognitif ni pour les stratégies d'attachement (Gunlicks et Weissman, 2008).

1.4.4.3 Déficit cognitifs

Dès la fin des années 1980, Whiffen et Gotlib ont tenté de mettre en valeur l'effet de la DPN sur le développement cognitif des jeunes enfants. Partant de l'hypothèse qu'en l'absence de stimulation émotionnelle et relationnelle de qualité, le développement des capacités d'attention et de la régulation émotionnelle de l'enfant était ralenti (Hay, 1997), les auteurs ont cherché à mettre en évidence les effets à plus long terme de ce déficit initial.

Les auteurs (1989) ont ainsi observé une chute au niveau du développement cognitif de 25 enfants de mères déprimées âgés de deux mois, à l'aide des *Bayley scales of infant mental development*, ces bébés présentant selon eux davantage de « réactions négatives » à l'examen. Cette chute précoce des performances cognitives des nouveau-nés de mères déprimées est retrouvée par Cogill et coll. (1986) en utilisant les *McCarthy scales of children's abilities* (contenant des tests d'habileté verbale, perceptive, quantitative, mnésique et motrice).

Des études plus récentes ont permis de confirmer ces résultats, notamment lors d'études prospectives à long terme. Ainsi, selon l'étude de Deave et coll., la dépression maternelle, *lorsqu'elle est prolongée*, est significativement liée à des retards cognitifs et développementaux chez des enfants de 18 mois (Deave et coll., 2008).

1.4.5 Conclusion : perspectives pour une prévention de la DPN

L'essentiel de la recherche portant sur la dépression post-natale peut être trouvé dans le champ biomédical ou psychopathologique. Une littérature abondante a permis d'identifier les principales manifestations de cette dépression "atypique", ses facteurs de risque, ses facteurs protecteurs et ses effets pathogènes à court et moyen terme.

L'ensemble des auteurs s'accordent donc pour exprimer l'enjeu majeur de santé publique que représente la DPN qui toucherait près de 100.000 femmes en France chaque année.

Les recherches récentes ont permis de constater une transition de l'intérêt des chercheurs, sortant du modèle descriptif de la DPN pour s'orienter vers l'identification des leviers par lesquels la prise en charge de la DPN peut s'opérer. Cependant, et à l'image de l'ensemble des recherches en périnatalité, ces nouveaux champs d'investigation sont restés très proches du modèle biomédical et psychopathologique.

On assiste donc aujourd'hui d'une part à l'émergence d'une littérature médicale visant à identifier les meilleures stratégies thérapeutiques de la DPN, d'autre part à une littérature qui, sous le vocable de "prévention" cherche à identifier les meilleurs indices de dépistage de la DPN. La confusion des intérêts médicaux (et économiques) avec des stratégies dites de "prévention" (en réalité stratégies de prévention tertiaire, de seconde ligne) ne permet pas aujourd'hui de constater une réelle avancée dans le champ de la prévention de la dépression post-natale. L'approche hégémonique de la santé périnatale par le médical n'a pas permis de développer des modèles intégratifs de prise en charge (Horwitz, 2002). Cependant, ce paradigme biomédical est aujourd'hui légitimé, sous l'impulsion notamment des chercheurs américains (Goldbort, 2006).

L'impact très précoce de l'humeur dépressive sur le développement de l'enfant et les conséquences psychologiques, cognitives et relationnelles observées à long terme plaident pour une action préventive systématisée et prenant en compte les deux dimensions suivantes :

- passer du dépistage à la prévention : l'identification des symptômes de la DPN peut être, au mieux, réalisée en maternité. On sait aujourd'hui que l'impact de la DPN est visible dès les premières semaines de l'enfant. Il est donc nécessaire de développer les stratégies de prévention prénatales. On observe actuellement l'émergence d'un champ de recherche portant sur les effets de la dépression prénatale sur le développement de l'enfant. La dépression prénatale a donc pu s'intégrer dans un modèle diachronique expliquant le risque pour l'enfant. A l'image de l'intérêt des cliniciens de la périnatalité, les chercheurs en santé mentale de la petite enfance s'intéressent désormais à mettre en évidence les effets les plus précoces des troubles de l'humeur de la périnatalité sur la santé de l'enfant (Deave et coll., 2008). Cependant, la littérature sur la prévention de la dépression pré et post-natale (prénatale) est encore trop lacunaire.
- s'appuyer sur des facteurs de vulnérabilité et non sur des symptômes : il paraît nécessaire de passer du modèle médical à l'épidémiologie, du modèle

psychopathologique à celui de la prévention. La large littérature sur les facteurs de risque de la dépression post-natale a, en effet, permis de mettre en lumière les facteurs de risque socio-économique. Il paraît donc que la recherche sur la prévention de la DPN a tout intérêt à développer des stratégies d'identification des sujets vulnérables (statistiquement) de développer une DPN, pour pouvoir agir en prénatal, dès la grossesse, pour préparer et soutenir au mieux les parents dans le développement de leur parentalité et à l'accueil de leur nouveau-né.

Chapitre 2 – VERS UNE CONCEPTION POSITIVE DE LA SANTE MENTALE PERINATALE

2.1 Le concept de santé positive

Historiquement, la santé a été définie d'un point de vue organiciste par la médecine occidentale ("la santé est l'absence de maladie"). Le développement de la santé publique et de l'épidémiologie a par la suite permis de mettre en évidence la notion de *risque relatif d'exposition* d'un individu, à l'origine de l'ensemble des stratégies de prévention.

La santé a ainsi, dans la seconde moitié du XXe siècle, intégré l'environnement social dans sa définition. Celle qui est aujourd'hui proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé fait état de cette prise en compte, en y ajoutant également la notion de subjectivité : "La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité (Organisation Mondiale de la Santé, 2001). Celle de Kue Young y apporte l'idée que la santé peut constituer une compétence, et qu'elle s'inscrit dans un environnement social : "[la santé] est la mesure dans laquelle une personne ou un groupe est en mesure, d'une part, de réaliser ses aspirations et de répondre à ses besoins, et, d'autre part, d'évoluer et de s'adapter au milieu" (Kue Young, 1998).

Cependant, ce changement de paradigme proposé (passer de la médecine pathologique à la promotion de la santé) ne semble pas avoir généré de modification profonde des pratiques, et, si "l'intérêt pour la *salutogénèse* est beaucoup plus récent que l'attention portée au développement des diverses pathologies organiques et mentales" (Bruchon-Schweitzer, 2002), il semble aussi que cet intérêt soit resté dans le champ politique, de la santé publique, et n'ait pas conquis le champ des praticiens.

2.2 Le modèle "positif" de la santé mentale

Pour l'OMS, la santé mentale est un "état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté" (Organisation Mondiale de la Santé, 2001).

Dans le champ de la santé mentale, le développement du modèle positif de la santé s'est fait en opposition au mouvement médical (neuropsychiatrique), historiquement au centre de la discipline. Après la seconde guerre mondiale, sont ainsi apparus dans le champ de la santé mentale les notions de "bien-être" et de "développement humain" (Marcoux, Angélique, et Culley, 2008; Pols, 2000). Cette "révolution" dans la conception de la santé survient ainsi

avec le développement des actions communautaires, visant la promotion du bien-être et des ressources des citoyens, en s'appuyant sur le développement des communautés (Saïas, 2009).

La santé mentale intègre donc, selon la définition de l'OMS que nous conserverons ici, deux nouvelles caractéristiques :

- La santé est définie par les potentialités, les compétences et la réalisation de soi (proche de la notion d'*empowerment*, voir §3.5.2) des individus.
- La santé est sociale, en ce qu'elle est dépendante, pour les individus, de la qualité de leur environnement, et qu'elle est réalisée par la participation et la contribution de ces individus au développement communautaire.

Cette mutation de la conception de la santé constitue le socle du développement d'actions préventives recherchant la promotion de la santé et permettant à la prévention de se dégager du risque hygiéniste (réduction des risques) au profit d'une démarche de "santé positive".

2.3 La santé mentale "positive" en périnatalité

2.3.1 La notion de compétences parentales

La notion de compétences parentales, depuis les premières recherches sur l'impact des soins parentaux sur le développement de l'enfant, a été intégrée à l'ensemble des modèles de la psychologie développementale.

"Il peut y avoir un environnement qui ne soit pas suffisamment bon (not good enough), qui altère le développement du petit enfant, comme il peut y avoir un milieu suffisant (good enough) pour permettre au nourrisson d'atteindre les satisfactions innées, les angoisses et les conflits propres à chaque stade (de développement)" (Winnicott, 1958).

Tanguy rappelle que la notion de compétence, repris à la psychologie du travail, désigne la disposition du sujet à agir, mais aussi son "habileté cultivée, avec l'incorporation de ce qui fait sa compétence, au fil du temps" (Tanguy, 1994).

L'Observatoire National de l'Enfance en Danger (2007), dans une analyse récente sur la notion de compétence parentale, rappelle que le terme, en passant dans le champ de la parentalité,

désigne aujourd'hui "les capacités d'un parent à répondre aux besoins de son enfant", définition large aux acceptations multiples. Selon l'Observatoire, ces compétences doivent être :

- des compétences de savoir, nécessitant un apprentissage. Le savoir étant transmis par « celui qui sait », au parent qui se découvre, qui n'a que peu de connaissances sur l'enfant, son développement...
- des compétences de savoir-faire et de savoir-être, "qui nécessitent du temps, de l'espace, un réseau..." (Observatoire National de l'Enfance en Danger, 2007).

Par ailleurs, les auteurs ont cherché à situer la notion de compétences parentales par rapport au processus dynamique de *parentalité*. Pour l'ONED, trois axes définissent la parentalité :

- L'axe de l'exercice, renvoyant à l'ensemble des exigences, devoirs et droits que tout parent a par rapport à son enfant,
- L'axe de l'expérience caractérisant la subjectivité du "devenir parent", dans ses aspects émotionnels et psychologiques,
- L'axe de la pratique recouvrant "la mise en œuvre des soins parentaux et des interactions : tâches domestiques et techniques, de garde, de soins, d'éducation, de socialisation..." (Observatoire National de l'Enfance en Danger, 2007). C'est ce troisième axe de la parentalité qui constitue la notion objectivable de compétences parentales.

Si les compétences parentales ne constituent pas une facette de la santé mentale périnatale, à proprement parler, c'est leur médiation psychologique et sociale, au travers du sentiment de compétence parentale, qui intéresse davantage les chercheurs, désireux d'identifier des leviers d'intervention dans le cadre d'actions de promotion de la santé mentale.

2.3.2 Le sentiment de compétence parentale

Posséder des compétences parentales n'assure pas pour autant aux parents le sentiment d'être compétent (Boisvert et Trudelle, 2002). Ils peuvent simplement ignorer l'existence de ces compétences, ou être insérés dans des environnements sociaux les dévalorisant.

La réussite dans le développement de son rôle de parent, et en particulier de mère (*maternal role achievement*) dépend de facteurs cognitifs, sociaux et culturels, ainsi que des

caractéristiques de l'enfant et de la relation entretenue avec lui. Le *feedback* de l'environnement social est essentiel à l'aménagement de ce processus de parentalité (Tarkka, 2003).

La notion de sentiment de compétence parentale est composée de deux dimensions :

- les connaissances sur le développement de l'enfant, et sur le développement des relations parents-enfant : "Plus les parents possèdent des connaissances approfondies concernant le développement des enfants, plus ils se sentent confiants dans leur rôle parental et plus les interactions sont positives, efficaces et tolérantes avec les enfants" (Observatoire National de l'Enfance en Danger, 2007).
- Le sentiment d'efficacité dans son rôle de parent, qui comporte les mêmes caractéristique que la notion de *sentiment d'auto-efficacité* développé par A. Bandura dans les années 1970.

Le sentiment d'auto-efficacité est le résultat de l'expérience d'actions effectivement réalisées et de leurs effets positifs. Cette expérience directe de ses compétences est plus facilement réalisée si elle est accompagnée par l'entourage social, soutenant et valorisant. La perception de ses propres compétences permet, toujours selon Bandura une sorte de rétroaction positive sur le sentiment général d'auto-efficacité (Bandura, 1986). Pour l'auteur, le sentiment d'auto-efficacité est dépendant de quatre facteurs : l'accomplissement de performances, le *feedback* émotionnel, l'expérience vicariante et les informations verbales (suggestion, information...) (Bandura, 1977).

Ainsi, la confiance qu'une jeune mère a dans ses capacités de prendre soin de l'enfant permettra à la fois à cette mère de développer des ressources, facteurs protecteurs de santé mentale, et à l'enfant de se développer dans un environnement sécurisant (Bandura, 1995; Warren, 2005). Les simples connaissances ne sont pas suffisantes à la réalisation d'une tâche parentale. Le sentiment d'auto-efficacité de Bandura propose ainsi un modèle psychosocial (car le sentiment d'auto-efficacité ne peut se développer que par et grâce à l'évaluation de son entourage social) où peut se développer cette notion de sentiment de compétence parentale.

La littérature concernant ce sentiment de compétence parentale est aujourd'hui essentiellement présente dans le monde infirmier (Le *Journal of advanced nursing*, *Nursing research* et *Public health nursing* étant les trois revues éditant le plus d'articles comprenant la notion de

"parenting efficacy" dans leurs mots-clés^a). Les psychologues éditent également -mais depuis une période plus récente- certaines recherches utilisant peu à peu cette notion.

Montigny et Lacharité remarquent cependant que de nombreux articles entretiennent une confusion sur les termes employés. Les auteurs, ayant réalisé une revue de la littérature publiée entre 1980 et 2000 et après une analyse de contenu ont souhaité proposer une définition dite "consensuelle" du sentiment de compétence parentale : "l'ensemble des croyances et jugements qu'un parent a de ses capacités à organiser et mettre en œuvre un ensemble de tâches relatives au processus de parentalité (*parenting a child*)" (Montigny et Lacharité, 2005).

Bryanton et Gagnon ont analysé les résultats d'une étude de cohorte récente (N=175), pour mettre en évidence les déterminants de ce sentiment de compétence parentale. Les auteurs ont étudié les données recueillies auprès de femmes ayant accouché dans les deux jours précédant la rencontre. Ils ont identifié que le sentiment de compétence parental était majoré par :

- la multiparité,
- une expérience positive de l'accouchement,
- une relation positive avec son conjoint (Bryanton *et coll.*, 2008).

Une étude canadienne menée par Oldershaw auprès de 1600 familles a mis en évidence que la confiance des parents (en population générale) par rapport à leurs connaissances sur le développement de l'enfant et sur leurs compétences parentales était relativement faible (34% se déclaraient incapables de gérer le comportement de leur enfant). L'étude montrait des liens étroits entre connaissances sur le développement, confiance dans son rôle parental et les compétences parentales elles-mêmes (Oldershaw, 2002).

Sinclair et Naud ont observé les effets d'une intervention visant à promouvoir le sentiment de compétence parentale, au Québec (Sinclair et Naud, 2005). Ils ont ainsi pu mettre en valeur les liens importants unissant réseau de support social et sentiment de compétence parentale, les participants à l'intervention ayant bénéficié du développement de l'un et de l'autre au cours de la recherche. Les compétences parentales avaient également été promues par cette action.

^a Recherche réalisée sur PsycInfo le 1^{er} septembre 2008

L'étude de Mercer et Ferketich portant sur deux populations de femmes à bas et haut risque (déterminé en fonction de facteurs gravidiques et obstétricaux) a permis d'observer le développement du sentiment de compétence parentale sur une période de huit mois. Si les auteurs n'ont pas identifié de différence significative entre les groupes étudiés, ils ont cependant mis en valeur que, chez ces deux populations, le sentiment de compétence parentale connaissait une diminution au 1^{er} mois post-partum, avant de se développer régulièrement du 4^e au 8^e mois de l'enfant (Mercer et Ferketich, 1994).

Cette recherche apporte l'idée qu'une chute du sentiment de compétence parentale pourrait être associée, en termes chronologiques, au développement d'une dépression post-natale. Mercer et Ferketich n'ont cependant pas étudié la DPN dans leur étude.

Cutrona et Troutman (1986) ont suggéré que l'impact du support social sur la dépression post-natale serait modéré par le développement du sentiment de compétence parentale. Cette hypothèse est congruente avec le modèle de Bandura d'auto-efficacité. Les recherches en psychologie de la santé ont montré que les personnes bénéficiant de support social et ayant un sentiment d'auto-efficacité plus important étaient plus à même de développer des stratégies de coping adaptées (Bandura *et coll.*, 1999; Zeiss *et coll.*, 1999). Dans la transition à la parentalité, les jeunes mères se sentant moins capables de calmer un enfant qui pleure, par exemple, auront moins de comportements adaptés pour apaiser l'enfant et sont plus à risque de couper leur effort rapidement (Haslam, Pakenham, et Smith, 2006). La rétroaction négative en découlant (comportement de l'enfant) agirait de manière morbide sur la santé mentale de la mère, causant à terme un sentiment d'incompétence parentale et dépression (Coleman et Karraker, 1997).

Il a été montré que le sentiment d'auto-efficacité était fortement modéré par le support social (Coleman et Karraker, 1997; Zeiss *et coll.*, 1999), notamment par le soutien concret (expérience vicariante) ou les informations fournies par l'entourage ou la valorisation des succès passés (particulièrement vrai en période périnatale) (Haslam *et coll.*, 2006).

Ce modèle a fait l'objet d'une étude récente de Haslam *et coll.*, utilisant une méthode d'analyse en pistes causales (Haslam *et coll.*, 2006). Les auteurs identifient un lien significatif entre soutien des parents de la parturiente, sentiment de compétence parentale et dépression post-natale, dans un modèle de causalité (soutien parental → (.251, $p < .01$) sentiment de compétence parentale → (-.287, $p < .01$) dépression post-natale).

Ce résultat permet d'argumenter en faveur d'actions ciblées sur le développement de réseau et de support social prénatal, dans le développement d'interventions préventives périnatales.

Synthèse de la première partie

Les compétences parentales, qui émergent durant la grossesse et la période postnatale permettent aux parents d'étayer le développement de leur nouveau-né, de favoriser l'éclosion de ses propres compétences, dans un environnement favorable à l'expression de la santé mentale.

Cependant, environ 13% des jeunes mères sont touchées par une dépression post-natale (DPN), dont on sait aujourd'hui qu'elle se développe très fréquemment dès la grossesse. Les effets de la DPN sur la santé mentale de la mère (troubles dépressifs à long terme, stress parental, risque de passages à l'acte) et de l'enfant (troubles de santé mentale, cognitifs, de l'attachement) ont fait l'objet d'une large littérature et sont aujourd'hui considérés comme un enjeu majeur de santé publique et comme une source de coûts sociaux importants. La DPN est dépendante de nombreux facteurs, endogènes et sociaux. Parmi ces derniers, il apparaît aujourd'hui que l'isolement social et le fait de vivre dans un environnement social délétère agit positivement sur le développement du stress parental (stress périnatal) et de la DPN.

Des analyses transculturelles ont permis de constater que dans des cultures traditionnelles, la prise en charge des jeunes mères permettait de réduire l'incidence de DPN. Ce constat est en récession aujourd'hui, ces cultures étant davantage soumises aux stress de l'urbanisation et de la mondialisation. On constate, de plus, que les personnes en situation de migration sont plus à risque de développer une souffrance psychologique en période périnatale.

La littérature autour de la prévention de la DPN fait état aujourd'hui de l'effet protecteur du support social, lorsqu'une parturiente ou une jeune mère a la possibilité d'être accompagnée dans le développement de sa parentalité et de son sentiment de compétence parental, ce dernier étant dorénavant considéré comme un facteur protecteur solide de la DPN.

La prise en compte des aspects positifs de la santé mentale et de leur effet préventif sur la survenue de troubles périnataux semble être un champ de recherche prometteur, permettant le développement de programmes d'interventions préventives précoces (prénatales).

Cette nouvelle littérature assume également un changement de paradigmes et le passage d'un modèle médicalisant de la santé mentale périnatale à un modèle intégratif, psychosocial, soulignant notamment l'importance de l'environnement social pour la santé mentale.

Seconde Partie LE SUPPORT SOCIAL

Chapitre 3 – LES DIMENSIONS DU SUPPORT SOCIAL

Le support social est un concept multidimensionnel se mesurant en termes de quantité, de structure, de fonction et de qualité (Badoux et Veyrat, 2000). Bien que l'importance du soutien d'autrui et de la communauté ait depuis toujours été soulignée (Cobb, 1976), il est depuis le XIXe siècle considéré comme un vecteur de la santé, de sa promotion et de la prévention de ses troubles (Smith, 1874). La littérature modélisant et opérationnalisant le soutien social a connu son apogée dans les années 1980. Cependant, Alan Vaux rappelle que le soutien social, ne constitue pas en soi un concept théorique viable et ne peut pas être mesuré, du fait qu'il soit constitué d'entités psychosociologiques très différentes (Vaux, 1992). En effet, depuis les années 1970, de nombreux auteurs se sont efforcés de définir les concepts de ce qui peut être rassemblé sous la dénomination généraliste de *support social*^a : le *réseau social*, le *réseau de soutien social*, les *comportements de soutien* et le *soutien social perçu* (Barrera, 1986; Sarason *et coll.*, 1983; Vaux, 1988, 1992). Ces notions appellent à définir le contexte dans lequel le soutien peut s'exprimer (la communauté), les individus prodiguant ce soutien (les aidants), et les interactions permettant à un soutien d'être effectif, efficace et perçu (les modérations contextuelles et cognitives), l'objectif de cet environnement social étant que les personnes "gèrent ces ressources pour répondre à leurs besoins et pour compléter leurs compétences afin d'atteindre leurs buts" (Vaux, 1992).

Définir le support social d'un individu permet de le situer sur un continuum intégration-isolation. Dans une perspective de santé publique, les effets positifs du support social d'un sujet sur sa santé (physique et mentale) ont été largement étudiés (voir chapitre 4). Ces nombreuses études ont permis de promouvoir la considération portée au support social du sujet, particulièrement du sujet vulnérable ou malade, avec une perspective écologique et intégrative.

Ce chapitre reviendra sur les concepts majeurs à la base du support social : les notions de communauté, de réseau, de réseau de soutien social, de comportements de soutien et de soutien social perçu.

^a On appellera dans ce travail "support social" l'ensemble des notions et processus aboutissant au soutien social perçu. Cette notion ne recouvre donc pas seulement le soutien social (en anglais : social support).

3.1 Communauté et société

La notion de communauté fait appel à une définition sociologique et philosophique. Tönnies différencie les notions de " communauté " (*Gemeinschaft*) et de " société " (*Gesellschaft*), selon le degré de réflexivité et de conscience des individus sur leur agrégation. La communauté naîtrait, pour l'auteur, des instincts grégaires, renvoyant à la notion de *volonté organique* des individus, volonté constituante de la pensée, qui l'enveloppe et la détermine. Les communautés fondamentales, pour Tönnies, sont le couple mère-enfant, le couple homme-femme et la fratrie. Ces tendances grégaires innées naissent du plaisir et de l'instinct. A un niveau moins fondamental, la communauté peut également émerger du partage géographique du lieu de vie. Ainsi, les relations communautaires de voisinage seraient à rapprocher des relations familiales en ce qu'elles ne constituent pas l'aboutissement d'un choix relationnel, mais une nécessité dictée par la sécurité, appelant la réunion d'individu en une *communauté de localité*. La communauté peut donc se constituer à partir des liens du sang, de l'amitié et des coutumes ou de la foi. La société est issue de la *volonté réfléchie*. Les individus se côtoient mais ne partagent pas les liens communautaires. Autrui n'est pas une base sécurisée, dans la société, mais une source potentielle de tension, en ce qu'il doit être tenu à l'écart de sa propre sphère individuelle (et communautaire). Tönnies parle de rapports sociaux fondés sur *le calcul et la spéculation*. La *volonté réfléchie*, pour l'auteur, se caractérise par une idée du but, dominante, et dirigeant toutes les autres pensées et réflexions (Tönnies, 1922).

Plus récemment, et d'un point de vue sociologique, la notion de communauté s'est généralisée et est définie par certains auteurs comme "l'association d'individus partageant certaines caractéristiques (ethniques, socioprofessionnelles, religieuses, professionnelles...)" (Bruchon-Schweitzer, 2002). Pour Taylor *et coll.*, la notion de communauté se situe entre la définition de Bruchon-Schweitzer et la notion de communauté de Tönnies : on entendrait par communauté l'ensemble de l'environnement social proximal comprenant la famille, son milieu professionnel et son groupe de pairs (à l'école par exemple) (Taylor, Repetti, et Seeman, 1997). McMillan et Chavis ont élaboré une définition structurelle et dynamique de la "communauté", définition qui sert encore aujourd'hui de support aux psychologues communautaires (McMillan et Chavis, 1986). Pour ces auteurs, une communauté est composée de quatre dimensions : l'appartenance (*membership*), le sentiment d'influence (*influence*), la satisfaction des besoins (*fulfillment of needs*) et le lien émotionnel (*emotional connection*).

"Le sentiment de communauté est la perception que les membres ont de leur appartenance, le sentiment que les membres ont de l'importance les uns pour les autres mais aussi pour le groupe, et une foi partagée que les besoins des membres seront satisfaits au travers de leur engagement réciproque" (McMillan et Chavis, 1986).

La dimension d'appartenance suppose l'élaboration de frontières définissant le groupe du non-groupe, permettant aux membres de se mettre à l'abri de la menace, afin de ressentir une *sécurité émotionnelle*, dans la communauté. Il existe une influence bidirectionnelle de l'individu sur le groupe et du groupe sur l'individu, qui permet l'émergence de la cohésion communautaire par l'attractivité des membres de la communauté (attirés par leur propre sentiment d'influence sur le groupe). Enfin, la satisfaction des besoins est un concept proche, pour les auteurs, du *renforcement*, au sens comportemental du terme. La valorisation et le succès des membres et de la communauté renforcent le sentiment de cohésion. Dans une communauté cohésive, la satisfaction des besoins des uns va de pair avec la satisfaction des besoins des autres, notamment par le fait que les agrégations sociales ne se font pas au hasard (les personnes constituant une communauté ont généralement les mêmes valeurs et, de fait, les mêmes besoins)

3.2 Les réseaux sociaux

Dans la communauté, les rapports interindividuels sont donc bidirectionnels et peuvent être modélisés sous le terme de *support social*. Le support social se décompose en différents niveaux, du plus structurel aux plus fonctionnels et subjectifs : le *réseau social*, le *réseau de soutien social*, le *soutien social reçu* et le *soutien social perçu*. Le réseau social constitue le support structurel (Bruchon-Schweitzer, 2002; Hupcey, 1998; Thoits, 1995) sur lequel un individu peut constituer son réseau de soutien social. De manière opérationnelle, il est, selon Barrera, *le nombre des relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité de ces liens* (Barrera, 1986). Vaux considère que ne peuvent faire partie du réseau social que les individus " vers lesquels une personne peut spontanément se tourner pour obtenir une assistance de routine " (Vaux, 1992). Cette dernière définition nous paraît cependant relever davantage de la notion de *réseau de soutien social*.

Le réseau social est ainsi, pour Barrera, constitué de l'ensemble des personnes connues par un individu avec lesquelles celui-ci a établi des liens de proximité, de quelque intensité que ce

soit. L'analyse de la structure d'un réseau social permettrait donc de discriminer les individus isolés au sein d'une communauté, mais sans rendre compte du soutien reçu et du degré de satisfaction de l'individu par rapport à ce soutien.

Cette notion, pouvant être traitée très différemment selon les critères choisis est restée difficile à investiguer avec précision (il s'agirait donc de recenser l'ensemble des personnes avec lesquelles un individu a noué des relations dans sa vie). Les recherches se sont donc rapidement tournées vers un objet d'étude plus restreint et plus directement connecté à la santé et au bien-être : le réseau de soutien social, car, plus que le nombre de contacts d'un réseau social, c'est leur proximité par rapport au sujet et leur qualité qui détermine l'utilité et le bénéfice que le sujet peut en tirer (Bruchon-Schweitzer, 2002). C'est malgré tout sur la notion de réseau social que ce sont développées les toutes premières recherches en psychologie de la santé. L'hypothèse selon laquelle la santé physique comme la santé mentale d'un individu puisse être médiatisée par son environnement social a tout d'abord été testée en fonction de la taille de cet environnement social. Les études *princeps* sur le soutien social datent des années 1970. Trois auteurs, Cassel, Caplan et Cobb peuvent être considérés comme ayant ouvert le champ de la recherche sur la thématique (Beauregard et Dumond, 1996; Hartmann, 2007; Vaux, 1988). L'importance et l'originalité des travaux de John Cassel vient de sa formation. Médecin et épidémiologiste, ses centres d'intérêt l'ont amené à la réalisation des toutes premières recherches en médecine sociale. Cassel a largement décrit l'importance des processus psychologiques et environnementaux dans le déclenchement (et la rémission) de maladies somatiques (Cassel, 1976). Beauregard et Dumond rappellent que la *rétroaction sociale* est un élément clé dans l'apport de Cassel à la compréhension des phénomènes relatifs au soutien social (Beauregard et Dumond, 1996). Pour Cassel, la rétroaction sociale, en tant que facteur de protection de la santé, est prodigué par l'entourage immédiat des individus. C'est la première pierre du *buffer model*, ou modèle modérateur du soutien social perçu sur la santé (voir §4.2.1.3). Caplan, qui est le second auteur ayant favorisé la modélisation du support social dans les années 1970 selon Vaux (1988), a apporté au modèle de Cassel l'idée que le soutien social, s'il était en grande partie fourni par la famille ou les amis proches, pouvait également être le fruit d'une relation avec la communauté au sens informel du terme (voisinage, services officiels...(Caplan, 1974). L'intérêt des travaux de Caplan a été de développer la notion de soutien social comme *facteur de protection*, au sein d'un modèle écologique, en étudiant les effets bénéfiques d'un environnement présent sur la santé d'un individu, manière d'appréhender qui contrastait avec le modèle médical et psychopathologique alors plus en vogue. Enfin, Sidney Cobb est le dernier auteur majeur

d'une époque faste pour l'association de la médecine, de l'action sociale et de la psychologie pour la création d'une nouvelle discipline : la psychologie de la santé. Le principal intérêt des travaux de Cobb a été d'élargir le champ du soutien social au soutien social perçu. En considérant que le soutien est essentiellement constitué d'informations (au contraire, dit-il, d'un soin), il permet d'élargir l'intérêt porté au support social en s'interrogeant sur les processus du soutien social perçu. C'est à partir de ces travaux que la notion de réseau social, définissant l'*intégration sociale (social embeddedness)* (Barrera, 1986; Streeter et Franklin, 1992) laisse sa place à la notion de réseau de *soutien social*, mieux à même d'expliquer les liens entre intégration et santé (Cobb, 1976).

3.3 *Le réseau de soutien social*

Pour Vaux, " Le réseau de soutien est un sous-ensemble du réseau social, vers qui la personne se tourne (ou peut se tourner) pour obtenir de l'aide " (Vaux, 1985, 1988). L'individu peut être confronté à des situations requérant des ressources individuelles et pour lesquelles le réseau social n'a pas lieu d'être sollicité. Il peut également être confronté à des incidents sociaux (*social incidents*), sortes de crises, où l'individu doit alors mettre à l'épreuve ses capacités d'appel à l'aide, de mobilisation du soutien. Les personnes vers lesquelles se tourne l'individu dans de telles situations font partie de son *réseau de soutien social* (Streeter et Franklin, 1992; Vaux, 1992). C'est la qualité de ce réseau de soutien qui caractérise l'inscription sociale (*social embeddedness*) d'un individu, son sentiment d'appartenance (*belonging*) (Barrera, 1986). L'évaluation de l'intégration sociale est donc réalisée à partir de la taille et la densité du réseau de soutien d'un individu, ainsi qu'à ses caractéristiques relationnelles (Beauregard et Dumond, 1996; Vaux, 1992). Pour Barrera, le réseau de soutien social est habituellement constitué du conjoint, de la proche parenté et des membres d'organisations communautaires auxquelles l'individu est rattaché (Barrera, 1986). L'auteur évalue donc le réseau à l'aide de ces indicateurs, avec l'hypothèse que les liens sociaux disponibles peuvent fournir du soutien lors de crises (Barrera, Sandler, et Ramsay, 1981; Beauregard et Dumond, 1996). Cette approche, partagée par plusieurs auteurs (Barrera, 1986; Procidano et Heller, 1983; Thoits, 1995; Winnubst, Buunk, et Marcelissen, 1988) est essentiellement structurelle, par rapport à une évaluation fonctionnelle où seraient pris en compte les relations spécifiques des individus avec le sujet (densité, complexité, accessibilité), déterminant la disponibilité des membres du réseau social en cas d'incident social -au sens de Vaux- (Beauregard et Dumond, 1996; Bruchon-Schweitzer, 2002). En effet, la qualité structurelle de l'environnement social ne

suffit pas à prédire la qualité du soutien social reçu (et donc du soutien social perçu), d'une part, car le fait d'être entouré ne suffit pas à garantir la présence de bonnes relations avec autrui (Bruchon-Schweitzer, 2002), ou la présence d'un soutien adapté à la situation, en cas de besoin.

A l'intérieur même du réseau de soutien social, certains auteurs ont précisé le degré d'intimité de certains sujets.

Le *Convoy model* permet de préciser les différents degrés de proximité, parmi les sujets très proches d'un individu (Antonucci, Akiyama, et Takahashi, 2004; Kahn et Antonucci, 1980). Selon Antonucci et coll., on peut distinguer trois catégories d'individus parmi ceux susceptibles de prodiguer de l'aide, selon leur proximité au sujet :

- 1- Les figures attachementales : se référant au modèle de Bowlby (voir §3.7), les auteurs soulignent l'importance des individus *les plus proches* du sujet, généralement ses parents, sa fratrie, son conjoint, ses enfants, ces figures attachementales pouvant se développer tout au long de la vie. Ce sont les personnes "sans qui il est difficile d'imaginer sa vie" ;
- 2- Les figures "pas aussi proches" que les figures attachementales, mais pouvant prodiguer de l'aide affective ou émotionnelle au sujet ;
- 3- Les personnes "moins proches mais importantes".

L'ensemble des personnes incluses dans ces trois degrés de proximité constitue ce qui a été défini comme le réseau de soutien social, appelé par Antonucci et coll. "Convoy model" ou "*caravane sociale*". L'idée dynamique sous-tendant ce modèle et en constituant l'originalité est la constance de la proximité du sujet avec les personnes incluses dans ces trois degrés, tout au long de sa vie et quelques soient les bénéfices qu'il puisse tirer de ces relations (Antonucci et coll., 2004).

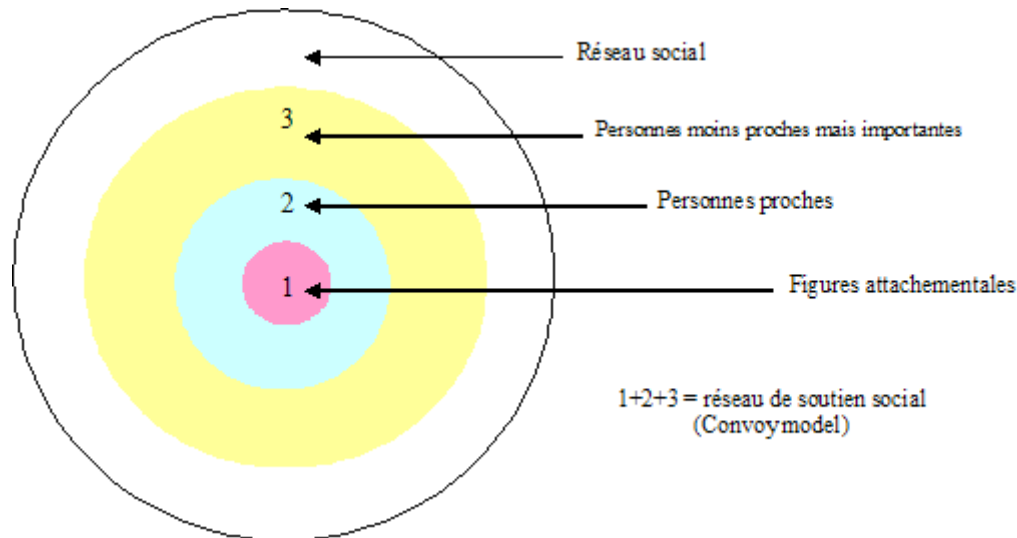


Figure 1 : Le convoy model, d'après Antonucci et coll. (2004)

3.4 Les comportements de soutien

Le soutien social reçu constitue l'aide effective apportée à un individu par son entourage (Barrera, 1986; Winnubst et coll., 1988) ; Bruchon-Schweitzer rappelle qu'il s'agit de la dimension fonctionnelle du soutien apporté par le réseau de soutien social, en ce qu'il constitue un processus transactionnel d'aide (Bruchon-Schweitzer, 2002). Il s'agit d'un soutien actif (en opposition à un soutien potentiel) *composé d'actions ou de comportements spécifiques effectués par les autres et considérés comme une expression manifeste de soutien ou d'assistance* (Beauregard et Dumond, 1996). Tardy suggère que le soutien social reçu est caractérisé par l'utilisation faite par un individu des ressources proposées par son réseau social, ce qui constitue une manière "active" de présenter le processus (Tardy, 1985). La recherche dans le domaine du soutien social reçu, essentiellement théorique, a porté sur la catégorisation de ce soutien reçu. Cobb (1976), qui le premier avait modélisé cette forme de transaction, suggérait que le soutien social, par le biais d'une information visait à :

- Informer le sujet qu'il est aimé (notamment dans les relations duelles),
- Informer le sujet qu'il est estimé (notamment en groupe),
- Informer le sujet qu'il fait partie d'un réseau social.

Vaux, dans un chapitre de synthèse (Vaux, 1992), rapporte les différents travaux ayant amené à l'élaboration de 6 grandes catégories de soutien (voir tableau 3).

Ces 6 grandes catégories pourraient être synthétisées suivant leur objet :

1. Le soutien financier, n'impliquant pas nécessairement de contact physique.
2. Le soutien matériel, n'impliquant pas l'aspect financier, et qui peut consister en de une aide physique (déménager, par exemple), administrative (faire ses papiers...), ou encore quotidienne (faire à manger).
3. Les conseils/guidance, qui, sans même impliquer un contact physique -notamment avec le développement de nouvelles technologies (Barrera *et coll.*, 2002; Cudney *et coll.*, 2005; Weinert, Cudney, et Winters, 2005)- consistent en une assistance sur les décisions que le sujet a à prendre, quelle que soit leur importance.

L'ensemble de ces 3 catégories de soutien est catégorisé par plusieurs auteurs comme une aide " tangible ", " instrumentale ", ou " expressive " (Finfgeld-Connett, 2005).

4. Le soutien émotionnel, première sous-catégorie d'un ensemble souvent qualifié de " soutien affectif ", rassemble l'ensemble des comportements destinés à montrer au sujet qu'il est aimable et aimé.
5. Le soutien à but de valorisation, destiné à renforcer l'estime de soi du sujet.
6. La socialisation qui, par le biais de sollicitations à participer à des activités conviviales et/ou communautaires, renforce le sentiment d'appartenance à un groupe.

Ces différents modes de soutien répondent à différents besoins du sujet survenant dans différents types de situation (Barrera et Ainlay, 1983; House, 1981; Vaux, Riedel, et Stewart, 1987). Les membres du réseau de soutien répondent généralement à des besoins spécifiques (à l'exception des personnes les plus proches du sujet). Cohen et Wills, à l'origine du *buffer model* du soutien social (modèle selon lequel le soutien social permet de modérer les effets néfastes d'évènements stressants), soulignent que le soutien social ne remplit cette fonction modératrice qu'à la condition d'être approprié au besoin du sujet (Cohen et Wills, 1985). Pour Vaux (1992), il serait "inutile d'offrir une écoute empathique à un homme en train de se noyer, et d'apporter une bouée à sa femme, le lendemain".

Auteur	Fonction					
	#1	#2	#3	#4	#5	#6
Weiss (1973)	-	"Intégration sociale"	Guidance	Attachement	Réassurance, valorisation	"Intégration sociale"
Caplan (1974)	Aide concrète	Services pratiques	Information/résolution de problèmes	Maîtrise émotionnelle	Feedback	Repos / récupération
Cobb (1976)	-			Amour	Estime	Appartenance
Tolsdorf (1976)	Assistance tangible		Conseil	Soutien intangible	Feedback	-
Pattison (1977)	Instrumental			Affectif		
Hirsch (1979)	Assistance tangible		Guidance cognitive	Soutien émotionnel	Renforcement social	Socialisation
Foa et Foa (1980)	Biens	Service	Information	Amour	Statut	-
Barrera (1981)	Aide matérielle	Assistance comportementale	Guidance	Interactions intimes	Feedback	Socialisation positive
Gottlieb (1983)	Résolution de problème			Soutien émotionnel	-	-
House (1985)	Instrumental		Information	Emotionnel	Auto-évaluation	-
Wills (1985)	Instrumental		Information	Motivationnel	Estime	Comparaison sociale
Lin et coll. (1986)	Instrumental			Expressif		
Vaux (1988)	Assistance financière	Assistance pratique	Conseils/guidance	Soutien émotionnel	-	Socialisation

Tableau 3 : Synthèse des différentes typologies du soutien social, d'après Vaux (1992)

Plusieurs auteurs soulignent la nécessité de prendre en compte le soutien social négatif. Le côté délétère du soutien social peut être le fruit :

- De critiques ou de dévalorisation des membres du réseau de soutien,
- D'un soutien social " extorqué ", c'est-à-dire obtenu à grand prix (sollicitations, conflits...),
- D'un soutien social enthousiaste, mais inepte (Kessler, McLeod, et Wethington, 1985; Vaux, 1992; Winnubst et coll., 1988).

Vaux fait d'ailleurs de la recherche sur le soutien social négatif une de ses recommandation dans l'optique de mieux prendre en compte les processus par lesquels le soutien social perçu influence la santé (Vaux, 1992). Winnubst souligne l'importance de cet intérêt, l'aspect négatif du soutien social pouvant modérer l'ensemble du soutien social perçu (par exemple tenter de reconforter un malade en minimisant sa douleur) (Bruchon-Schweitzer, 2002; Winnubst et coll., 1988). Bien que les recommandations de Vaux datent désormais d'une

quinzaine d'années, il est nécessaire de remarquer que très peu de recherches ont étudié cette dimension, faute d'outil fiable, notamment (De Leeuw *et coll.*, 2000; Hagihara, Tarumi, et Nobutomo, 2003; Okabayashi *et coll.*, 2004; Ray, 1992).

Enfin, comme le rappelle Bruchon-Schweitzer, c'est en dernier lieu la satisfaction ressentie par le destinataire du soutien qui reste l'indicateur le plus pertinent de l'adéquation besoin/ressource/soutien (Bruchon-Schweitzer, 2002).

3.5 *Le soutien social perçu*

Le soutien social perçu, ou " appréciation subjective du soutien " renvoie à l'évaluation cognitive faite par l'individu du soutien qu'il reçoit en cas de besoin (Barrera, 1986; Beauregard et Dumond, 1996; Procidano et Heller, 1983; Streeter et Franklin, 1992).

Les composantes cognitives du soutien social perçu comprennent la *disponibilité* et la *satisfaction*:

- La disponibilité est le sentiment d'avoir suffisamment de soutien, et que ce soutien sera disponible en cas de besoin (Barrera, 1986; Beauregard et Dumond, 1996; Streeter et Franklin, 1992; Vaux, 1992) ; le sentiment de disponibilité renvoie à chacune des catégories de soutien social reçu et de ses composantes comportementales (avis, informations, écoute, réconfort, aide matérielle...). Pour Cohen et Wills (1985), il s'agit du fait d'être *convaincu* de disposer d'un réseau capable de soutien pour réduire la morbidité des conditions de vie ou d'un évènement.
- La perception d'une adéquation entre les besoins initiaux et le soutien reçu constitue la *satisfaction à l'égard du soutien* (Bruchon-Schweitzer, 2002; Sarason et coll., 1983) ; c'est la partie la plus subjective de l'étude du soutien social, puisque cette satisfaction ne peut s'évaluer avec des critères objectifs, et qu'elle varie dans le temps. Pour Gentry et Kobasa, la satisfaction à l'égard du soutien constitue une ressource psychologique correspondant à la perception qu'a un individu de ses relations interpersonnelles (Gentry et Kobasa, 1985), perception indépendante de la taille du réseau de soutien (Bruchon-Schweitzer, 2002). L'évaluation subjective du soutien reçu comme seul indicateur pertinent rappelle l'idée selon laquelle un grand réseau social -ou de soutien- peut ne prodiguer qu'un faible soutien perçu alors qu'un petit réseau peut provoquer un fort sentiment de soutien (Tracy et Abell, 1994). Les indicateurs objectifs du support social (caractéristiques du réseau, quantité de soutien reçu...) seraient en effet peu corrélés avec l'appréciation subjective du soutien reçu (Bruchon-

Schweitzer, 2002; Furukawa, Sarason, et Sarason, 1998). Il a été démontré que le soutien social perçu évolue peu (hors évènements de vie) durant l'âge adulte (Coventry *et coll.*, 2004).

Les nombreuses études de développement puis de validation d'outils d'évaluation du soutien social se sont dans leur très grande majorité penchées sur cette perception subjective du soutien social (voir §3.8). Longtemps perçu comme la seule dimension du soutien social médiatisant ou modérant la santé des individus, le soutien social perçu est maintenant considéré comme une des facettes du champ plus large du support social où sont désormais pris en compte des informations comme la taille du réseau, le soutien reçu, les interactions négatives...

3.6 L'orientation sociale

Si les dimensions conceptuelles du support social -constituant une sorte de processus, du réseau au soutien social perçu- ont souvent fait l'objet de modélisations et ont sollicité l'intérêt des chercheurs, peu parmi eux se sont penchés sur la notion d'orientation sociale, en tant que déterminant du recours au soutien social face aux *incidents sociaux*. A la dimension sociologique de la recherche sur le soutien social manquaient les déterminants plus fondamentaux, psychologiques, expliquant les mécanismes par lesquels un individu se dirige ou non vers son réseau social lorsqu'il est confronté à un stress. Tolsdorf a le premier introduit la notion d'orientation sociale (Tolsdorf, 1976). Cette notion, simple en théorie, mais appelant de nombreux modèles (sociologie, mais aussi psychologie développementale, modèles de personnalité...), renvoie aux attitudes, croyances et représentations d'un individu par rapport aux bénéfices qu'il pourrait tirer d'une intégration sociale, en ce qu'elle constitue pour lui une stratégie de résolution de problème et de bien-être. Avec la gestion centrée sur le problème et la gestion centrée sur l'émotion, la recherche active de soutien sociale est considérée comme la troisième grande stratégie de coping^a, en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002). L'orientation sociale constitue une tendance de l'ordre de la personnalité à engager des processus actifs de recherche d'aide face à un évènement stressant. S'appuyant notamment sur les notions sociologiques, développementales et de personnalité telles que la grégarité, la sociabilité ou encore la résilience, la tendance est désormais de rapprocher l'orientation

^a Lazarus et Folkman définissent le coping comme "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources" (Lazarus et Folkman, 1984).

sociale des théories développementales et notamment de la théorie de l'attachement (Florian, Mikulincer, et Bucholtz, 1995; Kahn et Antonucci, 1980; McLewin et Muller, 2006; Wallace et Vaux, 1993).

3.7 *L'attachement*

3.7.1 Le modèle de l'attachement

Dans un contexte d'après-guerre marqué par d'importantes préoccupations en termes de santé publique et notamment de santé mentale de la petite enfance (nombres d'enfants sont placés, orphelins, carencés...), l'Organisation Mondiale de la Santé commande à John Bowlby, pédopsychiatre anglais, un rapport sur les "enfants sans famille". La conclusion de Bowlby fut la suivante : " Nous pensons qu'il est essentiel pour la santé mentale de l'enfant de bénéficier d'une relation chaleureuse, intime et continue avec sa mère (ou mère substitut – une personne qui joue le rôle de mère de façon stable), relation dans laquelle les deux trouvent de la satisfaction et du plaisir. " (Bowlby, 1953). La publication de ce rapport, *Maternal Care and Mental Health*, constitue la première pierre d'une théorie développementale, qui sera définitivement modélisée en 1969 (Bowlby, 1969) et qui soutient l'importance d'une relation particulière de l'enfant à une figure d'attachement, l'attachement constituant une "empreinte humaine", motivée par une pulsion comparable dans son intensité à la pulsion libidinale freudienne. Cette empreinte détermine la capacité de l'enfant à élaborer des relations précoces de qualité et retrouve ses traces dans le développement psychique du nourrisson et ses avatars. La qualité de ces premiers liens forme un *modèle interne opérant*, c'est-à-dire un modèle de compréhension des relations sociales, et de gestion des situations anxiogènes. Ce modèle constituera jusqu'à l'âge adulte une manière d'appréhender les relations sociales (en quantité et qualité).

Les travaux de Mary Ainsworth ont défriché le domaine des relations d'attachement et ont donné lieu à la typologie d'attachement désormais reconnue. Son paradigme appelé "situation étrange" lui a permis d'observer et de hiérarchiser divers schèmes de comportement (Ainsworth *et coll.*, 1978). Grâce à ce mode d'observation, Mary Ainsworth a étudié le niveau d'équilibre entre les comportements d'attachement et d'exploration adoptés par des tout-petits (12 à 20 mois) soumis à un stress modéré. Elle en a déduit trois formes principales d'attachement (corrélées de façon significative à la sensibilité maternelle) :

- l'attachement de type sécure témoigne, chez l'enfant de la capacité de faire appel lorsqu'il en a besoin. Il est associé à une meilleure estime de soi et favorise également les comportements d'exploration. L'enfant manifeste une forme de protestation lors des séparations et accueille sa mère avec plaisir, à son retour.
- l'attachement de type insécure évitant : l'enfant ne fait pas appel à autrui au fur et à mesure que son stress augmente. Il a tendance à masquer sa détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Il essaye de garder le contrôle dans les situations de détresse en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse en direction des parents.
- l'attachement de type insécure ambivalent ou résistant. L'enfant se montre très ambivalent en situation de stress, comme s'il résistait à son besoin d'être réconforté. Il adopte une stratégie d'augmentation de fonctionnement du système d'attachement et d'augmentation des signaux. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, un mélange de recherche de contact et de rejet coléreux, des difficultés à être réconforté.

Quelques années plus tard, Mary Main et d'autres chercheurs (Main, Kaplan, et Cassidy, 1985; Main et Solomon, 1986; Main et Weston, 1981, 1982) ont ajouté une quatrième catégorie : les enfants désorganisés ou désorientés qui ne réagissaient pas de manière caractéristique ou prévisible à la situation étrange. En présence d'un étranger et d'une source de stress, ces bébés adoptaient régulièrement des comportements désorganisés. On a pu observer que les enfants en souffrance (ou victimes de négligence ou de violence) appartenaient souvent à cette catégorie (Dugravier, Saïas, et Guedeney, 2006).

Les études longitudinales américaines et allemandes (Grossmann et Grossmann, 1991; Sroufe, Egeland, et Kreutzer, 1990) plus récentes sur l'attachement ont montré la capacité prédictive de l'attachement dit " sécure ", en terme de relation avec les pairs, d'aisance sociale, de stabilité de l'attention, d'affect positif, de curiosité, de capacité d'exploration, de capacité de résilience et d'empathie.

Bartholomew et Horowitz ont élaboré une modélisation de l'attachement chez l'enfant et l'adulte sur deux axes : le premier axe ("axe soi") opérationnalise la représentation du *modèle de soi* par le sujet (perception de soi comme plus ou moins *aimable*, le sujet aura tendance à ressentir une forte anxiété si son modèle de soi est faible) ; le second axe ("axe autrui") renvoie au modèle des autres (autrui comme plus ou moins digne de confiance, le sujet ayant tendance à éviter le contact social si son modèle d'autrui est faible) (Bartholomew et Horowitz, 1991).

Le croisement de ces deux bras définit un profil attachemental d'après quatre catégories (Bartholomew et Horowitz, 1991; Perdereau et Atger, 2006) :

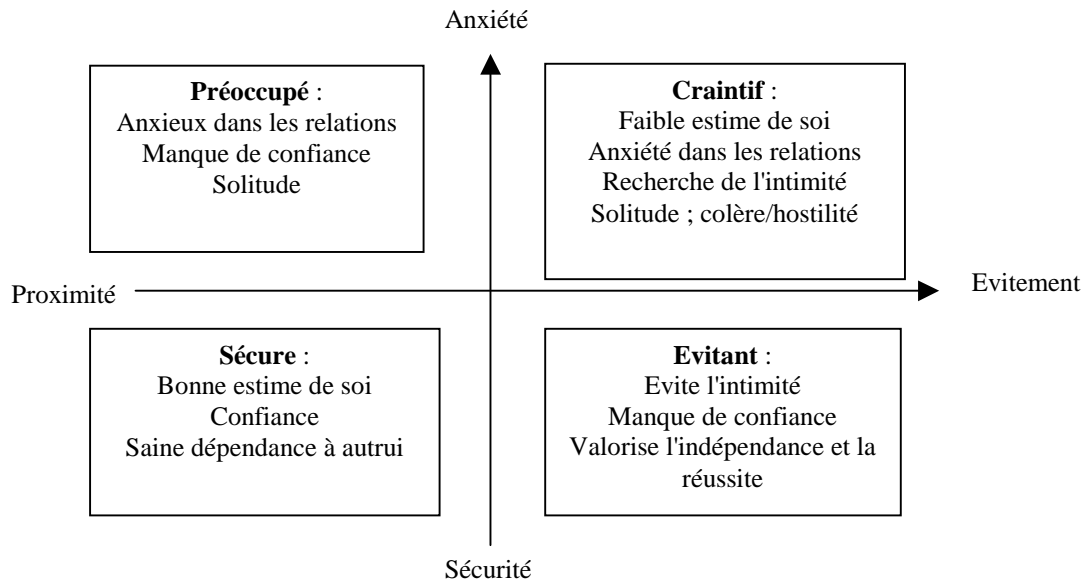


Figure 2 : Les deux axes et les quatre dimensions de l'attachement

3.7.2 Attachement et soutien social

La question de la psychogénèse du soutien social et de ses caractéristiques peut donc se poser à la lumière de la théorie attachementale. Plusieurs auteurs se sont penchés sur la relation entre stratégies d'attachement et a) les capacités d'appel à son réseau social en cas de tension (orientation sociale) et b) la capacité à se sentir soutenu (soutien social perçu). Cependant, le nombre de publications scientifiques sur cette thématique reste modeste. Par ailleurs, et au-delà du lien théorique entre attachement et soutien social perçu, la question de l'opérationnalisation de ce lien se pose encore : comment promouvoir l'insertion sociale et le soutien social perçu par des stratégies attachementales ?

3.7.2.1 Attachement, orientation sociale et soutien social perçu

Pour John Bowlby, "grandir auprès de parents affectionnés doit permettre de créer des attentes positives envers les autres et telles qu'il est alors difficile d'imaginer, à l'âge adulte, un monde où le support social n'est pas disponible" (Bowlby, 1973). Plusieurs auteurs se sont intéressés

à décrire, auprès de populations adultes, l'impact de la médiation attachementale sur les stratégies de recherche de support social. Les principaux résultats montrent des tendances nettes selon les stratégies d'attachement : les personnes catégorisées comme " insécures-évitantés " expriment une tendance à se maintenir à distance des relations sociales et à se caractériser comme indépendantes, tandis que les sujets caractérisés comme " insécures-ambivalents " se montrent davantage méfiants (Florian et coll., 1995). Pour Koback et Sceery (1988), le jeune enfant se construit des "règles" en fonction du support qu'il reçoit de ses figures attachementales, "règles" selon lesquelles les individus sécures peuvent prendre conscience de leurs sentiments de détresse et y répondre notamment en faisant appel à autrui. Inversement, le défaut d'un support précoce de qualité encouragera les individus évitants à ne pas rechercher le recours aux autres -et de manière plus générale, à se tenir à distance de leurs propres sentiments de détresse psychologique- et les individus ambivalents à porter une attention excessive à cette détresse et à se soucier de manière permanente de la disponibilité de leur réseau de soutien (Kobak et Sceery, 1988). De manière générale, les sujets insécures ont été caractérisés comme ayant des anticipations plus négatives des relations interpersonnelles que les sujets sécures, en termes de risques et de coût. Ils perçoivent également leur réseau social comme moins disponible que les sujets sécures (Collins et Feeney, 2000; Mikulincer, Florian, et Weller, 1993; Wallace et Vaux, 1993). Anan et Barnett (1999) ont ainsi montré comment des enfants caractérisés comme sécures à 4 ans percevaient davantage de soutien social à 6 ans que les enfants insécures. Les auteurs ont démontré que ce biais dans la perception du soutien social affectait en retour les stratégies de recherche de soutien de ces enfants et le traitement des données interpersonnelles. Ainsi, les enfants sécures avaient tendance à interpréter les signaux sociaux ambigus comme prosociaux, alors que les enfants insécures caractérisaient cette ambiguïté comme ayant un caractère agressif (Anan et Barnett, 1999). On voit donc comment la modération attachementale agit autant au niveau comportemental (recherche de soutien) que cognitif (appréciation de l'utilité du soutien, de son efficacité). La recherche de Collins et Feeney (2000), utilisant la méthodologie des pistes causales est à cet égard l'expérimentation la plus complète de cette question. Les auteurs, en observant et filmant des couples dans une relation de demande d'assistance, ont mis en évidence l'impact des stratégies d'attachement :

- en tant que modérateur de l'impact de l'évènement social sur la réaction psychologique,
- en tant que modérateur de l'appel à son réseau social,

- en tant que modérateur du soutien social perçu par rapport au soutien social reçu (Collins et Feeney, 2000).

Les liens entre attachement et orientation sociale ont été mis en évidence par plusieurs autres auteurs, et notamment par Vaux et Wallace (1993). Pour les auteurs, il existe des différences individuelles fondamentales déterminant l'orientation sociale des individus et donc leur soutien social perçu. Ainsi, les enfants caractérisés comme sécures auraient un meilleur fonctionnement social en termes d'empathie, de sociabilité, de timidité (moindre) et d'ajustement (notion renvoyant à la "résilience") ; ces enfants demanderaient également davantage d'aide lorsqu'ils se trouvent confrontés à une tâche difficile. A l'âge adulte, les adultes sécures auraient davantage d'attentes positives à l'égard de leur réseau social. Les adultes évitants auraient des croyances favorisant l'indépendance, et les adultes ambivalents des croyances marquées par la méfiance à l'égard des comportements d'aide (du type : "les autres ne savent pas tenir des secrets et cherchent systématiquement à prendre l'avantage") (Wallace et Vaux, 1993).

Dans l'étude de Lambert et coll. sur le "sentiment de solitude", les auteurs ont élaboré un modèle de l'attachement comme modérateur de la solitude réelle et du sentiment de solitude, ce dernier étant un déterminant majeur des pathologies anxio-dépressives. Les sujets sécures auraient ainsi tendance à pondérer la solitude réelle et à opérer un processus de "résilience" leur permettant d'atténuer la souffrance psychologique à laquelle sont soumis les sujets insécures (Lambert *et coll.*, 1995). B. Sarason et coll., se référant à la recherche de I. Sarason qui mettait en avant la stabilité du soutien social perçu à 3 ans, en contrôlant les événements de vie, ont affirmé qu'il existait un lien direct entre personnalité et du soutien social perçu, le concept de personnalité étant entendu au sens attachemental du terme (Sarason, Sarason, et Shearin, 1986) : "le soutien social perçu est une adaptation cognitive découlant de l'évaluation des contraintes et des opportunités, réelles et imaginées, résultant d'une histoire d'expériences composées par les modèles internes opérants de soi et des autres" (Sarason *et coll.*, 1991). Cette assertion est également validée par l'étude de Blain et coll., et Davis et coll., ces derniers ayant mis en évidence que les sujets ayant choisi le modèle "sécure" au questionnaire de Hazan et Shaver (Hazan et Shaver, 1987) rapportaient également plus de satisfaction dans leurs relation de support social avec leurs amis, leur famille ou leur conjoint. Les auteurs ont enfin trouvé que le nombre de membres potentiels du réseau de soutien comme la satisfaction résultant du soutien social reçu étaient positivement corrélés à une image de soi positive (Blain, Thompson, et Whiffen, 1993; Davis, Morris, et Kraus, 1998). D'un point de vue opérationnel, Mikulincer et Florian, dans un protocole expérimental impliquant une situation

de stress (tenir un serpent) ont démontré que les sujets sécures bénéficiaient de la présence d'autrui et d'une conversation sur les aspects instrumentaux et affectifs de la tâche en question, contrairement aux individus insécures (Mikulincer et Florian, 1997). Enfin, dans une recherche récente portant exclusivement sur les liens entre soutien social perçu et attachement, Moreira et coll. (2003) ont cherché à démontrer que le soutien social perçu constituait une résultante du profil attachemental des individus. Dans une analyse de régression multiple, les auteurs ont mis en évidence que l'effet du soutien social perçu sur la détresse psychologique était considérablement atténué lorsque la variable attachementale était contrôlée. Inversement, le lien entre un attachement préoccupé et la détresse psychologique est inaltéré (passant de .49 à .45) lorsque la variable soutien social perçu était incluse dans l'équation.

Cependant, ce modèle unilatéral pour lequel l'attachement est déterminant du soutien social perçu adulte (Collins et Feeney, 2004) a pu être remis en cause par certains auteurs. En constatant la modification du profil attachemental de personnes participant à des programmes d'intervention visant à promouvoir le soutien social, la question fût posée de savoir qui, de l'attachement ou du soutien social, pouvait expliquer l'autre (Green, Furrer, et McAllister, 2007). Cozzarelli et coll., par exemple, ont montré que l'augmentation du soutien social perçu était corrélée à une augmentation de la sécurité de l'attachement, sur une période de deux ans (Cozzarelli *et coll.*, 2003). L'attachement pourrait ainsi être vu non plus comme un trait stable de personnalité, mais comme une " perception relativement stable " de soi-en-relation qui peut cependant être influencée par les expériences sociales. Ce modèle de lien bidirectionnel semble être privilégié, aujourd'hui (Green et coll., 2007). S'il rappelle la primauté chronologique de l'attachement, il réfute son aspect atavique et permet de poser de nouveaux objectifs pour les actions de promotion de la santé mentale.

3.7.2.2 *Implication pour la recherche en psychologie sociale appliquée*

La recherche sur les stratégies de prévention en santé mentale, en période périnatale sont au centre de nombreuses recherches, notamment en ce qui concerne les primipares et les femmes vivant en contexte de vulnérabilité psychosociale (Barrera, 1986; Wallace et Vaux, 1993). De nombreuses recherches internationales ont été menées dans une perspective psycho-socio-éducative (Fonagy, 1998; Lyons-Ruth et Melnick, 2004; Olds, 1992, 2003, 2006; Olds et Kitzman, 1990). Ces programmes d'intervention, s'ils tendaient à offrir avant tout un soutien

psychologique ont également montré leurs effets sur le développement des réseaux sociaux des participantes. Les interventions précoces de promotion de la santé et de prévention des troubles psychologiques de la petite enfance ont donc, malgré eux (la promotion des réseaux sociaux n'étant pas *a priori* un objectif de départ de ces recherches) contribué à l'élaboration d'un modèle clinique de travail sur le développement des réseaux sociaux et de promotion de la perception positive du soutien social (Olds, 2006). Dans une perspective attachementale, et au regard des travaux cités ci-dessus, on peut comprendre comment la présence continue d'un intervenant à domicile peut favoriser le développement d'une relation de proximité, "attachementale", permettant au sujet ainsi soutenu de développer ses habiletés sociales et de développer une attitude positive par rapport au soutien social, à la manière d'un enfant s'appuyant sur sa figure attachementale pour explorer son environnement.

Le soutien social perçu est un enjeu majeur pour la santé mentale des populations vulnérables d'un point de vue psychosocial. En développant des compétences sociales, les individus peuvent plus facilement faire face aux stress sociaux. Promouvoir la santé mentale au travers des réseaux sociaux et du soutien social perçu doit donc être une priorité des programmes de promotion de la santé. En ayant développé un paradigme recréant une relation de type attachemental, les chercheurs ont favorisé ce processus. Cependant quasiment aucune évaluation précise de l'impact de la relation intervenant-participant sur les réseaux sociaux et les stratégies attachementales n'a été menée à ce jour. C'est l'un des objectifs de la recherche CAPEDP dans laquelle s'inscrit ce travail de doctoral (voir partie méthodologique).

3.8 Proposition de modélisation

Pour tenter de synthétiser et de modéliser l'ensemble des notions et processus à l'œuvre dans ce que nous appelons "support social", nous proposons la modélisation présentée en Figure 3, et intégrant :

- la composante psychologique et relationnelle du support social : l'attachement,
- la composante sociale et structurelle : le réseau social,
- la composante fonctionnelle : le soutien social reçu,
- la composante psychologique : le soutien social perçu,
- la modération cognitive du modèle : le modèle de soi et d'Autrui.

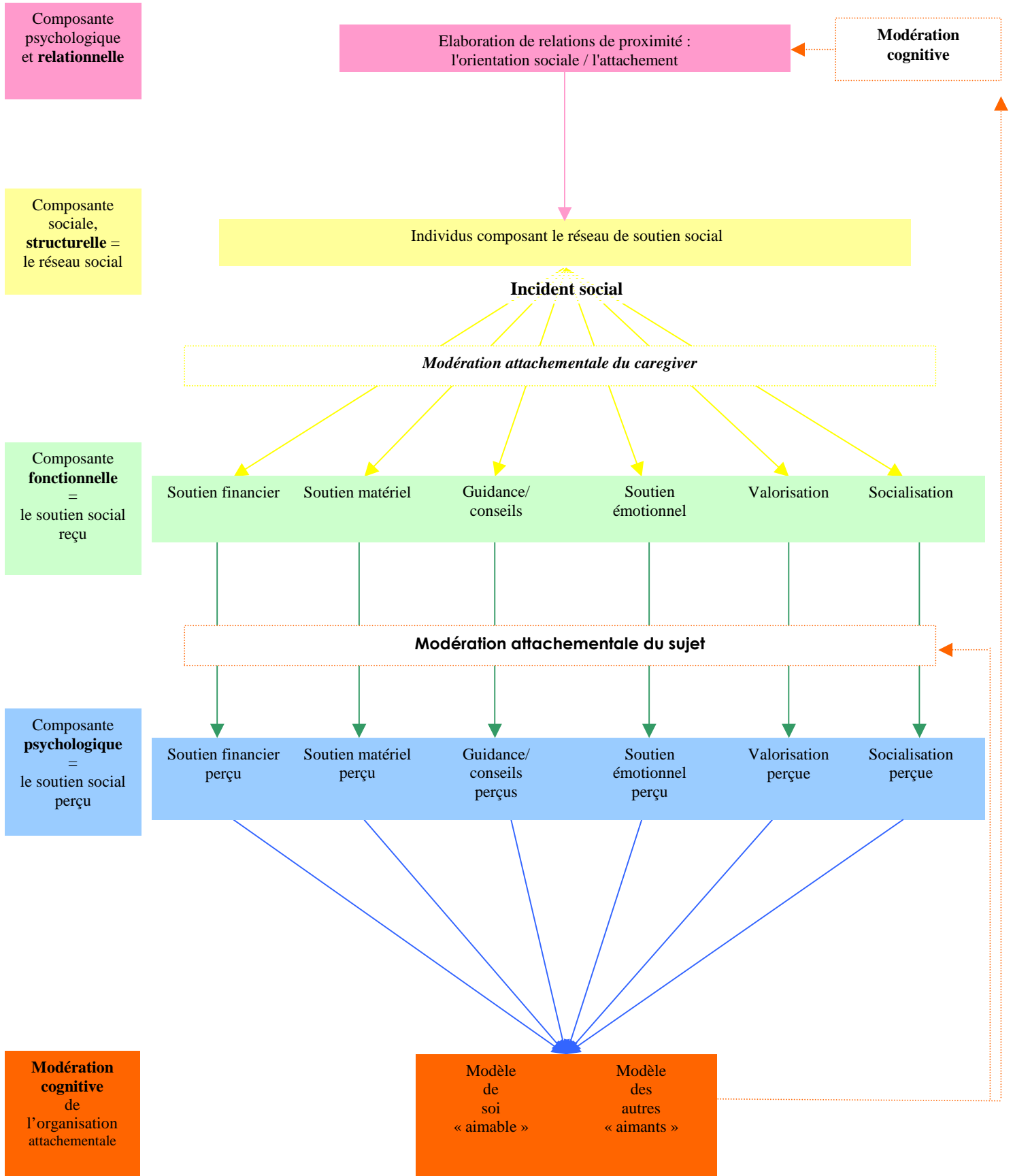


Figure 3 : Un modèle intégratif de la notion de support social

3.9 La mesure du support social

Au fur et à mesure du développement des notions liées au support social, les moyens et les instruments se sont adaptés et affinés aux besoins de la clinique et de la recherche. Les instruments aujourd'hui disponibles sont plus précis et intégratifs que ne l'étaient les instruments *princeps*. Cependant, comme le soulignait Vaux, les nouveaux instruments de mesure du soutien social sont "suffisamment redondants pour n'apporter aucune nouveauté et suffisamment disparates pour que toute synthèse et comparaison de résultats soit impossible" (Vaux, 1992). La mesure du support social est donc une entreprise qui requiert un processus intégratif, pour mettre en valeur les différentes dimensions aboutissant au soutien social perçu.

3.9.1 La mesure de l'orientation sociale

Mesurer l'orientation sociale d'un sujet revient à investiguer par le biais d'un questionnaire une dimension de personnalité d'un individu, évaluation qui ne peut avoir les mêmes qualités psychométriques qu'une évaluation structurelle (évaluation de la taille du réseau, par exemple). Seuls Vaux et collègues (Vaux, 1988) ont développé un outil visant à définir l'orientation vers les réseaux sociaux (la *Network Orientation Scale*). Cette échelle est développée à partir de la notion d'orientation sociale de Tolsdorf : 20 items permettent d'évaluer les attitudes et représentations *négligées* d'un individu à l'égard du soutien social comme facteur de résilience ou de coping. Des items tels que "les amis ont souvent de bons conseils à donner" ou "si vous ne pouvez rien faire face à vos problèmes, personne ne le peut" discriminent des profils d'orientation sociale. Par défaut d'intérêt des chercheurs plus que par difficulté d'utilisation, cette échelle est très peu utilisée aujourd'hui. On lui préfère désormais les mesures simplifiées de l'attachement (comme le VASQ de Bifulco, par exemple).

3.9.2 La mesure des réseaux sociaux

La mesure des réseaux sociaux renvoie à l'opérationnalisation de la partie la plus structurelle du support social. La mesure de la taille du réseau social a été utilisée dans de nombreuses études, notamment en psychologie de la santé et en médecine sociale, questionnant les effets modérateurs de l'environnement social sur la santé des individus (Bruchon-Schweitzer, 2002; Cohen et Wills, 1985). Cependant, cet indicateur s'est avéré être d'une part un faible

prédicteur de la santé, d'autre part un faible modérateur de l'inscription sociale (Cohen *et coll.*, 1997; Cohen et Wills, 1985; Uchino, Cacioppo, et Kiecolt-Glaser, 1996).

La densité du réseau social apparaît alors comme une alternative crédible à l'évaluation de l'impact du soutien social sur la santé. La densité d'un réseau se calcule en questionnant l'individu-cible sur les relations entretenues entre les différents membres de son réseau social. Vaux, par exemple, après avoir demandé au sujet de citer les différentes personnes de son réseau de soutien social, lui demande pour chaque personne citée si elle connaît et entretient des relations avec les autres membres du réseau (Vaux et Harrison, 1985). Un réseau social dense permettrait de solliciter plus facilement le soutien social de la part de l'ensemble du réseau. Ces outils mesurant la densité des réseaux sont cependant peu utilisés en raison de la lourdeur de leur passation.

Le *Social Networks in Adult Life Questionnaire*, élaboré par l'équipe de l'Université du Michigan se fonde sur le Convoy Model (Antonucci *et coll.*, 2004; Kahn et Antonucci, 1980) et est une mesure élaborée sur la base de la proximité affective au sein des réseaux. Les participants, après avoir décrit leur réseau social en trois cercles concentriques selon la proximité des membres du réseau sont invités à décrire la fréquence et la qualité de leurs relations avec chacun des individus cités. L'aide effective apportée par chaque individu est également recensée, permettant d'élaborer une mesure de proximité. Vaux et collègues, dans le *Social Support Resources (SS-R)* évaluent également la proximité par l'aide effective reçue du réseau, pour chacune des 5 catégories de soutien retenues (financier, matériel, émotionnel, conseil, socialisation). La densité du réseau est évaluée dans une sous-échelle "*Who knows who?*" (Vaux et Harrison, 1985).

Les instruments de mesure qui identifient les membres d'un réseau selon le type de soutien apporté ne peuvent donc se limiter à une quantification des liens sociaux, mais doivent offrir également la possibilité de documenter le contenu de ces liens (Barrera *et coll.*, 1981; Norbeck, Lindsey, et Carrieri, 1981).

3.9.3 La mesure du soutien social reçu

La notion de soutien social reçu comprend donc différents types de soutien qui peuvent être fournis par le réseau de soutien social. Six catégories de soutien social ont pu être distinguées dans la littérature. Il s'agit du soutien financier, du soutien matériel, de la guidance, du soutien émotionnel, de la valorisation et de la socialisation (Vaux, 1992).

L'*Inventory of Social Supportive Behaviors* (ISSB) de Barrera et collègues mesure les comportements tangibles et non tangibles de soutien, le sujet étant invité à décrire la fréquence à laquelle des comportements de soutien sont prodigués (Barrera et coll., 1981). L'*Arizona Social Support Interview Schedule* complète l'ISSB et caractérise le réseau de soutien ainsi que le soutien social perçu par rapport à l'aide matérielle, l'assistance physique, les interactions intimes, les conseils, la rétroaction et la participation sociale (Barrera et coll., 1981; Beauregard et Dumond, 1996). L'échelle SS-B de Vaux (*Social Support Behaviors Scale*) veut également évaluer le soutien effectivement reçu, dans une démarche dynamique : les *Social Support Scales* ou SS-Scales de Vaux évaluent dans un ensemble d'outils : 1) l'orientation sociale (*Network Orientation Scale*) ; 2) Le réseau de soutien (SS-R) ; 3) Le soutien social reçu (SS-B) ; 4) le soutien social perçu (SS-A). La SS-B mesure ainsi les comportements de soutien reçu pour les catégories de soutien social définies dans la SS-R. 45 items permettent de décrire les principales aides/soutien reçues par le sujet (Vaux, 1992; Vaux et coll., 1987).

La principale critique adressée à la mesure de ces comportements d'aide est l'antériorité des comportements investigués : cette mesure repose sur un rappel d'expériences passées plutôt que d'observations actuelles ce qui, pour Streeter et Franklin, introduit une limite importante obligeant à pondérer les conclusions tirées, notamment en psychologie de la santé (Streeter et Franklin, 1992).

3.9.4 La mesure du soutien social perçu

La mesure du soutien social perçu est la principale source de données en psychologie de la santé pour les chercheurs s'intéressant à l'impact de l'environnement social sur la santé mentale et physique.

Le *Social Support Questionnaire* (SSQ) est le questionnaire le plus utilisé en recherche en psychologie pour évaluer le soutien social perçu. C'est également le seul questionnaire sur le soutien social validé en France (Bruchon-Schweitzer *et coll.*, 2003). Elaboré par I.Sarason et collègues en 1983, il en existe désormais deux versions : l'une de 27 items et une version courte à 6 items, dont l'utilisation est désormais très répandue (Sarason et coll., 1983). Le SSQ permet d'établir en quelques questions le réseau de soutien social (réseau proche, qui pourrait correspondre au deuxième cercle du *Convoy model*), et le soutien social perçu par rapport aux comportements d'aide provenant de ce groupe et correspondant aux différentes catégories de soutien.

Le *Norbeck Social Support Questionnaire*, mesure, tout comme le SSQ les ressources du réseau et l'appréciation subjective de ces ressources (Norbeck et coll., 1981). Il est de quelques années antérieur au SSQ et moins intuitif d'utilisation, ce qui explique sans doute la préférence désormais donnée au questionnaire de Sarason.

Enfin, le *Social Support Appraisals Scale (SS-A)* est la dernière des 3 SS-Scales de Vaux et mesure également l'aspect subjectif du soutien social (Vaux, 1992; Vaux et coll., 1986). L'intérêt de cette échelle est de pouvoir être utilisée dans un continuum de passation avec les SS-R et SS-B. Bien que l'instrument mesure également le degré d'engagement du sujet au sein de son réseau de soutien, la mesure du soutien perçu n'est pas différente des outils l'ayant précédé.

Beaucoup de recherches ont, depuis 20 ans, permis de développer de nombreux outils de mesure du support social. Cependant, comme le regrettent plusieurs auteurs, les exigences psychométriques de ces instruments n'ont pas systématiquement été respectées (Vaux, 1992). Beauregard et Dumond, par exemple, regrettent que Barrera et coll. (1981) n'aient pas renseigné la validité de leur instrument dans les publications scientifiques, alors que Norbeck, Sarason et Vaux présentaient davantage de fiabilité scientifique. Pour Vaux, il est d'ailleurs dommageable que les instruments soient construits sur des motivations pragmatiques plutôt que sur une méthodologie et une rigueur propres à la psychométrie (Vaux, 1992). Ces différents instruments de mesure doivent donc être discriminés par le chercheur en fonction de la dimension du support social qu'il souhaite investiguer (Beauregard et Dumond, 1996). Cependant, si les instruments d'origine avaient pour objectif d'évaluer une seule des dimensions du support social (réseau social, réseau de soutien, soutien social reçu, soutien social perçu), les outils désormais développés et utilisés tendent à évaluer le support social dans une même procédure d'évaluation, ce qui confère à ces outils une dimension écologique et intégrative. Les SS-Scales de Vaux en constituent à cet égard l'aboutissement.

Une critique cependant faite à l'endroit des instruments qui mesurent les ressources du réseau est que ceux-ci ne permettent pas de démontrer comment ces ressources apportent du soutien social et influencent l'état de la personne (Barrera, 1986). C'est dans ce sens que ce sont développées de nombreuses études sur les liens entre soutien social et santé physique et mentale.

Chapitre 4 – SUPPORT SOCIAL ET SANTE

L'intérêt toujours porté à la modélisation du support social est directement lié aux études empiriques ayant démontré l'impact des caractéristiques structurelles du réseau social, mais aussi et surtout du soutien social perçu sur la santé physique et la santé mentale des individus.

4.1 L'appréciation subjective du support social : rappels

Cobb a le premier introduit l'hypothèse que les comportements de soutien ne constituaient pas en eux-mêmes une variable modératrice de la santé, au contraire de la perception de ce soutien par le sujet (Cobb, 1976). Cependant, il rappelle que l'intérêt porté à l'impact du soutien social sur la santé remonte au XIXe siècle et aux travaux de Smith, premier président de l'Association Américaine de Santé Publique (Smith, 1874).

Ce soutien perçu, ou "appréciation subjective du soutien" (Beauregard et Dumond, 1996), renvoie à l'évaluation faite par le sujet du soutien reçu de son réseau (Barrera, 1986; Streeter et Franklin, 1992). Cette évaluation cognitive résulte du sentiment que le soutien reçu est proportionné aux besoins et de la disponibilité perçue du réseau, en cas de besoin (Barrera, 1986; Beauregard et Dumond, 1996; Streeter et Franklin, 1992; Vaux, 1992). L'appréciation est effectuée par le sujet en fonction de chaque type de besoin (informatif, financier, matériel...). Buchanan rappelle cependant que le soutien perçu, s'il est dépendant du soutien effectivement reçu, est également lié à des expériences personnelles antérieures (Buchanan, 1995). Coventry soutient également cette hypothèse, et prône le développement de recherches visant à élaborer un modèle plus affectivo-cognitif que structurel du soutien social perçu (Coventry et coll., 2004). Enfin, nombre d'études ont montré que la perception du soutien était davantage liée à des composantes cognitives et affectives qu'aux qualités structurelles du réseau (Cobb, 1976; Furukawa et coll., 1998; Tracy et Abell, 1994; Turner et Marino, 1994; Vaux, 1992).

4.2 L'impact du support social sur le bien-être et les comportements de santé

Les hypothèses portant sur les effets du soutien social perçu sur la santé datent de la fin du XIXe siècle et les travaux de Durkheim sur le suicide : " l'intégration de l'individu dans le tissu social, par un jeu d'obligations et de responsabilités mutuelles, est importante non seulement pour lui garantir un bon fonctionnement physique, mais également pour préserver son bien-être mental " (Durkheim, 1897).

4.2.1 Les hypothèses fonctionnelles du support social sur la santé

Une importante littérature internationale a permis, depuis les années 1970, de reconnaître le soutien social perçu comme une variable prédictrice de la santé et des comportements de santé. De nombreuses études ont démontré cette assertion sur des indicateurs de santé et de santé mentale. Les mécanismes explicatifs de cette influence ont également suscité un grand intérêt, dans le domaine de la psychologie sociale (Bruchon-Schweitzer, 2002).

C'est aujourd'hui dans le cadre de la psychologie sociale de la santé que se poursuivent les recherches sur les relations entre soutien social et santé.

Une recherche réalisée en août 2008 sur la base de données PsycInfo© à l'aide des mots-clés "social support" a permis d'identifier 31611 articles scientifiques. En ajoutant le mot-clé "health", on identifie 13641 articles et 4718 articles si l'on remplace "health" par "mental health".

4.2.1.1 Présentation des modèles

Les recherches portant sur la dynamique par laquelle le support social affecte la santé des individus se sont efforcées de modéliser ces interactions. Des modèles généraux ont été proposés puis testés et font encore aujourd'hui l'objet de débats. Cependant, au-delà des recherches portant sur les aspects dynamiques de ces relations, il est nécessaire de constater que les notions restent parfois confuses, ne permettant pas toujours la comparaison des modèles, faute de référentiels communs. Comme le souligne justement Bruchon-Schweitzer (2002), "[ces] conclusions resteront ambiguës tant que l'on ne différenciera pas clairement les diverses catégories de soutien selon leur nature (structurale, fonctionnelle, perçue)".

Deux conceptions de l'effet du support social sur la santé ont été développées, se référant pour la première au modèle médical (ou biomédical) de la santé et pour la seconde au modèle interactionniste (Bruchon-Schweitzer, 1994). Le modèle médical suppose un effet "direct" (cause → effet) du support social sur la santé, tandis que le modèle interactionniste considère le support social comme un modérateur de l'impact environnemental sur la santé (effet tampon, *buffering effect*)

Barrera (1986) a proposé quatre grands modèles explicatifs des effets du support social sur la santé :

- "le support social est positivement lié au stress" : Le stress augmente le recours au réseau social, qui agit rétroactivement sur ce stress, le diminuant ;
- "le support social est négativement lié au stress" : le soutien social perçu diminue le stress perçu. Par ailleurs, le soutien social permet de réduire la fréquence des événements stressants ;
- "le support social est positivement lié à la détresse" : le stress, comme le sentiment de détresse mobilisent directement le réseau social ;
- "le support social est négativement lié à la détresse" : l'intégration sociale permet de diminuer la détresse, de manière générale, chez un individu.

Ces mécanismes ont formé des modèles explicatifs. Deux parmi ces modèles s'opposent aujourd'hui, en fonction du caractère direct ou modérateur du soutien social perçu sur la santé.

- l'effet direct : le soutien social perçu est en soi un facteur de bien-être (*well-being*),
- l'effet tampon -ou modérateur- (*buffering effect*) : le soutien social perçu permet d'atténuer les effets morbides du stress et promeut ainsi le bien-être. Ce modèle est aujourd'hui le plus couramment utilisés (Thoits, 1995; Uchino et coll., 1996).

4.2.1.2 *Le modèle d'interaction directe*

Le premier modèle, dit "direct", suppose d'une part que le soutien social (souvent considéré ici par ses aspects structuraux : insertion sociale notamment) a un effet direct sur les critères de santé ("l'isolement social augmente la morbidité", "l'insertion sociale favorise l'expression de facteurs de santé"). C'est le modèle qui a couramment été utilisé en épidémiologie, dans les années 1970-1980 (Philips et Feldman, 1973; Seeman, 1996). Avec le développement des recherches en psychologie sociale de la santé, les travaux ont par la suite tenu davantage compte de l'effet de l'environnement sur l'expression des comportements de santé, et ont ainsi intégré cet environnement (mais aussi les événements de vie, la qualité des relations interpersonnelles, les dispositions psychologiques à l'égard des relations interpersonnelles...) comme des variables modératrices devant être intégrées dans un modèle plus complexe, avec des effets indirects des variables indépendantes ("soutien social") sur les critères à prédire (santé et santé mentale). C'est le début des recherches portant sur le modèle d'effet direct utilisant la prise en compte d'une variable modératrice, recherches qui participeront du développement de la psychologie sociale de la santé.

Pour Brauer (2000), "*une variable médiatrice (M) est une variable qui intervient entre la variable indépendante (X) et la variable dépendante (Y) de sorte que la variable*

indépendante exerce un effet sur la variable médiatrice et la variable médiatrice exerce un effet sur la variable dépendante. L'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est indirect car il est transmis par la variable médiatrice. Si l'on « éliminait » l'effet de la variable médiatrice, on n'observerait plus de relation entre la variable indépendante et la variable dépendante". Hartmann rappelle que sur la base de cette définition se sont développées des recherches utilisant ce concept de variable modératrice et testant les effets de la variation de la variable modératrice sur l'effet total observé (allant de l'effet total de la variable modératrice à l'effet partiel) (Hartmann, 2007).

Les figures 4a et 4b illustrent les deux modèles principaux de l'effet "direct" du soutien social sur la santé (le soutien social - en gris- est systématiquement en position de prédicteur).

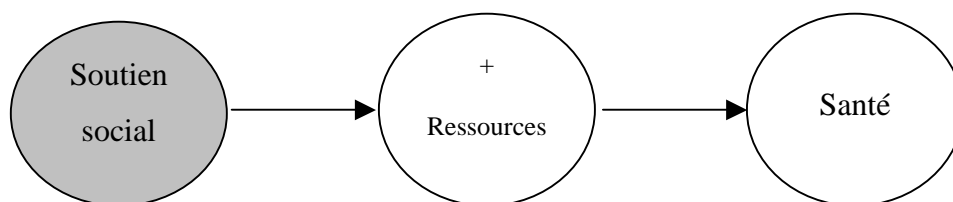


Figure 4a : Le soutien social affecte la santé par la promotion des ressources

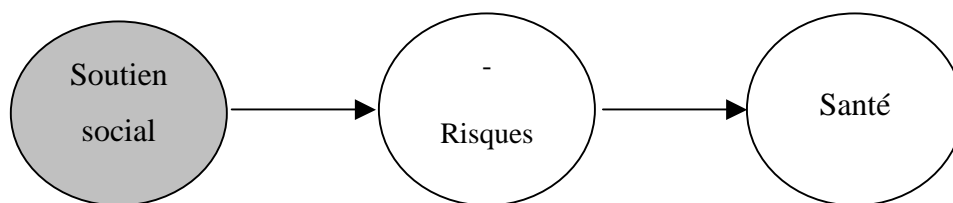


Figure 4b : Le soutien social affecte la santé par la diminution des risques

Les figures 5a, 5b et 5c illustrent les différentes modalités d'affectation de la santé par le soutien social, telles qu'elles ont été identifiées par Willis et Fegan (2001).

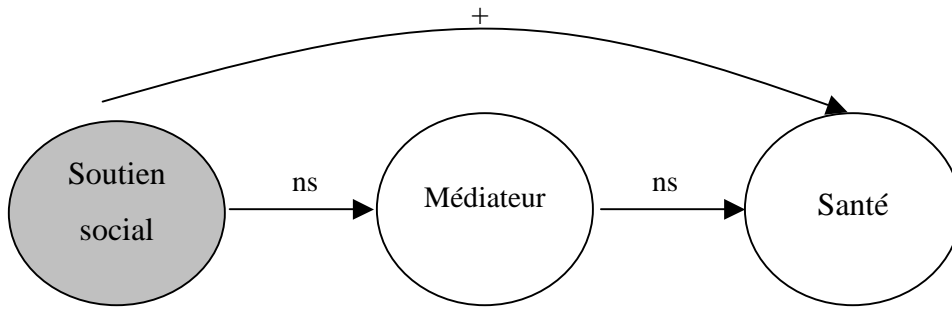


Figure 5a : Le soutien social affecte la santé, sans effet d'une variable modératrice

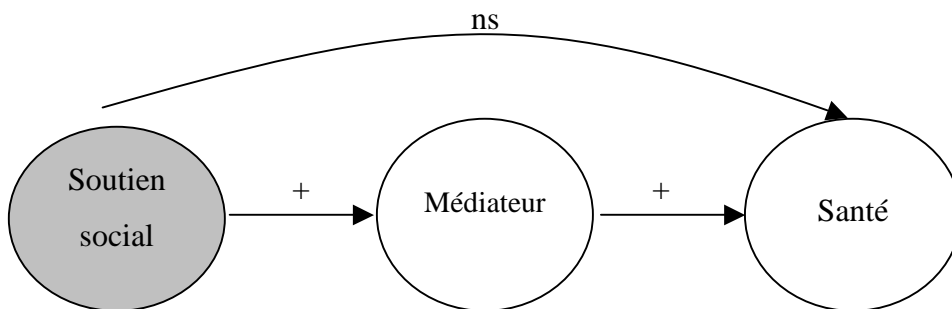


Figure 5b : Le soutien social affecte la santé par l'effet exclusif d'une variable modératrice

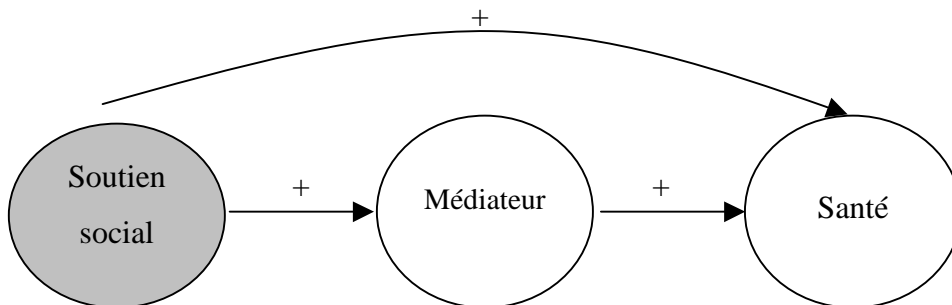


Figure 5c : Le soutien social affecte la santé par l'effet partiel d'une variable modératrice (effet direct de la variable indépendante + effet indirect de la variable modératrice)

4.2.1.3 Le modèle "stress-buffering effect"

Ce sont les recherches portant sur le stress et le stress perçu qui ont soutenu le développement de ce deuxième modèle dynamique couramment appelé "effet-tampon" ou "*stress-buffering effect*" (Hartmann, 2007; Lazarus, 1991).

Le postulat fondamental de ce modèle est que le soutien social (perçu) constitue un facteur d'atténuation des effets morbides de l'environnement (stresseur) sur différents critères de santé, et de santé mentale (Cohen et Wills, 1985; Wheaton, 1985).

Cohen et Pressman (2004), ont tenté de fournir davantage de détails explicatifs à ce modèle. Ils identifient trois différents facteurs rendant compte de l'effet tampon. Ainsi le soutien social permettrait dans des situations de stress de :

- réduire l'intensité du stress perçu,
- renforcer le sentiment d'auto-efficacité,
- éviter les réactions inadaptées.

En ce qui concerne la dépression, par exemple, qui est un champ d'intérêt plus récent pour ce modèle, cette théorie suggère que les individus possédant un réseau de support social étendu et fonctionnel sont moins vulnérables, le soutien social permettant d'augmenter l'estime de soi, l'efficacité des stratégies de coping ou encore la confiance en ses ressources. Si, pour les auteurs, le soutien social intervient directement en facilitant la gestion des évènements de vie négatif (= effet direct) il est également et principalement présent dans ce rôle d'atténuation des effets pathogènes de l'environnement (Burton, Stice, et Seeley, 2004). Les figures 6a et 6b illustrent les dynamiques propres à ce modèle. Le soutien social, toujours en gris, est ici en position de modérateur.

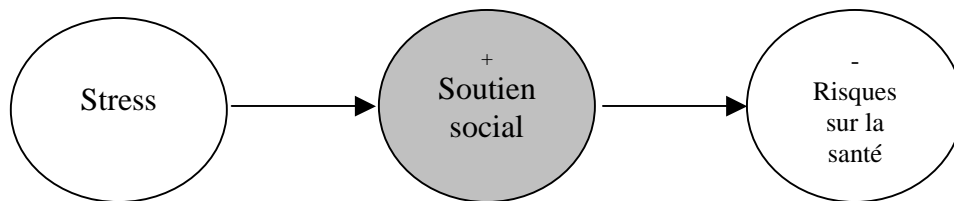


Figure 6a : Illustration de l'effet-tampon

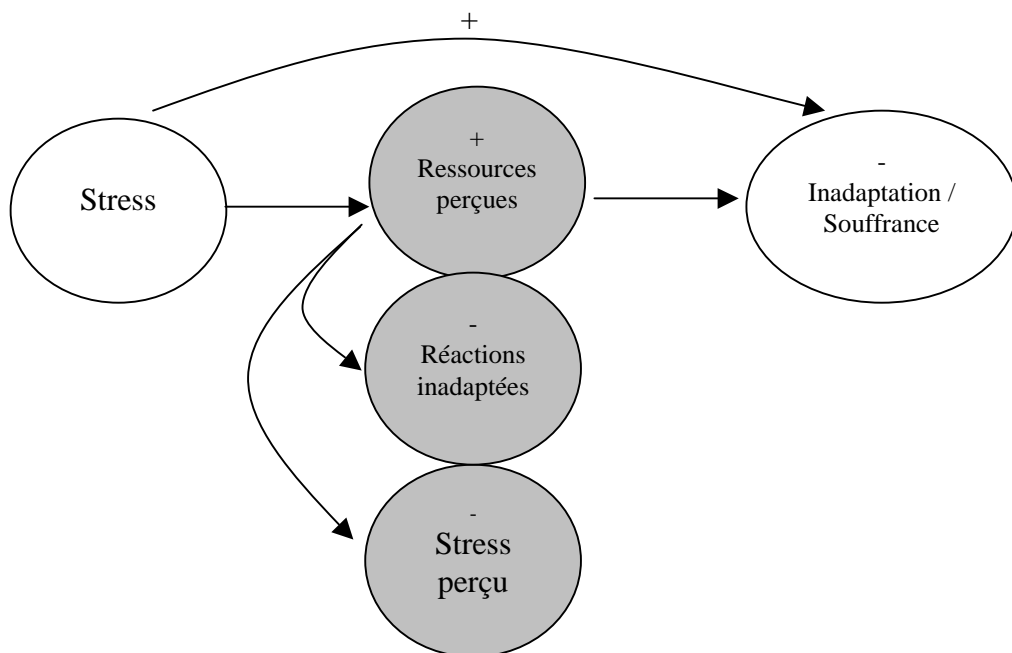


Figure 6b : Modèle de l'effet tampon, d'après Cohen et Pressman (2004)

Le premier article de référence sur ce modèle est celui de Cohen et Wills (1985), décrivant une méta analyse de plus de 40 études et mettant en valeur la modération cognitive du stress par le soutien social (moins de stress perçu, disponibilité des ressources perçues...). De même, l'effet "amortisseur" du soutien social peut être total ou partiel, selon le même modèle que la description de l'effet direct du soutien social (Hartmann, 2007). Il s'agit par ailleurs dans ce modèle davantage du soutien social perçu que des aspects structurels du soutien social qui sont mis en valeur. La littérature internationale a ainsi démontré que c'était davantage la perception de la disponibilité du soutien social que le soutien social reçu de son réseau qui constituait la modération sur les critères de santé. Comme on le verra plus loin, cette assertion a également été validée en période périnatale (Andresen et Telleen, 1992; Vaux, 1992).

4.2.1.4 Synthèse

Bruchon-Schweitzer (2002), dans une synthèse, suggère 5 critères explicatifs de l'impact du soutien social perçu sur la santé :

- "le soutien social perçu atténue le stress perçu".

Ce critère, caractéristique du "*buffering effect*" renvoie au deuxième modèle de Barrera (voir §4.2.1.1).

- "le soutien social augmente les ressources perçues".

Pour l'auteur, "il s'agirait d'une hypothèse fondamentale", confirmée par ailleurs par des résultats empiriques (Bidan-Fortier, 2001; Thoits, 1995). Elle rappelle le rôle modérateur du soutien social perçu, atténuant le stress et renforçant le contrôle perçu.

- "le soutien social affecte l'élaboration de certaines stratégies de coping".

Renvoyant au modèle de Lazarus et Folkman (1984), fondamental en psychologie de la santé, cette hypothèse, souligne l'auteur, a été peu investiguée par les psychologues sociaux. La présence d'un réseau de soutien suffisamment étayant permet au sujet, selon cette hypothèse, de développer plus de compétences en termes de gestion de problèmes.

- "le soutien social réduit l'affectivité négative".

Hypothèse plusieurs fois vérifiée en lien avec des indicateurs somatiques (Thoits, 1995), elle a été validée en lien avec l'anxiété -et la dépression- plus récemment et notamment en contexte périnatal (Berkman *et coll.*, 2003; Kitamura *et coll.*, 2004; Logsdon *et coll.*, 2005; Logsdon *et coll.*, 2004; Martinez-Schallmoser, Telleen, et MacMullen, 2003; Surkan *et coll.*, 2006) ;

- "le soutien social optimise le fonctionnement de divers systèmes physiologiques".

Un soutien social satisfaisant pourrait mobiliser les ressources immunitaires, en réduisant l'affectivité négative et en rehaussant le sentiment de contrôle. Cette hypothèse est le fruit de l'ensemble des recherches menées, comme on l'a vu, auprès des patients malades chroniques (Bruchon-Schweitzer, 2002; Thoits, 1995).

Avec l'objectif de synthétiser l'ensemble des théories tendant à opérationnaliser les liens entre soutien social perçu et santé, et avec l'enjeu de s'inscrire dans une démarche intégrative, Bruchon-Schweitzer présente une tentative de modélisation de ce processus (voir schéma en annexe 4), en soulignant de plus l'impact des antécédents individuels et environnementaux sur le soutien social perçu, ce qui -dans le cadre d'un modèle- constitue une certaine originalité.

4.2.2 Support social et santé somatique

De très nombreuses études ont étudié l'effet médiateur ou modérateur des réseaux sociaux et du soutien social perçu sur la santé physique et mentale, en population générale (Badoux et Veyrat, 2000; Berkman et Breslow, 1983; Bruchon-Schweitzer, 2002; Seeman, 1996). Le soutien social perçu est progressivement devenu, depuis Cassel (1976), un élément central en psychologie de la santé.

Vivre seul ou avoir un faible réseau de soutien multiplierait ainsi le risque de mortalité par 2,5 et la mortalité coronarienne par 3,5 (Berkman et Breslow, 1983; Bruchon-Schweitzer, 2002).

Une des premières recherches visant à évaluer l'effet du soutien social sur la mortalité est celle de Philips et Feldman (1973). Les auteurs ont mis en relation la diminution significative du nombre de décès chez les individus célébrant leur anniversaire dans les semaines suivantes et bénéficiant de fait de plus de soutien social (voir annexe 2). La revue de littérature de Seeman (1996) recensait les recherches ayant mis en relation le concept d'intégration (*embeddedness*), mortalité, morbidité, mais aussi santé mentale. L'auteur évoque notamment l'étude d'Almeda (Berkman et Breslow, 1983), conduite sur une population de 5000 sujets suivis sur une période de 9 ans et montrant un effet relatif important du soutien social sur la mortalité, en contrôlant la variable âge (voir annexe 3). Cette revue met en valeur le caractère significatif systématique de la variable soutien social sur la mortalité et la morbidité (Seeman, 1996).

L'ensemble des études ayant testé ce lien entre soutien social perçu et santé montrent un effet positif du soutien social perçu sur la santé physique et mentale (Bruchon-Schweitzer, 2002). Le soutien social perçu, entendu comme un élément favorisant les capacités de *coping* d'un

individu fait maintenant partie intégrante des modèles de prévention en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001). Outre les recherches évaluant l'impact du soutien social sur la mortalité -notamment chez les personnes âgées- (Blazer, 1982; Lyra et Heikkinen, 2006; Rogers, 1996; Rosengren *et coll.*, 1993; Temkin-Greener *et coll.*, 2004; Wilkins, 2003), la plupart des recherches se sont intéressées au lien entre soutien social perçu et troubles cardiaques, en montrant l'effet tampon du soutien social perçu, et l'effet morbide de l'absence de soutien social (Berkman *et coll.*, 2003; Boutin-Foster, 2005; Burg *et coll.*, 2005; Consoli, 2001; Janevic *et coll.*, 2004; Lett *et coll.*, 2005; Luttk *et coll.*, 2005; Tarkka *et coll.*, 2003; van Rijen *et coll.*, 2004). L'effet néfaste de l'isolement social sur la morbidité et la mortalité coronariennes semblant par ailleurs modéré par des facteurs de personnalité tels que la dépressivité, l'anxiété, l'hostilité (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Des études prenant en compte les besoins en termes de soutien social chez les patients atteints de cancer (Clarke *et coll.*, 2006; Davis, Cohen, et Apolinsky, 2005; Hamilton et Sandelowski, 2004; Saito-Nakaya *et coll.*, 2006; Shannon et Bourque, 2005; Woodgate, 2006), séropositifs ou atteints du SIDA (Barroso, 1997; Bond, 2002; Brashers, Neidig, et Goldsmith, 2004; Cox, 2002; Edwards, 2006; Gonzalez *et coll.*, 2004; Hansell *et coll.*, 1999) ont également été menées. L'ensemble de ces études prospectives soulignent l'effet positif du soutien social sur la santé des patients malades chroniques, et notamment l'impact positif du soutien social émotionnel, modérateur de l'activité du système immunitaire, d'une part, et d'autre part, facilitateur de l'adhésion thérapeutique et de la compliance au traitement.

Cette distinction entre différentes formes de soutien social n'a cependant fait l'objet que d'une faible proportion des publications recensées dans ce domaine. Hartmann (2007) rappelle ainsi que quelques études ont été menées en différenciant le soutien informatif et le soutien émotionnel. Ces recherches ont mis en valeur que si les patients atteints de cancer ont besoin d'un soutien informatif (Mitchell et Glicksman, 1977), les patients exprimaient un vécu plus stressant de la maladie lorsque ce soutien informatif n'est pas associé à une forme de soutien émotionnel (Nikoletti *et coll.*, 2003).

Le soutien social perçu permettrait ainsi d'accroître la durée de survie, ses contraire, l'isolement et la solitude constituant des vulnérabilité à un mortalité précoce (Bruchon-Schweitzer, 2002).

4.2.3 Support social, santé mentale, dépression

Cassel affirmait dès le début des années 1970 que "les liens sociaux positifs sont essentiels pour faire face aux stress, aux changements de conditions de vie et aux environnements morbides" (Cassel, 1974). Cette époque marque le début de l'intérêt pour les effets du support social sur les critères d'ajustement de la santé mentale. Très peu d'études ont été réalisées en population générale (Wareham, Fowler, et Pike, 2007), la plupart des auteurs s'intéressant à des populations spécifiques : personnes âgées, personnes souffrant de maladies chroniques, personnes atteintes de troubles psychiatriques ou encore personnes ayant vécu des événements de vie traumatiques. Cependant, la quasi-totalité des recherches utilisent la dépression comme critère à prédire en termes de santé mentale.

4.2.3.1 *Etat de la recherche*

Dès 1978, Brown et Harris ont mis en évidence l'impact protecteur du soutien social perçu sur la santé mentale : parmi une population de femmes ayant vécu un événement de vie majeur, seules 4% de celles qui avaient un réseau social leur permettant de parler de cet événement avaient présenté par la suite un état dépressif contre 40% de celles n'étant pas entourées (Brown et Harris, 1978). Dans une étude de cohorte récente (4688 sujets), Bertera a montré par des analyses de régression hiérarchique l'impact du soutien social "positif" sur la prévention des troubles anxieux ainsi que sur la prévention des troubles dépressifs, en contrôlant dans les deux cas pour les données socio-démographiques et les données de santé (Bertera, 2005).

Le principal problème constaté lorsque l'on observe l'ensemble des études publiées concerne au la définition des notions liées au support social, et généralement identifiées sous le vocable de "soutien social".

Certains auteurs ont cherché à tisser des liens entre taille du réseau social et santé mentale (à l'image de l'étude de Brown et Harris, sus-citée), tandis que d'autres s'intéressent au soutien social perçu, tantôt considéré comme une entité homogène, tantôt comme un ensemble de sous-catégories (financier, matériel, émotionnel, informationnel, social,...), sous-catégories par ailleurs utilisées de manière hétérogène par les chercheurs.

Ainsi, comme le critique Wareham et coll. (2007), le concept de soutien social, "large et nébuleux", permet difficilement la comparaison des différents travaux.

Bruchon-Schweitzer, dans une synthèse des recherches menées entre 1970 et 2000 conclut cependant à l'existence d'un lien direct entre support social et santé mentale, modéré lorsque l'on ne prend en compte que les aspects structureaux du support social, mais qui augmente nettement dès lors qu'on porte un intérêt à l'appréciation subjective du soutien reçu (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Certaines études ont également cherché à distinguer l'effet du support social sur la survenue des troubles de santé mentale (effet préventif) et sur la rémission des troubles (effet thérapeutique). Ainsi, deux études menées à la fin des années 1990 ont mis en évidence que le support social influençait à la fois le risque de développer un épisode dépressif majeur (EDM) le risque de voir cet EDM perdurer, et le risque de rechute chez des personnes ayant vécu un EDM (Keitner *et coll.*, 1997; Lara, Leader, et Klein, 1997).

Le champ de recherche portant sur les relations entre support social et santé mentale s'est cependant considérablement étoffé dans les années 2000, notamment en ce qui concerne les études menées sur la dépression. Outre le développement de méthodologies précises cherchant à mettre en valeur les liens entre soutien social et troubles de l'humeur, certains auteurs commencent à s'interroger sur ces différentes facettes du support social.

Dans une étude canadienne récente, Wareham et coll. (2007), utilisant les données d'une cohorte nationale (6316 sujets) identifient les résultats suivants :

- le support social influence positivement la santé mentale (absence de dépression),
- la facette "interactions sociales positives" a un poids plus important dans ce lien que le soutien "tangibile",
- cependant, le soutien émotionnel, s'il est négativement lié à la durée de maladie est positivement lié à sa survenue.

Les auteurs proposent plusieurs hypothèses explicatives pour ce dernier résultat surprenant et a première vue contradictoire :

- le fait de pouvoir se confier à autrui peut éveiller un processus introspectif douloureux, générant à terme des phénomènes dépressifs (le soutien social est lié positivement à la survenue d'une dépression),
- pouvoir parler à autrui de ses sentiments négatifs permet de les surmonter (le soutien social est négativement lié à la durée de la dépression).

L'impact négatif du soutien social sur la santé mentale est observé par d'autres auteurs. (Bertera, 2005; Reinhardt, 2001). Il semble en effet que le soutien social, lorsqu'il s'exerce dans le cadre d'environnements sociaux "négatifs" (stress sociaux, environnements précaires, réseau de personnes en souffrance...) peut avoir des effets morbides sur la santé mentale et la santé, à l'image des résultats obtenus sur les comportements prosociaux et déviants par les chercheurs nord-américains s'intéressant à l'effet négatif de l'environnement de vie (Hawkins, 2000; Wareham et coll., 2007). Belle a également mis en évidence, chez une population de jeunes mères en situation de vulnérabilité psychosociale, vivant en foyer d'accueil, que la proximité sociale constituait un facteur délétère de la santé mentale, mettant ces jeunes mères dans une trop grande proximité avec des préoccupations importantes ne leur appartenant pas, et dans une forme d'obligation de prendre soins de leurs colocataires (Belle, 1982).

Certaines études ont par ailleurs mis en avant le rôle des caractéristiques individuelles (notamment le sexe et l'âge) dans les modalités d'impact du support social sur la santé mentale.

Ainsi, chez une population de personnes âgées, une étude française récente a récemment mis en valeur le rôle modérateur du soutien social sur la dépression, lorsque les sujets étaient confrontés à des événements de vie négatifs. Mais les auteurs précisent que ce rôle modérateur ne s'exerce pas chez les sujets les plus âgés, avançant l'hypothèse que ces sujets n'étaient pas (plus) en mesure de s'appuyer d'une manière suffisamment efficace sur leur réseau de soutien social (Bailly *et coll.*, 2007).

Le sexe est une variable qui a récemment été introduite dans les analyses de régression, et qui a montré son impact important sur les résultats obtenus concernant les effets du support social sur la santé mentale (Burton et coll., 2004; Skarsater *et coll.*, 2003a; Skarsater *et coll.*, 2003b). Dans leur étude de cohorte, Wareham et coll. identifient certaines différences entre l'impact du support social sur les hommes et sur les femmes. Il semblerait, selon les données publiées que le support émotionnel et informationnel ait eu un effet morbide sur la santé mentale (survenue d'une dépression) des hommes, mais positif sur celle des femmes. En ce qui concerne la rémission de la dépression, elle semblerait liée, toujours selon ces auteurs, à la présence d'un soutien matériel, chez les hommes, tandis que la présence d'un soutien émotionnel semblerait être un facteur favorisant la durée de l'épisode dépressif. Les auteurs analysent ces données à la lumière d'hypothèses socio-psychologiques : les hommes seraient vulnérables à un renversement des rôles sociaux (être en situation de demande d'aide) et bénéficieraient davantage de conditions matérielles positives facilitant la mise en place d'un

environnement positif, première étape vers la rémission d'un épisode dépressif (Wareham et coll., 2007).

Enfin, certains auteurs se penchent sur la distinction entre soutien social reçu et soutien social perçu en ce qui concerne les modalités d'impact sur la santé mentale.

McDowell et Serovitch ont ainsi pu mettre en valeur que, chez une population de sujets atteints par le VIH, le soutien social reçu n'avait pas d'impact significatif sur la santé mentale des individus, au contraire du soutien social perçu (McDowell et Serovitch, 2007). Ces résultats rappellent ceux obtenus par Cutrona (voir §4.3.3.) auprès de jeunes mères. L'auteur insiste dans son article sur le fait que c'est bien la perception du soutien disponible et non le soutien reçu qui génère des effets protecteurs sur la santé mentale (Cutrona, 1984).

4.2.3.2 *Considérations méthodologiques*

Le développement des recherches visant à développer les connaissances sur le(s) lien(s) entre support social et santé mentale témoigne de l'expansion de la psychologie de la santé dans le champ de la santé mentale.

Nous pouvons cependant souligner -à l'instar de la critique de Wareham et coll.-, que le concept de "soutien social" fait l'objet de modélisations trop hétérogènes pour permettre la synthèse des recherches. En restant à un stade très descriptif (études cherchant à modéliser la dynamique menant du soutien social à la santé mentale), on retarde le passage de ce champ de recherche de la psychologie sociale de la santé, où il s'est développé, à la psychologie sociale appliquée (ou à la psychologie communautaire), où se trouvent ses modalités d'application.

Si les chercheurs ne parviennent pas à s'accorder sur une modélisation des notions-clés du support social, le choix des critères à prédire en termes de santé mentale est également une cause de ce retard. Les outils de mesure divergent de manière sensible. De plus, les auteurs n'utilisent en règle général le soutien social que dans des modèles basés sur le "buffering effect", et visant à démontrer l'effet protecteur du soutien social sur la survenue (ou la durée) de symptômes dépressifs. On regrettera le petit nombre d'études intégrant des éléments de santé mentale "positive" dans leur modélisation.

On peut donc regretter l'absence d'une école de recherche qui faciliterait le passage de ce champ de recherche dans le domaine de la psychologie appliquée, en identifiant et testant les leviers permettant, via les notions du support social, de promouvoir la santé mentale des

individus et d'en prévenir les troubles. Afin de formuler des recommandations concrètes pour les programmes d'intervention.

Au lieu de quoi, on observe aujourd'hui une complexification des modèles descriptifs, introduisant notamment dans leur élaboration de plus en plus de données individuelles ("race", orientation sexuelle) supposées modérer la santé mentale, dont les postulats tout à fait questionnables d'un point de vue idéologique, font pointer le risque d'une *psychologisation* excessive des questions liées au support social (pour une illustration, voir la recherche de Surkan et coll. (2006), par exemple).

La mise en œuvre d'un nouveau champ de recherche permettrait d'encourager les études appliquées, dans le domaine de la psychologie communautaire ou de la psychologie sociale appliquée et visant à faciliter des interventions écologiques ayant pour objet le développement des liens sociaux.

4.3 Support social et santé mentale périnatale : état des recherches actuelles

4.3.1 Intérêt des recherches sur le support social : formuler des recommandations pour les programmes préventifs

En périnatalité, l'état des recherches montre un intérêt croissant pour les stratégies de promotion de la santé mentale. Le développement des recherches préventives, depuis les premières études de David Olds et coll. dans les années 1970, a stimulé plusieurs générations de chercheurs, avec l'objectif d'identifier les facteurs psychosociaux pouvant constituer une cible pour l'intervention. Parmi ces facteurs, le support social est très tôt apparu comme une "ressource-clé pour la promotion de la santé" (Bloom, 1979).

Si les premières recherches menées ont mis en valeur la corrélation positive entre la présence d'un réseau de soutien social et la santé mentale (Cutrona, 1984), les recherches des années 1980 et 1990 ont permis d'opérationnaliser les résultats observés sous forme de recommandations très générales pour les programmes d'intervention préventive (Trotter *et coll.*, 1992). Cependant, la très grande majorité des recherches se sont intéressées à la seule question de la prédiction de la dépression post-natale et n'ont pas permis d'identifier des modalités d'intervention par la promotion de l'insertion sociale, se "contentant" d'en souligner l'intérêt.

4.3.2 Réseau de soutien social et dépression post-natale

Depuis 1980, la base de données PsycInfo© recense plus de cent études ayant mis en valeur l'importance du réseau de soutien social dans la prévention des phénomènes dépressifs en post-partum^a. Cet aspect préventif a notamment pu être mis en valeur dans les sociétés occidentales industrialisées, en Amérique du Nord, en Europe, au Moyen-Orient et en Extrême-Orient (Collins *et coll.*, 1993; Cutrona et Troutman, 1986; Dennis et Ross, 2006; Fuggle *et coll.*, 2002; Heh, Coombes, et Bartlett, 2004; Kitamura et coll., 2004; Lee *et coll.*, 2004; Logsdon et coll., 2005; Logsdon et coll., 2004; Logsdon, McBride, et Birkimer, 1994; Martinez-Schallmoser et coll., 2003; Rahman, Iqbal, et Harrington, 2003; Sagami et coll., 2004; Shin, Park, et Kim, 2006; Srisaeng, 2004; Surkan et coll., 2006). La plupart de ces études, prospectives, mettent en valeur l'impact délétère d'un faible réseau social sur l'incidence de la dépression post-natale, quel que soit le moyen et le seuil de mesure de celle-ci. Les résultats de l'ensemble de ces études sont très proches, malgré les différences culturelles.

L'étude de Collins et coll. (1993) montrait ainsi une relation directe de l'intensité de la pathologie dépressive avec les aspects structurels du réseau de soutien, mais aussi du soutien social perçu (corrélations partielles de -.34 et -.15 respectivement), soulignant ainsi l'"effet tampon" du réseau social sur la psychopathologie.

Une importante proportion des recherches menées ont ciblé des populations très spécifiques, notamment des populations adolescentes.

Dans une recherche menée auprès de 129 parturientes caractérisées par de faibles ressources financières, Collins et coll. ont enregistré des effets positifs de la taille et de la qualité du réseau de soutien social sur les poids de naissance des bébés, et sur l'incidence de dépression post-natale. Les auteurs précisait que le support instrumental expliquait mieux les effets positifs observés que le support émotionnel (Collins et coll., 1993).

L'étude récente de Logsdon et coll., menée auprès de 128 mères adolescentes a mis en valeur des résultats originaux, voire paradoxaux : les auteurs identifient deux facteurs de risque de développer une dépression à 6 semaines post-partum :

- une faible estime de soi,

^a Recherche réalisée le 23 août 2008 à l'aide des mots-clés PsycInfo "Social support" et "Postpartum depression"

- recevoir beaucoup de soutien de la part de ses amis et de sa famille (Logsdon et coll., 2005).

Dans une recherche pilote précédente, Logsdon et Cross avaient trouvé un taux de dépression de 68% chez cette même population de jeunes mères adolescentes (Logsdon et coll., 2004).

Une étude de cohorte australienne a étudié l'effet de l'isolement conjugal sur la santé mentale périnatale. Les auteurs ont montré l'effet délétère d'élever un nouvel enfant sans conjoint sur la santé mentale (évaluée par un questionnaire général de santé mentale, le SF36). Ainsi, 28,7% des femmes "célibataires" présentaient en post-partum des symptômes de souffrance psychologique, contre 15,7% des femmes en couple (données comparables avec les données épidémiologiques connues de la DPN) (Crosier, Butterworth, et Rodgers, 2007). Cette étude a également permis de mettre en évidence que le soutien social perçu avait un effet particulièrement important sur la santé mentale lorsqu'il était associé à d'autres facteurs de vulnérabilité, et en particulier aux faibles revenus financier. Les femmes en situation de précarité économique paraissent ainsi être davantage vulnérables aux symptômes de troubles de santé mentale identifiés par le SF36 si elles étaient identifiées comme percevant peu de soutien social.

La potentialisation de l'effet du support social sur la santé mentale en présence d'autres facteurs de vulnérabilité a été montrée par d'autres recherches. Et en particulier les recherches portant sur le rôle des événements de vie sur la santé mentale périnatale. Les recherches menées par Paykel dans les années 1980 ont ainsi montré que l'absence de conjoint n'affectait négativement la santé mentale des jeunes mères qu'en présence d'évènements de vie "stressants" (Paykel *et coll.*, 1980).

Une étude originale menée par Cutrona et Troutman (1986) utilisant des analyses en pistes causales (*path analysis*) a cherché à détailler les effets du support social sur la dépression post-natale. Pour les auteurs, cet impact serait médiatisé par le développement du sentiment d'efficacité personnelle, exerçant ainsi un effet tampon sur la santé mentale.

Ces recherches mettent en valeur l'importance de développer des stratégies de promotion du soutien social auprès des femmes a) présentant des prodromes de dépression post-natale, et plus particulièrement b) présentant des facteurs de vulnérabilité psychosociaux tels

qu'identifiés dans la littérature (présence d'évènements de vie récents, jeune âge de la mère, habitation précaire, faibles revenus...).

4.3.3 L'impact relatif des différentes formes de soutien social : l'étude princeps de Cutrona.

L'étude menée par Cutrona en 1984 auprès de 71 primipares suivies dès leur grossesse et jusqu'à la fin de la première année post-partum est la première en périnatalité à avoir utilisé une évaluation détaillée du support social, en s'appuyant sur le modèle de Weiss (voir §3.4) (Cutrona, 1984; Weiss, 1973). En évaluant indépendamment l'intégration sociale, la guidance, l'attachement, la réassurance et le soutien émotionnel, cette recherche a permis de tester le "rôle tampon" spécifique des différents aspects du support social sur le stress parental, dans la prévention des troubles dépressifs périnataux. Les résultats mettent ainsi en valeur que la présence d'un réseau de proximité est corrélée avec un plus faible taux de DPN en post-partum, 2 mois après l'accouchement. Les auteurs ne trouvent pas de lien significatif à 2 semaines après l'accouchement et avancent l'hypothèse d'une modération hormonale, à ce temps d'évaluation.

A 8 semaines post-partum, c'est la présence d'un réseau social permettant à la jeune mère de reprendre une activité sociale qui semble liée de manière la plus évidente à un moindre taux de DPN (expliquant 9% de la variance de la DPN).

Cutrona ne valide cependant pas l'hypothèse de l'effet "tampon" du support social sur la dépression. Elle identifie par exemple que l'aspect "guidance" du support social n'a d'effet sur la dépression que dans la circonstance où le sujet est soumis à de faibles niveaux de stress. Si ce constat permet effectivement de remettre en cause l'effet protecteur du soutien social sur la santé mentale, il permet néanmoins d'identifier la pertinence de certains leviers d'intervention ("il n'est utile de fournir de la guidance que chez les sujets peu stressés").

Pour Cutrona, la qualité de l'aide fournie par le réseau de proximité (aide matérielle ou conseils, guidance...) ne permet pas de comprendre l'effet tampon du soutien social. C'est la reconnaissance par la jeune mère qu'un réseau de soutien social existe autour d'elle qui lui permet de faire face aux évènements stressants du post-partum. L'auteur s'appuie sur les travaux de LaRocco et Lin ayant mis en évidence dans les années 1970 et 1980 l'intérêt du réseau de soutien social pour le travail cognitif sur les représentations que la jeune mère se fait d'elle-même et des évènements périnataux (LaRocco, House, et French, 1980; Lin *et coll.*, 1979): "Le simple fait de savoir que les autres sont disponibles en cas de besoin permet de

diminuer le sentiment d'impuissance (*helplessness*), même si l'on ne les sollicite pas" (Cutrona, 1984). En ce qui concerne le versant "socialisation" du support social, Cutrona renvoie aux travaux de Lewinsohn, pour lequel la présence de dépression est liée à l'absence d'évènements positifs que l'on pourrait alors qualifier de "protecteurs" (Lewinsohn, 1975). Les femmes ayant un réseau social leur permettant de s'engager dans des activités récréatives en post-partum bénéficieraient ainsi d'un renforcement positif lié à leur socialisation. Cutrona propose également l'hypothèse que la socialisation post-natale permet aux jeunes mères de recevoir des informations "normalisantes" (*normative information*) (Storms et McCaul, 1976), permettant de diminuer le stress périnatal lié à l'enfant et notamment à ses soins. On retrouve plus récemment cet intérêt porté aux informations "normalisantes", dans les programmes d'intervention précoce, et notamment dans la formation des intervenants communautaires à domicile des programmes de David Olds -notamment à Memphis et à Denver- (O'Brien et Pilar Baca, 1997).

L'étude de Cutrona, par l'intérêt porté aux mécanismes d'action du support social sur la santé mentale constitue ainsi, malgré son ancienneté, une référence en psychologie sociale de la santé mentale périnatale. De même, il sera intéressant de répliquer cette méthodologie de recherche auprès d'une population caractérisée par une vulnérabilité psychosociale.

4.3.4 Le soutien social comme facteur protecteur des relations mère-enfant

Les recherches sur le soutien social en périnatalité, si elles se sont quasi-exclusivement concentrées dans l'aspect prédictif de la dépression post-natale ont cependant mis en valeur l'aspect protecteur du support social sur d'autres phénomènes relevant de la psychopathologie périnatale ou encore des avatars des relations précoces mère-enfant. les troubles précoces de l'attachement (Jacobson et Frye, 1991) ou encore les troubles du comportement des enfants à 2 ans seraient ainsi positivement corrélés avec l'inscription sociale (réseau social) de la famille (et plus particulièrement de la mère) au moment de la grossesse et de la naissance de l'enfant (Demyttenaere *et coll.*, 1995).

Dans une méta-analyse, Andresen et Telleen ont souligné que la perception par les jeunes mères du soutien émotionnel et matériel disponible était directement liée à un ensemble de comportements parentaux fonctionnels (fréquence et qualité du jeu, réactivité aux besoins de l'enfant, qualité des interactions verbales...) (Andresen et Telleen, 1992). Green et coll. soulignent cependant que cette méta-analyse comportait des biais de population et que les

populations vulnérables d'un point de vue psychosocial n'étaient que peu représentées (Green et coll., 2007). Les auteurs rappellent ainsi que les populations plus vulnérables sont également celles pour lesquelles la présence d'un réseau social de qualité (c'est-à-dire pouvant prodiguer un soutien social de qualité) était la plus lacunaire. Pour Ceballo et McLoyd, les réseaux sociaux des familles vulnérables pourraient même constituer des facteurs de risque (en termes de santé mentale), ces réseaux sociaux étant le plus souvent confrontés aux mêmes stress sociaux que les familles en question et pouvant générer chez elles plus de stress que d'apaisement (Ceballo et McLoyd, 2002). D'autres auteurs ont au contraire souligné l'aspect essentiel d'un réseau social présent lorsque des familles doivent élever de jeunes enfants dans des contextes sociaux défavorables (Dressler, 1985). Des études récentes ont validé ce modèle du support social comme "tampon" de l'impact délétère des stressseurs sociaux sur la parentalité (Green et coll., 2007).

Chapitre 5 – SUPPORT SOCIAL ET PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

Le principe fondamental des interventions préventives est la reconnaissance de la notion de "vulnérabilité" des populations, appelant un modèle épidémiologique et statistique, réfutant l'idée d'une causalité entre facteur de risque et critères d'ajustement en santé mentale. Les actions en elles-mêmes ne peuvent donc reposer sur un modèle psychopathologique ou médical. Confrontés à la nécessité de développer des interventions de prévention (nécessité générée d'une part par une logique politique, d'autre part, par le souhait de contourner la "psychologisation" des phénomènes sociaux), les psychologues ont cherché à développer des modèles éloignés des référentiels de la psychologie clinique traditionnelle.

La psychologie communautaire a donc émergé pour soutenir ce paradigme d'intervention de promotion de la santé. En cherchant à promouvoir les compétences individuelles, en promouvant le recours aux ressources sociales et en appuyant le développement communautaire, la psychologie communautaire a opéré un rapprochement des modèles psychosociaux et des interventions de santé publique dans un nouveau champ épistémologique. Les interventions préventives ont ainsi cherché à combiner les différents niveaux de l'intervention communautaire, en s'appuyant avant tout sur la reconnaissance de l'importance de l'insertion sociale et du développement des réseaux sociaux dans la promotion de la santé mentale.

5.1 Les interventions précoces de promotion de la santé

Il existe un engouement dans la communauté scientifique pour l'évaluation des stratégies de prévention précoce, ciblant notamment les familles de jeunes enfants, en situation de précarité sociale. Les interventions communautaires de promotion de la santé sont aujourd'hui reconnues comme le meilleur outil pour diminuer l'incidence de difficultés de développement chez l'enfant, de troubles du comportement et d'autres problèmes psychosociaux qui engendrent de la détresse psychologique et des coûts sociaux importants. Cet intérêt pour l'approche préventive est attribuable à deux types de résultats de recherche sur le développement de l'enfant : premièrement, plusieurs études longitudinales populationnelles, menées aux Etats-Unis, au Canada et dans divers pays d'Europe (notamment en Hollande et au Royaume Uni), montrent que les difficultés d'adaptation à l'âge adulte peuvent être prévenues dès la plus jeune enfance (Davis *et coll.*, 2004; Fonagy, 1998; Lyons-Ruth et Melnick, 2004; Tremblay, 2002). Les recherches portant sur la promotion de la santé mentale

de l'enfant se sont donc démocratisées et diffusées. Ces recherches utilisent le paradigme communautaire, en renforçant chez les familles par le biais d'une intervention attachementale les compétences parentales et les réseaux sociaux ou en favorisant l'accès aux réseaux médico-sociaux de quartier. La médiation "attachementale" de l'intervention semble être un facteur nécessaire à la réussite de tels programmes. La théorie de Bowlby (1969) a ainsi guidé un certain nombre de stratégies d'intervention auprès de familles en difficulté, la plupart des programmes de prévention évalués actuels visant ces familles à risque s'en revendiquant, aujourd'hui (Olds, 2006).

Une étude réalisée au début des années 1990 a tenté de promouvoir le soutien social perçu de personnes âgées par la mise en place d'un programme d'aide téléphonique. Les personnes ciblées recevaient donc des appels réguliers d'un volontaire référent. Les évaluations *a posteriori* de l'efficacité de l'intervention n'ont montré aucune amélioration, tant au niveau du soutien social perçu que du bien-être général des participants (Heller *et coll.*, 1991). Pour Barrera, les résultats de cette étude mettent en valeur deux points : tout d'abord, il semble inefficace de reproduire les rapports sociaux en leur ôtant leur spontanéité et en les schématisant (relation téléphonique) (Barrera, 1991). Ensuite, il semble que les actions de promotion du soutien social perçu requièrent dans tous les cas un contact en face-à-face pour promouvoir une relation de qualité, contacts qui, s'ils sont maintenus et fréquents, peuvent être caractérisés d'attachementaux.

Constatant l'importance du contexte social et de l'environnement familial pour l'enfant, les professionnels de la petite enfance de toutes les disciplines ont commencé à s'intéresser aux facteurs contribuant à l'amélioration des relations de l'enfant avec sa famille.

L'étude Elmira (menée par David Olds et son équipe), pionnière en matière de prévention des troubles du comportement de la petite enfance, s'adressait à des femmes enceintes présentant des vulnérabilités multiples : jeunes, primipares, célibataires et ayant peu de ressources financières (Olds, 2006; Olds *et coll.*, 1986).

L'intervention, initiée de façon très précoce (avant le troisième trimestre de la grossesse) consistait en des visites à domicile se prolongeant jusqu'au 24^e mois ; l'objectif étant d'intervenir sur les facteurs de risque précoces potentiellement modifiables (consommation d'alcool, de tabac...) et de favoriser l'émergence de facteurs de protection (tels que la promotion des compétences parentales).

Il a été montré que la réussite de l'intervention dépendait non seulement du contenu mais également de la fréquence des contacts entre la femme et l'intervenant, avec comme objectif

principal la création d'une alliance thérapeutique, c'est-à-dire la capacité de la femme et de l'intervenant à élaborer conjointement une stratégie de prise en charge satisfaisante pour l'un comme pour l'autre.

Les évaluations mettent notamment en évidence des effets positifs pour la mère : par rapport aux mères ayant bénéficié des suivis médico-sociaux usuels, les mères participant au programme expérimental présentaient des bénéfices en termes de santé mentale, un moindre recours aux aides sociales, une prévalence moindre de comportements antisociaux, de maltraitance et de négligence de l'enfant, une moindre consommation d'alcool et de drogues. Par ailleurs, les mères ayant bénéficié de l'intervention avaient développé un réseau social plus large, auquel elles était plus à même de recourir en cas de problème.

Le programme Elmira, qui s'était déroulé dans un contexte semi-rural, a été répliqué à Memphis (Kitzman *et coll.*, 1997) et à Denver (Olds *et coll.*, 2002), confirmant ainsi son efficacité en milieu urbain nord-américain auprès de différentes populations.

5.2 Le modèle d'intervention en promotion de la santé : la psychologie communautaire^a

La psychologie communautaire est donc aujourd'hui le modèle de référence des interventions précoces de promotion de la santé mentale. Elle vise la prévention, la promotion de la santé et le développement communautaire, au travers notamment d'un travail sur les liens entre les individus et l'insertion sociale. Les psychologues communautaires s'appuient notamment sur les travaux de la psychologie sociale de la santé pour asseoir leurs valeurs et promouvoir les travaux sur l'insertion sociale, considérée comme centrale pour ce qui a trait à la santé mentale.

L'objet des parties 5.2 et 5.3 est de décrire ce modèle, qui sera la référence de ce travail de doctorat.

Considérant que la "psychologisation" des problèmes sociaux (le modèle du précaire comme individu pathologique) et la "sociologisation" des problèmes psychiques (la réduction de la souffrance des individus à une causalité sociale) se renvoyaient dos à dos et ne permettaient pas de promouvoir la santé mentale des populations minoritaires et/ou précarisées et d'en

^a Extrait de : Saïas, T. (2007) L'identité du psychologue : de la confusion des genres à l'intégration des modèles. L'apport du paradigme communautaire. *Bulletin de psychologie*, 60 (HS) : 149-155.

prévenir les troubles, le modèle communautaire en psychologie s'est attaché à définir une voie intermédiaire remodelant les barrières historiques entre psychologie et travail social.

La psychologie communautaire est née en tant que discipline autonome en 1965 (Rappaport et Seidman, 2000). Elle plonge ses racines dans trois mouvements propres aux années 1960, aux Etats-Unis :

- la désinstitutionnalisation psychiatrique et la nécessité d'inventer de nouvelles formes de soins dans la cité pour compenser la fermeture des structures asilaires ;
- l'augmentation de la précarité et la perte de confiance dans l'idéal social américain ;
- la pensée communautaire du soin, plaidant pour l'horizontalité sociale dans la relation d'aide.

Soucieux de répondre aux nouveaux besoins de santé mentale exigés par ce contexte, les premiers théoriciens de la psychologie communautaire ont cherché à répondre à trois questions :

- "comment prendre en charge l'individu dans son environnement, en s'appuyant sur celui-ci ?",
- "comment s'appuyer sur les compétences du sujet pour promouvoir sa santé mentale ?",
- "comment donner aux communautés les moyens de développer leurs propres ressources ?".

Par leurs actions auprès de populations minoritaires, précarisées ou exclues, les premiers psychologues communautaires ont tenté d'apporter des réponses collectives, mais aussi individuelles à des problématiques complexes. L'intérêt porté à l'environnement du sujet (approche écologique) et les modalités d'intervention (participation, collaboration) dans une perspective positiviste (*empowerment* ou promotion des compétences et des ressources) ont très tôt constitué les clés de voûte de ce paradigme. L'ensemble des valeurs réunies dans cette nouvelle voie ont exigé des psychologues de remodeler leur cadre relationnel, en intégrant l'environnement proximal de l'individu. Le rapprochement du professionnel et du sujet constituait ainsi une révolution professionnelle. La psychologie communautaire complète donc la pensée psychologique traditionnelle en ce qu'elle cherche à promouvoir les ressources d'un individu par sa participation communautaire et ses capacités à maîtriser ses ressources sociales. Elle constitue un modèle "ergonomique", cherchant à adapter les pratiques en santé mentale aux besoins des usagers, besoins mouvants dans un contexte social marqué par des populations très changeantes.

En Europe et en Amérique du Sud, la psychologie communautaire a subi l'influence des pensées politiques. On a ainsi assisté au développement de la psychologie communautaire critique (Prilleltensky et Nelson, 2002), se distinguant aujourd'hui par ses actions en faveur de la reconnaissance de la notion de "pouvoir" dans la relation de soin, et militant davantage pour le développement de ressources communautaires que pour les actions préventives. Cependant, les valeurs fondatrices de ces disciplines se rejoignent.

La psychologie communautaire renvoie à la conception du soin "dans la communauté", dans l'environnement de vie du sujet. Le postulat écologique, fondamental, est que la santé mentale d'un sujet ne peut être appréhendée hors de la compréhension de son environnement relationnel, social et politique.

5.3 *La psychologie communautaire, un modèle d'intervention psychosocial : notions-clés*^a

5.3.1 La communauté

La distinction entre les notions de communauté (issue des instincts grégaires) et de société (née de la volonté réfléchie) proposée par Tönnies puis étoffée par Warren constitue une base de travail pour les psychologues sociaux et a participé au développement du concept de communauté en psychologie communautaire (Tönnies, 1922; Warren, 1963). Sur cette base, McMillan et Chavis (1986) ont proposé une définition de la communauté, servant aujourd'hui de support aux psychologues communautaires (voir §3.1).

5.3.2 Santé et vulnérabilité

Historiquement, la santé a été définie d'un point de vue organiciste par la médecine occidentale ("la santé est l'absence de maladie"). Le développement de la santé publique et de l'épidémiologie a par la suite permis de mettre en évidence la notion de *risque relatif d'exposition* d'un individu, à l'origine de l'ensemble des stratégies de prévention. La santé a ainsi, dans la seconde moitié du XXe siècle, intégré l'environnement social dans sa définition. La définition aujourd'hui proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé fait état de cette prise en compte : "La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, et non

^a Extrait de Saïas, T. (2009) Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15 (1) : 7-16.

simplement l'absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 2001). Ces définitions récentes prennent donc enfin en compte la dimension subjective de la santé. Celle de Kue Young y apporte l'idée que la santé peut constituer une compétence : "[la santé] est la mesure dans laquelle une personne ou un groupe est en mesure, d'une part, de réaliser ses aspirations et de répondre à ses besoins, et, d'autre part, d'évoluer et de s'adapter au milieu" (Kue Young, 1998). Cette mutation de la conception de la santé constitue le socle du développement d'actions préventives recherchant la promotion de la santé et permettant à la prévention de se dégager du risque hygiéniste (réduction des risques) au profit d'une démarche de "santé positive" (Shankland, Saïas, et Friboulet, 2008).

5.3.3 Le modèle écologique

La formule $C = f(P, E)$ (*le comportement est fonction de l'interaction entre la personne et son environnement*), proposée par Kurt Lewin en 1951, traduit l'intérêt précoce porté par les psychologues à l'environnement social du sujet. Par la suite, Urie Bronfenbrenner, psychologue américain, a élaboré le modèle dit *écologique* (Bronfenbrenner, 1979, 2001), référence toujours utilisée par les psychologues sociaux et les psychologues communautaires. Selon le modèle de Bronfenbrenner, il n'existe pas *un*, mais *des* environnements, plus ou moins proches du sujet (de la sphère familiale à l'environnement sociétal et politique). Le sujet n'évolue pas de manière constante dans ses environnements et il est nécessaire de les distinguer, afin de mieux repérer les ressources, compétences, ou problématiques, selon le contexte qui les génère. En adressant la complexité de l'environnement de vie des individus, le modèle de Bronfenbrenner permet d'éviter le piège de contourner l'écueil de la conception réductrice du sujet à une problématique isolée. L'individu peut ainsi connaître des difficultés d'adaptation dans certains environnements, et développer des compétences remarquables dans d'autres.

Les différentes « strates » identifiées par Bronfenbrenner sont :

- l'ontosystème, caractérisant l'individu lui-même, avec ses caractéristiques génétiques, physique, psychologiques.
- le microsystème, qui constitue l'entité communautaire la plus proche de l'individu, celle dans laquelle sa participation va de soi (famille, amis proches...).
- Le mésosystème, caractérisant l'interaction des différents microsystèmes,

- L'exosystème, dans lequel on trouve l'environnement plus large du sujet, environnement culturel, communautaire ou politique, qui exerce une influence sur ses comportements, sur sa vie.
- Le macrosystème, qui englobe les strates inférieures et constitue l'ensemble des valeurs, des traditions et des croyances de la culture du sujet.

L'ensemble de ces systèmes s'inscrivent dans une trajectoire de vie, historique et culturelle que Bronfenbrenner appelle "chronosystème".

Sur cette base, trois principes soutiennent le modèle écologique, au sens où il est utilisé en psychologie communautaire :

1. le développement des individus et des communautés est le produit des interactions avec les environnements.
2. l'individu (ou les communautés) et leurs environnements interagissent de manière continue, par un double processus *bottom-up* (le sujet agissant sur son environnement) et *top-down* (l'environnement produisant des effets sur le sujet). Ces interactions génèrent une adaptation mutuelle du sujet et de ses environnements.
3. le produit de cette adaptation est un équilibre, défini par le bien-être.

5.3.4 L'empowerment

L'empowerment est le phénomène d'intérêt de la psychologie communautaire (Rappaport, 1987). Ce concept recouvre la promotion des ressources, le développement des réseaux sociaux et de la participation communautaire. La question de sa traduction s'est longtemps posée. Plusieurs termes ont été proposés :

- l'"empouvoirement". Ce néologisme, utilisé notamment en Amérique Latine ("empoderamiento", en espagnol) entretient la confusion sur le sens du terme "power" ;
- l'"autonomisation", mais évoquant une conception de l'individu handicapé ;
- l'"habilitation", impliquant cependant une relation sociale entre l'"habilitant" et l'"habilité", sous tutelle.
- le "renforcement", faisant référence à un processus cognitif de réhabilitation, trop proche du modèle psychopathologique.

La terminologie anglophone est aujourd'hui préférée à toute autre, aucune traduction ne pouvant rendre compte des différents niveaux du concept en psychologie communautaire

(Saïas, 2007). Des expressions telles que "pouvoir d'agir" tendent à identifier plus clairement l'essence du concept (Le Bosse et Dufort, 2001), mais il est important que ce travail sémantique puisse se poursuivre, portant avec lui une réflexion sur les concepts. L'enjeu d'une définition de l'empowerment réside dans la traduction du terme « power ». En anglais et dans ce contexte, l'idée de rendre l'individu capable est prééminente sur l'idée de puissance en tant que réalisation physique ou en tant que puissance sociale. Ce terme de capacité pourrait être rapproché du concept de *dunamis* (δυναμις), notion de la philosophie aristotélicienne. La *dunamis*, pour Aristote, c'est ce qui est contenu en puissance dans toute matière. L'empowerment est donc le processus qui mène de la puissance à l'actualisation. En français, la définition littérale de l'empowerment serait ainsi : "un processus d'aide (em-) à la réalisation (-ment) de ce qui est en puissance (-power-, au sens de la *dunamis*) chez un individu ou une communauté". La création d'un néologisme supplémentaire ("endy(u)namisation") paraît peu pertinente et il a été proposé de conserver le terme anglais du concept, désormais utilisé de manière internationale en psychologie communautaire (Saïas, 2007).

L'empowerment peut être une référence théorique, mais aussi un plan d'action, un but, un processus ou un résultat (Hawley et McWhriter, 1991). L'empowerment comme valeur renvoie à l'idéologie selon laquelle la persistance d'une souffrance psychique chez des individus peut être -en partie- expliquée par la perte de la capacité à faire appel aux ressources appropriées en cas de besoin : appel à ses propres ressources, à son réseau de soutien social ou aux ressources communautaires. Cette perte est notamment explicable par l'environnement précaire de l'individu (pauvreté, précarité du lieu de vie, précarité psychologique, migration, handicap...). L'empowerment constitue la manière par laquelle le sujet va accroître ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle (Eisen, 1994; Rappaport, 1987). Pour Rappaport, il existe quatre dimensions qui, mises en interaction, définissent un processus d'empowerment : la participation (communautaire), la compétence (et le sentiment de cette compétence), l'estime de soi et la conscience critique (permettant une réévaluation des besoins et un processus dynamique).

La notion d'empowerment est également utilisée pour caractériser un processus communautaire promouvant le sentiment de compétence des membres de la communauté, en favorisant le regroupement, l'association, l'information, la production d'outils, de dynamiques (Hawley et McWhriter, 1991). A cet égard, le principe de la recherche-action participative constitue l'exemple le plus abouti et le plus diffusé de l'"empowerment communautaire" : "Recherche", car les besoins et ressources sont évalués rigoureusement, à

l'aide d'une méthodologie contrôlée et rigoureuse ; "Action", car toute recherche doit en elle-même générer des bénéfices pour la communauté ; "Participative", car cette recherche ne saurait se faire sans les représentants de la communauté (partage du leadership) et la participation de celle-ci (Greacen et Jouet, 2008).

5.3.5 La participation communautaire

La recherche de la participation des individus au développement de la santé communautaire constitue un dernier objectif du modèle communautaire. La psychologie communautaire s'efforce de promouvoir le sentiment d'influence et de compétence des individus sur les processus de leur communauté, le sentiment de contrôle sur leur environnement, et le sentiment d'utilité et de responsabilité. La participation permet de réduire le sentiment d'aliénation et d'anonymat (Wandersman et Florin, 2000). Elle est motivationnelle. Au niveau sanitaire, par exemple, on trouve ses applications dans les programmes d'action communautaire, au niveau local (participation aux programmes des structures de santé), ou politique (représentation des usagers, aménagement du territoire, mise en place d'actions de prévention) (Duhl, 1986; Katz, 1984; Palazzolo *et coll.*, 2005; Wandersman et Florin, 2000). L'impact de l'insertion sociale et de la participation fait aujourd'hui encore l'objet de très nombreuses recherches en psychologie sociale de la santé et de la santé mentale (Becker, McRone, et Thornicroft, 1998; Bruchon-Schweitzer, 2002; Chavis et Wandersman, 1990).

5.4 Psychologie communautaire, psychologie critique et actions de prévention précoce

Les recherches-action de prévention précoce en santé mentale de la périnatalité et de la petite enfance se sont développées dans le champ théorique de la psychologie communautaire, en Amérique du Nord dans les années 1970 (Olds *et coll.*, 1997b).

Les recherches *princeps* de Olds, dans les années 1970, ont ainsi permis au champ de la prévention en milieu communautaire de se développer, notamment aux Etats-Unis, où il n'existait pas de système de santé de droit commun pour les parturientes, les jeunes accouchées et leurs enfants.

L'idée de Olds était alors de faciliter l'engagement de ces jeunes parents dans des programmes d'intervention à domicile (i.e. dans la communauté), pour leur permettre de développer leurs compétences parentales, en étant soutenu par un professionnel de la petite enfance.

La première phase des actions communautaires en santé mentale périnatale venait donc de s'ouvrir et se pérenniser au travers des Etats-Unis (le programme *Nurse Family Partnership* de Olds fait désormais partie des systèmes de santé de nombreux états), ainsi que dans différents autres contextes internationaux.

L'importance portée à l'aspect "communautaire" de ces interventions tenait au fait que celles-ci prenaient place *dans* la communauté.

En Europe, la culture de la psychologie communautaire est marquée d'une histoire plus complexe, nourrie notamment des liens étroits et parfois conflictuels entre sociologues et psychologues.

La psychologie communautaire "européenne" est ainsi profondément influencée par les travaux de Foucault, Bonnafé, Laing, Basaglia, Goffmann et autres auteurs d'une génération marquée par une volonté de porter davantage de considération au déterminisme situationnel et social qu'au déterminisme psychique. On retrouve ainsi davantage de proximité entre cette école européenne de la psychologie communautaire et la psychologie critique qu'entre la psychologie communautaire "européenne" et la psychologie communautaire "nord-américaine".

Prilleltensky et Nelson (1997) ont décrit le mouvement de passage d'une psychologie communautaire à une psychologie critique. Pour les auteurs, la littérature en psychologie communautaire [en Amérique] a porté peu d'intérêt aux questions relatives "à l'action sociale, à l'accompagnement des minorités, aux changements sociaux, à la pauvreté, aux organisations luttant contre la pauvreté, à l'organisation communautaire, aux droits de l'Homme, au développement social et économique, aux politiques sociales [...] et bien plus d'attention est portée au développement des méthodologies de recherche qu'aux dimensions et aux dynamiques politiques de notre travail."

Mais le développement de la psychologie communautaire critique se heurte à ses limites d'application et les psychologues critiques exercent aujourd'hui davantage de pression auprès des milieux politiques que dans l'élaboration de programmes évalués d'intervention communautaire.

Cependant et bien que les programmes préventifs restent dans le champ d'une psychologie communautaire plus "traditionnelle", l'influence de la psychologie critique s'y fait ressentir : "les psychologues communautaires américains ont eu tendance à ignorer les aspects

socioéconomiques des problématiques sociales [...] seules des solutions psychologiques sont offertes, en s'attaquant d'abord au symptôme et non aux causes sous-jacentes des problématiques et le psychologue communautaire est alors maintenu dans un rôle inapproprié" (Laroche, 1979). Les programmes d'intervention précoce, "communautaire" de par leur inscription géographique (*in the community*) ont ainsi intégré une dimension "communautaire" sociologique, notamment en appuyant leurs interventions sur la communauté elle-même, en référence au modèle écologique de Bronfenbrenner (voir §5.3.3.). Les interventions préventives, fondées sur des techniques d'éducation pour la santé (adopter des comportements de santé, éviter la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse, aller régulièrement chez le médecin...) se sont donc modifiées et s'appuient désormais sur le développement des réseaux médicosociaux, sur la facilitation de l'accès aux études et à l'emploi, ainsi que sur l'entourage social des familles. Mais les psychologues communautaires travaillent également sur la sensibilisation des différents acteurs communautaires (élus, associatifs, institutionnels), reconnaissant l'importance d'actions intégrées, et qui ne peuvent avoir de pérennité que si elles sont associées au développement des ressources locales.

La psychologie communautaire, telle qu'elle se développe en Europe (et notamment en France grâce à l'héritage d'auteurs ayant cherché à questionner la place du psychologue dans la société) réunit toutes les conditions pour soutenir le développement d'actions préventives. Le retard dans le développement de telles initiatives en France tient à la méfiance des professionnels de la santé mentale face aux pratiques préventives. La crainte d'une tentative d'utilisation de ces pratiques à des fins normalisatrices (hygiénisme) s'est étendue à l'ensemble du champ de la prévention. Les théories communautaires semblent cependant être aujourd'hui en mesure de répondre à ce mouvement d'inquiétude, en assurant la spécificité des interventions (selon les communautés, les territoires) à travers leur modèle psycho-social, s'opposant à une logique médico-centrée.

Synthèse de la seconde partie

Le support social est une notion issue de la psychologie sociale, désormais intégrée dans les champs de la psychologie sociale de la santé, de la psychologie de la prévention et de la psychologie communautaire.

Les années 1970 ont permis de mettre en évidence que l'insertion sociale et le soutien social constituaient des ressources pour les individus. Tant sur la santé physique (et notamment les maladies coronariennes) que pour la santé mentale (principalement la dépression), des centaines de recherches ont montré que le soutien social perçu permettait de réduire l'impact des stress psychosociaux sur les critères sanitaires (*buffer effect*).

Comportant autant de variables sociales (insertion sociale, qualité du réseau social...) que psychologiques (attachement, modérations cognitives, soutien social perçu...), l'ensemble des notions et processus liés aux effets de l'environnement social sur la santé peut être rassemblé sous la terminologie de "support social", dont nous avons présenté une tentative de modélisation.

Les enjeux de santé publique et de santé communautaire ont amené les praticiens et les chercheurs à développer depuis une trentaine d'années des programmes d'interventions préventives, destinées, par des stratégies de promotion de la santé, à prévenir l'expression de troubles de santé mentale (dans leur acceptation la plus large), notamment chez les jeunes enfants.

Ces programmes reposent essentiellement sur la mise en place d'une relation de proximité entre des intervenants communautaires et de jeunes parents vulnérables (d'un point de vue psychosocial), relation supposée potentialiser le support social de ces individus fragilisés.

Cependant, l'état de la recherche ne permet pas à ces programmes de bénéficier de recommandations opérationnalisées concernant les effets du support social sur la santé mentale des jeunes mères et de leurs enfants. On a beaucoup décrit les effets du soutien social sur la prévention de la dépression post-natale. Mais il apparaît que la recherche actuelle est lacunaire pour l'élaboration de programmes préventifs basés sur des stratégies de promotion du support social. Il semble nécessaire de s'appuyer sur les travaux ayant tenté une distinction entre les différentes facettes du support social (réseau de soutien, soutien reçu, soutien perçu / financier, matériel, émotionnel, socialisation, valorisation, guidance) pour fournir des recommandations concrètes d'action, pour les programmes de prévention. Et notamment en période périnatale, où il a été montré que le support social constituait un facteur protecteur essentiel.

Conclusion et perspectives

Le concept de psychologie de la prévention s'implante peu à peu dans la culture psychologique française. Initiées dans les années d'après-guerre avec une vocation universelle, les actions de prévention ont été questionnées à la lumière des études épidémiologiques (dont celles de Caplan) des années 1970, mettant en lumière les disparités de santé et d'accès aux services de santé selon les milieux sociaux. Les professionnels de la santé mentale, exclusivement formés à la psychologie clinique (excluant l'environnement social de ses modèles explicatifs), n'ont pu se saisir de ces nouveaux objectifs et ont laissé le champ de la prévention être géré par des politiques fondées sur un modèle médicalisant.

Dans le champ de la périnatalité, la médicalisation croissante a permis de réduire la mortalité infantile par cinq. Cependant, elle a créé un écart important entre la prise en charge médicale de la grossesse et la "prise en charge" sociale des parturientes, reléguant celle-ci au second plan.

Le développement des études sur la santé mentale périnatale et ses conséquences sur le développement de l'enfant et des relations mère-bébé a mis en lumière l'importance du support social comme facteur protecteur de santé mentale. Chez les populations précaires, les troubles de santé mentale sont plus fréquents en période périnatale, l'environnement social pouvant ainsi agir comme facteur de vulnérabilité ou de protection de la santé.

On sait aujourd'hui que l'accumulation de facteurs de risque psychosociaux crée la vulnérabilité à la dépression post-natale. En revanche, il apparaît que la présence d'un réseau suffisamment aidant autour des jeunes parents permet d'agir par un "effet tampon" comme promoteur de santé mentale et facteur de protection de la dépression et de ses conséquences.

Les actions de prévention doivent donc prendre en compte ces nouvelles données, et passer d'une logique centrée sur l'individu à une logique écologique, environnementale. Mais il est pour cela nécessaire de mener davantage de recherches visant à opérationnaliser les recommandations encore trop générales des études en psychologie sociale.

Descriptives, elles ne proposent pas aux praticiens des moyens d'action concrets. Et en particulier pour ce qui a trait au support social. S'il est reconnu qu'il se décline en de multiples

composantes, on en sait encore peu concernant leur effet relatif sur la santé mentale, et plus spécifiquement chez des populations en situation de vulnérabilité.

L'objet de ce travail de doctorat sera d'apporter un éclairage théorique sur ces relations entre soutien social et santé mentale périnatale, auprès d'une population vulnérable, et de contribuer ainsi à ce corpus de données "opérationnelles", pour le développement des actions préventives et des recherches en psychologie communautaire et sociale de la santé.

PROTOCOLE EXPERIMENTAL

Chapitre 1- PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE : LES MODÉRATEURS RELATIONNELS DE LA SANTÉ MENTALE PÉRINATALE

1.1 Question et problématique de recherche

Le soutien social perçu constitue un facteur de protection face aux troubles psychiques, et notamment en période périnatale. Bien que labiles à cette période, les réseaux sociaux semblent constituer d'excellents prédictors (et protecteurs) de la santé mentale maternelle et infantile. Agir sur le support social constitue donc aujourd'hui une porte d'entrée pour les différentes entreprises de soutien communautaire, notamment chez des populations précarisées. Lorsque l'isolement ou le faible soutien social perçu s'associent à d'autres facteurs de vulnérabilité, l'émergence de difficultés psychosociales semble facilitée. La capacité individuelle à solliciter l'aide d'autrui face à un stress, comme la capacité à percevoir le soutien reçu comme bénéfique se construisent à partir des expériences relationnelles précoces (modèle de l'attachement), qui constituent à l'âge adulte un "méta-modèle" des relations sociales. Mais ce méta-modèle n'est plus perçu comme atavique (Green et coll., 2007), et des programmes d'intervention communautaire sont désormais menés pour soutenir les capacités des personnes vulnérables et isolées à développer des réseaux de soutien de qualité et à s'inscrire dans des systèmes sociaux dont on postule l'impact positif sur la santé mentale. Cependant, les mécanismes par lesquels le support social, dans ses différentes composantes, peut agir sur l'autonomisation et la santé mentale reste encore peu étudié. De plus, l'élaboration de programmes s'appuyant sur les réseaux sociaux pour promouvoir la santé mentale requiert des outils adaptés et spécifiques, développés sur la base de travaux scientifiques. Cette littérature est aujourd'hui lacunaire.

L'objet de ce travail s'inscrit d'une part dans le champ de la psychologie sociale de la santé, en tenant d'apporter un éclairage sur les interactions entre support social et santé mentale périnatale auprès d'une population vulnérable, et d'autre part dans le champ de la psychologie communautaire, en cherchant à produire des recommandations pour les interventions de promotion de l'inclusion sociale, dans une visée de promotion de la santé mentale.

➔ Il tentera de répondre à la problématique suivante : "Quelles sont les modalités d'impact des différentes formes du support social sur les composantes de la santé mentale périnatale ? "

1.2 Hypothèses de recherche

L'objet de cette recherche est de mettre en évidence les variables liées au support social venant modérer les effets délétères d'un environnement psychosocial précaire sur la santé mentale périnatale.

Ces variables et leurs interactions pourront alors constituer des leviers pour les interventions communautaires visant à promouvoir la santé des jeunes mères et de leurs enfants.

L'hypothèse principale de notre travail sera la suivante :

Il existe une variabilité de l'impact du support social sur la santé mentale périnatale, en fonction du type de support social engagé (matériel, guidance, émotionnel, valorisation, socialisation).

Cette hypothèse vise donc à élaborer un modèle intégratif du support social en périnatalité, en soulignant les différentes modalités d'impact de variables qui sont aujourd'hui trop souvent traitées de manière agrégée dans la littérature (sous le vocable de "soutien social"). Les résultats liés au test de cette hypothèse et de ce modèle viendront mettre en évidence les différents leviers à destination des professionnels de la prévention, en santé mentale périnatale.

L'hypothèse de travail se déclinera en 5 sous-hypothèses :

Hypothèse A

Le support social émotionnel a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale :

Hypothèse A1 : Les femmes se déclarant émotionnellement soutenues en période prénatale présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant.

Hypothèse A2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant émotionnellement soutenues voient leur dépression se résorber. Le soutien émotionnel joue un rôle tampon sur la dépression.

Hypothèse A3 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le stress parental, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre dans des conditions de stress.

Hypothèse A4 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement insécure.

Hypothèse B

Le support social matériel n'a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale que chez les femmes déclarant n'avoir pas les revenus suffisants pour répondre à leurs besoins fondamentaux.

Hypothèse C

Le support social informatif a un effet indirect sur la prévention de la dépression post-natale, via la promotion du sentiment de compétence parentale.

Hypothèse C1 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en prénatal présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.

Hypothèse C2 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en prénatal présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui ne se vérifie qu'en incluant la variable "sentiment de compétence parentale" dans l'équation.

Hypothèse D

Le support social de valorisation a un effet direct ET indirect sur la prévention de la dépression post-natale.

Hypothèse D1 : Les femmes se déclarant informativement soutenues présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.

Hypothèse D2 : Les femmes se déclarant informativement soutenues présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui se vérifie aussi bien en incluant la variable "sentiment de compétences parentales" dans l'équation qu'en l'absence de cette variable.

Hypothèse E

Le support social de socialisation a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale :

Hypothèse E1 : Les femmes se déclarant socialement entourées en période prénatale présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant.

Hypothèse E2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant socialement entourées voient leur dépression se résorber.

Hypothèse E3 : L'hypothèse E2 ne se vérifie plus pour les femmes présentant un niveau de stress parental élevé.

Hypothèse E4 : L'hypothèse E2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social de socialisation est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement distant.

Chapitre 2 - MÉTHODOLOGIE

Ce travail de doctorat s'inscrit dans un programme de recherche plus large : le projet CAPEDP^a, recherche dont le doctorant est le chef de projet.

La méthodologie de base de ce projet a donc servi de fondation à la méthodologie spécifique de ce travail de doctorat, en tenant compte de la logistique, des outils disponibles et des sujets recrutés. La méthodologie du projet CAPEDP, réalisée par le comité de pilotage de la recherche et le doctorant sera détaillée dans cette partie. Les particularités du travail de doctorat étant ensuite spécifiées.

3.5 *L'étude CAPEDP*

Le projet CAPEDP a pour but d'évaluer l'impact dans un contexte urbain français d'une intervention visant à la réduction des risques de troubles relationnels précoces et de troubles psychosociaux de la petite enfance et à promouvoir les facteurs de résilience de la famille (insertion sociale, alliance thérapeutique, sécurité de l'attachement). 440 mères ont été recrutées en maternité et randomisées en deux bras. Le premier bénéficiait des soins communautaires habituellement dispensés et rencontrait une évaluatrice à 6 reprises. Le second bras bénéficiait en plus de visites à domicile mises en place dans l'objectif de renforcer les compétences parentales et le sentiment de compétence parentale, d'optimiser leur lien avec les services sanitaires et sociaux (PMI, crèches, bureaux d'aide sociale...) et de réduire les facteurs de vulnérabilité psychosociale modifiables. Ce suivi à domicile cessait au

^a "Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience". Ce projet, financé par le Programme Hospitalier de Recherche Clinique 2005 (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, DHOS) ainsi que par l'Institut National pour la Promotion et l'Education à la Santé (INPES), est réalisé conjointement par :

- Le 10^e secteur de pédopsychiatrie de Paris (Pr Guédénéy),
- Le laboratoire de recherche de l'établissement public de santé Maison-Blanche (M. Tim Greacen), établissement de rattachement du doctorant, chef de projet de cette recherche CAPEDP,
- le service de biostatistique de l'hôpital Bichat-Claude Bernard (Pr Ravaud, Dr Tubach),
- les maternités des hôpitaux Louis-Mourier (Pr Mandelbrot), Robert-Debré (Pr Oury) Bichat-Claude-Bernard (Pr Mahieu-Caputo), Beaujon (Pr Luton), Saint-Antoine (Pr Carbonne), Pitié-Salpêtrière (Pr Dommergues), Tenon (Pr Uzan), Lariboisière (Pr Barranger), Trousseau (Pr Bénifla), Jean-Rostand (Dr Pathier).

24^e mois de l'enfant. Les sujets de ce second bras étaient également rencontrés à 6 reprises par les évaluatrices de l'intervention.

3.5.1 Objectifs de recherche

3.5.1.1 Objectifs primaires

L'objectif de CAPEDP était donc d'évaluer l'impact d'un programme de prévention des troubles psychologiques et de promotion de la santé mentale en termes de :

- dépression post-natale,
- compétences parentales,
- troubles psychologiques de l'enfant : les troubles externalisés, repérables à 24 mois, et le retrait relationnel, repérable à 18 mois.

Ces critères de jugement principaux sont des éléments prédictifs majeurs de l'efficacité de l'intervention à plus long terme chez l'enfant et l'adolescent (Olds *et coll.*, 1997a).

3.5.1.2 Objectifs secondaires

Evaluer l'impact de cette intervention ciblée de prévention par rapport aux soins usuels, sur :

- la qualité de l'attachement de l'enfant,
- la compréhension et l'utilisation adéquate du système sanitaire, éducatif et social,
- le réseau social et le soutien social perçu par les mères,
- le sentiment de compétence parentale,
- le développement psychomoteur de l'enfant,
- les connaissances sur le développement de l'enfant,
- le stress parental,
- l'inscription sociale de la mère en termes d'activité éducative et professionnelle.
- L'adhésion au programme de prévention ainsi que la création d'une alliance thérapeutique de qualité ont aussi été évaluées pour le groupe bénéficiant de l'intervention.

3.5.2 Plan expérimental

Il s'agit d'un essai d'intervention randomisé en deux bras parallèles, ouvert et utilisant la méthodologie PROBE (*Prospective Randomized Open Blinded Endpoint study* : ni le sujet ni l'intervenant ne sont en aveugle du bras de randomisation, mais celui qui recueille le critère de jugement est en aveugle). Les essais randomisés restent à ce jour la méthode la plus rigoureuse pour déterminer une relation de cause à effet entre une intervention et les résultats observés chez les sujets. Eux seuls peuvent fournir une évaluation non biaisée de l'effet de cette intervention, la randomisation ayant pour effet de supprimer toute influence du sujet ou du médecin sur l'attribution de l'intervention et donc de ne pas orienter la sélection des sujets en fonction de l'intervention qu'ils vont recevoir.

3.5.2.1 Randomisation

La randomisation a été centralisée par fax (Unité de Recherche clinique Paris Nord) ; la liste de randomisation par centre a été générée aléatoirement par ordinateur.

3.5.2.2 Critères de sélection des personnes

3.5.2.2.1 Critères d'inclusion

Au contraire des programmes "universels" de prévention et de promotion de la santé (concernant la totalité d'un groupe d'âge, et avec des objectifs généralistes), la réussite en termes de coût-efficacité d'un programme de prévention des troubles psychosociaux et de promotion de la santé mentale dépend du ciblage des populations vulnérables (Cox, 1993).

Ont ainsi été incluses consécutivement les femmes se présentant dans les maternités participant à l'étude, acceptant de participer à la recherche (voir formulaires de consentement en annexe 6) et remplissant les critères suivants :

- domiciliées dans la zone d'intervention (voir annexe 10),
- parlant suffisamment le français pour donner un consentement valide, bénéficier de l'intervention et répondre aux évaluations,
- jeunes (< 26 ans),
- nullipares (allant accoucher de leur premier enfant),

- enceintes de moins de 27 semaines d'aménorrhée au moment de la première rencontre à domicile,
- affiliée à un régime de sécurité social,
- et...
 - o ayant un niveau d'éducation inférieur à 12 années d'études (i.e < niveau bac),

ET/OU

- o déclarant qu'elles élèveront l'enfant sans le père de celui-ci (défini par une question standardisée),

ET/OU

- o bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale de l'Etat.

3.5.2.2.2 Critères de non inclusion

- femme dont le suivi est à priori impossible (gens du voyage non sédentarisés, réfugiés en transit, etc.),
- femme recevant un suivi soutenu pour une autre raison, telle qu'une pathologie nécessitant une prise en charge lourde : déficience ou maladie mentale, toxicomanie, maladie somatique avec suivi fréquent. En effet, l'inscription médico-sociale et la création d'une alliance thérapeutique étant un des objectifs principaux de l'intervention, une inscription médico-sociale déjà existante pour une autre raison aurait introduit un biais important ; certaines de ces populations sont par ailleurs déjà ciblées dans la zone d'étude dans des programmes spécifiques (mères toxicomanes, mères présentant des troubles psychiatriques),
- refus de consentement.

3.5.2.3 Mode de recrutement

Dix maternités ont accepté de participer au protocole de recherche, dans les hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris : Beaujon (Clichy-la-Garenne), Louis-Mourier (Colombes), Bichat (Paris), Robert-Debré (Paris), Lariboisière (Paris), Tenon (Paris), Trousseau (Paris), Pitié-Salpêtrière (Paris), Saint-Antoine (Paris), Jean-Rostand (Ivry-sur-Seine).

Les intervenantes de l'équipe de recherche procédaient au repérage systématique des parturientes validant les critères d'inclusion. Elles prenaient alors contact avec elles lors d'un rendez-vous en consultation d'obstétrique, pour leur présenter le projet de recherche. Dans le cas où la parturiente acceptait de participer, le formulaire de consentement était alors rempli et signé avec le gynécologue-obstétricien, investigateur de CAPEDP dans les centres référents.

3.5.2.4 *Consentement*

Le consentement de la mère a été recueilli par les gynécologues-obstétriciens entre 12^e et la 27^e semaine d'aménorrhée après qu'une information sur l'étude avait été donnée par une intervenante du projet. Après la naissance de l'enfant, le consentement des deux titulaires de l'exercice de l'autorité parentale était recherché pour la participation de l'enfant à la recherche (annexe 6). Pour les femmes mineures, le consentement devait également être signé par les deux détenteurs de l'autorité parentale, sauf dans le cas de femmes mineures émancipées (femmes mariées ou déclarées émancipées par le juge des tutelles (annexe 6). Dans le cas où une femme acceptait la participation à l'étude, mais le co-détenteur de l'autorité parentale la refusait pour son enfant, la femme était suivie pour l'évaluation des critères de jugement la concernant.

3.5.2.5 *Déroulement de la recherche*

La première prise de contact avait lieu pour l'ensemble des sujets dans le contexte de leur consultation en maternité, par les intervenantes à domicile. L'identification des critères d'inclusion était réalisée sur la base des informations contenues dans le dossier de la parturiente (âge et parité, principalement). L'intervenante prenait ensuite contact avec la parturiente soit en salle d'attente de la maternité, soit par téléphone, si la personne n'était pas venue à son rendez-vous, ou si ce rendez-vous avait lieu après la 27^e semaine d'aménorrhée (critère d'inclusion). La parturiente pouvait accepter le projet dès cette première rencontre et signer le formulaire de consentement. Lorsque le conjoint n'était pas présent en consultation de maternité, la jeune femme était invitée à aborder la question avec lui (une présentation écrite de la recherche était fournie), avant de donner un avis positif.

Dans le cas où le premier contact était réalisé par voie téléphonique, un rendez-vous spécifique était proposée à la parturiente pour qu'un membre de l'équipe de recherche lui présente le projet à la maternité.

La randomisation étant réalisée quelques heures après l'inclusion, la participante était recontactée dans les jours suivant la première rencontre par l'intervenante ayant réalisé l'inclusion, pour que cette dernière lui fasse part du bras auquel la randomisation l'avait affectée et du nom de la prochaine personne (l'évaluatrice) qui prendrait contact avec elle.

L'évaluatrice prenait contact par téléphone avec la parturiente vers la 26^e semaine d'aménorrhée pour un rendez-vous lors de la 27^e semaine. Ce premier rendez-vous constituait ainsi la première prise de contact à domicile pour la famille participant, avec l'équipe CAPEDP.

L'évaluatrice fonctionnant en aveugle du bras de randomisation, le contact suivant, pour les femmes du bras "intervention" était réalisé rapidement après la visite d'évaluation par l'intervenante en charge du suivi.

L'évaluatrice prenait par la suite contact avec l'ensemble des familles :

- A l'accouchement, pour prendre des nouvelles de la jeune mère et du bébé,
- Pour la visite du 3^e mois de l'enfant (elle apportait alors une peluche en guise de cadeau de bienvenue à l'enfant),
- Pour la visite du 6^e mois de l'enfant,
- Pour la visite du 12^e mois de l'enfant,
- Pour la visite du 18^e mois de l'enfant,
- Pour la visite du 24^e mois de l'enfant.

3.5.3 Evaluation

3.5.3.1 Les évaluatrices de l'intervention

Dans le cadre du financement du projet CAPEDP, six psychologues cliniciennes ont pu être recrutées pour réaliser les visites à domicile d'évaluations. Les évaluatrices ont reçu une formation de deux semaines sur le projet, ses enjeux, puis sur le protocole d'évaluation, les outils et la manière d'administrer chaque outil. La formation était assurée par le chef de projet, sous la responsabilité de la méthodologiste de la recherche. Plusieurs sessions de jeux de rôle ont permis de tester la capacité des évaluatrices à administrer le protocole d'évaluation. Un compte rendu de chaque visite à domicile était par la suite demandé. Les

évaluatrices ont également bénéficié de plusieurs supervisions : une supervision individuelle bimensuelle et une supervision groupale mensuelle, sur l'ensemble de la durée du projet.

3.5.3.2 Critères de jugement principaux CAPEDP

- La survenue d'une dépression post-natale : le diagnostic était défini par un score de l'*Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS)*.
- L'acquisition des compétences parentales : le critère de jugement était l'échelle *Home Observation for the Measurement of the Environment (HOME)*.
- La prévalence des troubles de santé mentale de l'enfant : le critère de jugement était la *Child Behavior Checklist (CBCL)*.

3.5.3.3 Critères de jugements secondaires

- la connaissance et l'utilisation du système sanitaire, éducatif et social étaient évaluées par le *Questionnaire sur les services médico-sociaux (SERVICES)*.
- les connaissances sur le développement de l'enfant : le critère de jugement était le *Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI)*.
- le réseau social et le soutien social perçu par les mères : *Questionnaire des réseaux et de soutien social (QSS)*.
- le sentiment de compétence parentale : le critère de jugement était l'*Echelle des cognitions et conduites parentales (PACOTIS)*.
- le développement psychomoteur de l'enfant : le critère de jugement était le *Brunet-Lézine Révisé (BL-R)*.
- le retrait et les symptômes de détresse psychologique chez l'enfant à 18 mois : le critère de jugement était l'*Echelle d'Alarme Détresse Bébé (ADBB)*.
- le stress parental : le critère de jugement était le *Parental Stress Inventory (PSI)*.
- les symptômes de troubles psychologiques chez la mère : *Symptom Check-List (SCL-90)*.
- l'inscription sociale de la mère en termes de formation et d'activité professionnelle : le critère de jugement était le *Questionnaire sociodémographique de santé*.
- l'alliance de travail entre intervenante et mère (pour le groupe intervention) : les critères de jugement étaient le *Working Alliance Inventory (WAI)* et l'adhésion au programme.

- l'attachement de la mère : *Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ)*.
- l'attachement de l'enfant : *Attachement Q-Sort (AQS)*.

3.5.4 Suivi des sujets

L'évaluation avait lieu au cours d'un entretien spécifique avec une évaluatrice de l'équipe de recherche, à l'inclusion (27^e semaine d'aménorrhée), puis à 3, 6, 12, 18 et 24 mois après l'accouchement. Par ailleurs, des données médicales périnatales étaient recueillies à partir du dossier médical.

3.5.5 Validation de la recherche par les comités éthiques

Le projet CAPEDP a été soumis et a obtenu les accords favorables des comités d'éthique :

- Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS), le 2 juin 2006,
- Comité de Protection des Personnes de Paris Saint-Louis (CPP, ex-CCPPRB), le 4 juillet 2006,
- Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), le 7 novembre 2006.

3.6 Spécificités du travail de doctorat

3.6.1 Rappel de la problématique et des hypothèses

CAPEDP constitue la première recherche française évaluant les effets d'un programme de promotion précoce de la santé mentale. Si le paradigme de l'intervention par visites à domicile a été mis en place dès les années 1960, et notamment grâce aux travaux de David Olds, les mécanismes favorisant la santé mentale périnatale sur lesquels les programmes d'intervention préventive pourraient s'appuyer n'ont été que peu étudiés (Olds, 2006). Et plus particulièrement en ce qui concerne l'effet du réseau relationnel et social des jeunes mères. De manière générale, s'il est couramment admis que la présence d'un réseau social agit en faveur de la santé mentale, la description des mécanismes mis en jeu est très lacunaire et dommageable pour les programmes d'intervention. Enfin, les indicateurs de la "santé mentale" sont aujourd'hui très discutables, au regard des définitions de cette notion dorénavant acceptées (voir revue de la littérature, §5.3.2).

L'objet de ce travail de doctorat s'inscrit dans cette perspective et souhaite questionner les mécanismes des déterminants relationnels et sociaux de la santé mentale périnatale. En s'appuyant sur une définition de la "santé mentale" et du "support social" définies plus haut, nous tenterons de répondre à la problématique suivante :

"Quelles sont les modalités d'impact des différentes formes de support social sur la santé mentale périnatale ? "

L'hypothèse principale de notre travail sera la suivante : "Il existe une variabilité de l'impact du support social sur la santé mentale périnatale, en fonction du type de support social engagé (matériel, guidance, émotionnel, valorisation, socialisation)" et se déclinera en 5 sous-hypothèses :

Hypothèse A : Le support social émotionnel a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale,

Hypothèse B : Le support social matériel n'a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale que chez les femmes déclarant n'avoir pas les revenus suffisants pour répondre à leurs besoins fondamentaux,

Hypothèse C : Le support social informatif a un effet indirect sur la prévention de la dépression post-natale, via la promotion du sentiment de compétences parentales,

Hypothèse D : Le support social de valorisation a un effet direct ET indirect sur la prévention de la dépression post-natale,

Hypothèse E : Le support social de socialisation a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale.

3.6.2 Méthodologie

3.6.2.1 Sujets

Dans le cadre de l'étude CAPEDP, 440 femmes ont été recrutées en 26 mois (décembre 2006-février 2009), dans des maternités de la zone d'étude. Elles ont été randomisées en deux bras, l'un bénéficiant des "soins comme d'habitude", l'autre bénéficiant d'une intervention par des visites à domicile. Lors de ce travail, seules les données des sujets du bras "soins comme d'habitude" ont été traitées. Il ne s'agit pas en effet de tester la validité d'un programme d'intervention, mais de mettre en valeur les mécanismes relationnels en jeu, auprès d'une population vulnérable, et dans un contexte "naturaliste".

3.6.2.2 Outils de l'évaluation, hors support social

Parmi les outils du projet CAPEDP, nous avons retenus les outils suivants pour le test de nos hypothèses :

Pour les variables sociodémographiques : le Questionnaire socio-démographique et de santé

Ce questionnaire est inspiré du modèle utilisé par l'Etude Longitudinale sur le Développement des Enfants du Québec (ELDEQ) (Thibault, Jetté, et Derosiers, 2001) et a été adapté pour les objectifs de la recherche CAPEDP. Il a permis de recueillir des informations portant notamment sur :

- L'âge,
- Le statut socio-économique,
- Le statut marital,
- Le niveau d'éducation,
- Le désir de grossesse,
- Les évènements de vie,
- La migration.

Pour la variable "dépression post-natale" : l'Edinburgh Post-partum Depression Scale (EPDS) (Cox, Holden, et Sagovsky, 1987)

Cette échelle, habituellement administrée en auto-questionnaire (Cox et coll., 1987) est la plus utilisée pour le dépistage de la dépression en post-partum. Conçue spécialement pour cette période, l'EPDS a été traduite et validée en France (Guédeney et Fermanian, 1998; Guédeney *et coll.*, 1995) comme dans de nombreux autres pays. De passation très courte (10 items, avec réponse en échelle de Likert en 4 points), l'EPDS est très fréquemment utilisée dans les études épidémiologiques. Ce n'est pas un outil diagnostique de la dépression mais, cette échelle est reconnue comme fiable pour en estimer la prévalence (Evans et coll., 2001). Le seuil reconnu comme pertinent pour identifier les dépressions en postnatal dans la validation française est ≥ 11 . Bien que spécifique au repérage de la dépression du post-partum, cette échelle a également été reconnue efficace dans le dépistage des états dépressifs en pré-partum (Adouard, Glangeaud-Freudenthal, et Golse, 2005; Cox et Holden, 1994; Evans et coll., 2001; Murray et Cox, 1990). Le seuil pertinent alors, toujours en France, est de > 11 en prénatal et de > 12 en postnatal (Adouard *et coll.*, 2005).

→ Donnée recueillie : variable continue (score), de 0 à 30

Pour la variable "sentiment de compétences parentales" : la Parental Cognitions and Conduct Toward the Infant Scale (Pacotis) (Boivin *et coll.*, 2005)

Cette échelle (Boivin *et coll.*, 2005; Vitaro *et coll.*, 2006) évalue les perceptions des parents concernant leurs comportements à l'égard de leur enfant. Elle témoigne de leur sentiment de compétence et de leur investissement auprès de leur nouveau-né. C'est une échelle en langue française, utilisée au Québec. Elle comprend trois sous-échelles pour 17 items : une échelle portant sur le sentiment de compétence parentale (5 items), une échelle de perception d'impact parental (5 items) et, enfin, une échelle dite de coercition parentale (7 items). Chacun des items est coté de 0 à 10. Plus le score est élevé, plus les troubles sont importants. L'échelle de sentiment de compétence parentale reflète la perception du parent de sa capacité à assimiler les tâches qu'incombe le rôle de parent.

L'échelle de perception d'impact parental reflète l'évaluation du parent de l'effet de son comportement sur le développement de l'enfant.

L'échelle de coercition parentale reflète les réponses hostiles et coercitives aux comportements difficiles du bébé.

→ Données recueillies : trois sous-échelles, donnant trois variables continues (scores) :

- sentiment de compétence parentale (0-50)
- perception d'impact parental (0-50)
- coercition parentale (0-70)

Nous n'utiliserons ici que l'échelle " sentiment de compétence parentale"

Pour la variable "stress parental" : le Parental Stress Inventory (PSI) (Abidin et Wilfong, 1989)

Le Parenting Stress Index est un instrument destiné au dépistage des attitudes parentales pouvant constituer des facteurs de risque de développement de troubles émotionnels et du développement chez le jeune enfant (Abidin et Wilfong, 1989; Armstrong *et coll.*, 2000; Haskett *et coll.*, 2006; Ostberg, 1998; Tarabulsky *et coll.*, 2008). L'utilisation du PSI est généralement recommandée pour les cliniciens de première ligne, dans une visée de dépistage préventif. C'est un questionnaire à 36 items avec 3 sous-échelles : l'échelle « d'interaction dysfonctionnelle parent-enfant » qui reflète la capacité de l'enfant à répondre aux attentes des parents, l'échelle de « stress parental » qui reflète le stress expérimenté en tant que parent (« *je me sens coincée par mes responsabilités de parent* », « *j'ai souvent l'impression que je*

ne peux pas très bien m'occuper de mes tâches quotidiennes », « *depuis que j'ai un enfant, j'ai l'impression que ce n'est que très rarement que j'ai la possibilité de faire les choses que j'aime* ») et l'échelle « enfant difficile » qui reflète les caractéristiques comportementales de l'enfant . Nous ne traiterons, ici que de la sous-échelle de stress parental (12 items avec échelle de Likert en 5 points).

→ Donnée recueillie : variable continue (score), de 0 à 60

Pour la variable "style d'attachement" : le Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ) (Bifulco *et coll.*, 2003)

Ce questionnaire (Bifulco *et coll.*, 2003) vise à décrire les stratégies d'attachement d'un individu adulte et plus particulièrement le degré d'insécurité de l'attachement par le biais d'une courte évaluation par un questionnaire à 22 items et dont les scores sont projetés sur deux axes : l'un dit de « sécurité/insécurité », l'autre de « proximité/distance. Chaque item est coté de 1 à 5, le score de chaque sous échelle et le score global se calculent en faisant la somme de la cotation de l'ensemble des items concernés. Le VASQ est en cours de validation, pour la version française, dans le cadre de cette étude comparativement à l'Attachment Style Interview (ASI). Afin de vérifier la cohérence interne du VASQ, nous avons calculé le Coefficient de Cronbach ($\alpha = 0.6815$) qui est satisfaisant.

→ Données recueillies : deux sous-échelles, deux variables continues (scores) :

- score de sécurité (11-55)
- score de proximité (11-55)

3.6.2.3 Outil de mesure du support social

3.6.2.3.1 Choix du modèle et de l'outil

Le Questionnaire des réseaux et de soutien social (QSS) est un instrument d'évaluation élaboré pour la recherche CAPEDEP, à partir du modèle en 6 facteurs de soutien social de Barrera (1981, voir §3.4 de la revue de littérature) du format de l'échelle SSR de Vaux (Vaux et Harrison, 1985).

Le choix de ne pas utiliser sur les questionnaires de Barrera (Barrera *et coll.*, 1981) ou de Sarason (Sarason *et coll.*, 1983) était justifié :

- d'une part par le temps disponible pour effectuer une mesure intégrative du support social (réseau de soutien social, soutien social reçu, soutien social perçu), qui permettait d'utiliser un outil assez long de passation et d'autre part,
- par les caractéristiques de notre population. Une grande partie des participantes au protocole CAPEDP était en effet recrutée sur le critère d'inclusion "moins de 12 années d'études". De ce fait, l'ensemble du protocole CAPEDP a été proposé en hétéroévaluation (voir §2.2.2.3). Le format du questionnaire de Vaux est réalisé pour que la passation puisse être proposée en auto ou en hétéroévaluation, et correspondait ainsi mieux à l'évaluation recherchée pour CAPEDP.

Le questionnaire final pourrait être rapproché du questionnaire QSSP de Bruchon-Schweitzer (2002), validé en France. Ce questionnaire, dont nous n'avons pas connaissance au moment de l'édition du cahier d'observation, n'a donc pas pu être utilisé pour le protocole CAPEDP.

Le questionnaire SSR de Vaux repose sur le modèle de soutien social en six facteurs de Barrera (Barrera, 1981), mais n'inclut pas la dimension de guidance/conseils (voir §3.4 de la revue de littérature). Le questionnaire comporte donc cinq dimensions. Le SSR a été vérifié auprès d'un échantillon de 98 personnes. La fidélité se traduit par des indices de corrélation test-retest variant de 0,46 à 0,72 selon l'aspect mesuré (intervalle de six semaines). La consistance interne du SSR évaluée à l'aide du coefficient alpha de Cronbach est de 0,76 (Vaux et Harrisson, 1985).

3.6.2.3.2 Adaptation du questionnaire

Les échelles ont été directement fournies par l'auteur (janvier 2006) puis, après vérification de l'absence d'une traduction française, ont fait l'objet d'une procédure de traduction telle qu'elle est recommandée pour l'utilisation d'outils psychométriques (Organisation Mondiale de la Santé, 2008) :

- traduction de l'anglais au français, par le doctorant,
- traduction retour, de l'anglais au français, réalisée par deux professionnels anglophones,
- élaboration d'une version consensuelle entre les deux professionnels et le doctorant,
- étude pilote de faisabilité auprès d'une population témoin (5 jeunes femmes de 20 à 30 ans) et de la population cible (2 parturientes éligibles, rencontrées en maternité, en août 2006),
- apport de modifications (pour clarifier les consignes, notamment)

- élaboration de la version traduite finale (annexe 7).

Puis, nous avons choisi d'adapter l'instruments aux besoins de notre protocole de recherche :

- La passation intégrale de l'échelle SSR nécessite en effet près d'une heure. Nous avons donc choisi de ne pas prendre en compte les items relatifs à la description de chaque personne citée (sections A à I du questionnaire).
- Par ailleurs, la restriction à 10 personnes pour chaque section du support social investigué nous paraissant limitative, nous avons choisi de supprimer ce seuil.
- Nous avons choisi d'ajouter aux dimensions de support social proposées la dimension "valorisation", afin que notre modèle corresponde au modèle théorique de Barrera concernant le soutien social (1986).
- Par demande du comité de pilotage de la recherche (nécessité de réduire le temps de passation), nous avons supprimé la dimension "support social financier". Le modèle final est ainsi un modèle à 5 dimensions, reposant sur la théorie de catégorisation de Barrera (initialement à 6 dimensions).
- Enfin, nous avons choisi de distinguer la satisfaction à l'égard du soutien reçu par la mère et le conjoint de la participante, compte tenu de l'impact reconnu de ces deux sources de soutien social, en période périnatale.

Nous avons au final choisi de ne pas conserver l'appellation SSR et avons renommé notre Questionnaire de Soutien Social QSS.

3.6.2.3.3 Validité de l'outil

Nous n'avons pas réalisé d'analyses factorielles testant les dimensions de ce "nouvel" outil, auquel nous pouvons attribuer les caractéristiques métrologiques des outils SSR et ASSIS (voir ci-dessous).

La validité de ce modèle, sous-tendant notre travail, a été largement référencée. Et notamment par Barrera lui-même, qui a développé le Arizona Social Support interview Schedule (ASSIS) (voir revue de littérature, §3.9.3). L'ASSIS est un instrument très proche de la version finale du QSS de CAPEDP, ainsi que du SSR de Vaux. L'ASSIS identifie le support social sur les dimensions suivantes : aide matérielle, assistance physique, interaction intime, conseils, rétroaction et participation sociale. Pour chacun de ces six types de support, on demande au répondant d'identifier les personnes qui seraient susceptibles d'apporter une aide (ex.: " Si

vous aviez besoin de quelque chose de matériel, quelles personnes pourraient vous aider ?"). On demande ensuite au répondant s'il a reçu ce type de soutien au cours du dernier mois ; dans l'affirmative, il doit indiquer son degré de satisfaction relatif à ce soutien (Beauregard et Dumond, 1996). Il est aussi demandé au répondant d'identifier les personnes avec lesquelles il a eu des interactions conflictuelles (ou non plaisantes). Finalement, les répondants doivent donner certaines informations sur les caractéristiques des membres du réseau (conjoint, parents, fratrie, amis, voisins, enseignant, médecin, conseillers, etc.).

L'ASSIS a été traduit en français et validé auprès d'une population québécoise (Lepage, 1984). Les résultats de ces analyses (α de Cronbach) ont démontré une consistance interne élevée pour l'ensemble des sous-échelles de l'ASSIS alors que les valeurs obtenues variaient de 0,81 à 0,86.

La synthèse de l'édition du QSS-CAPEDP est présentée sur la figure 8.

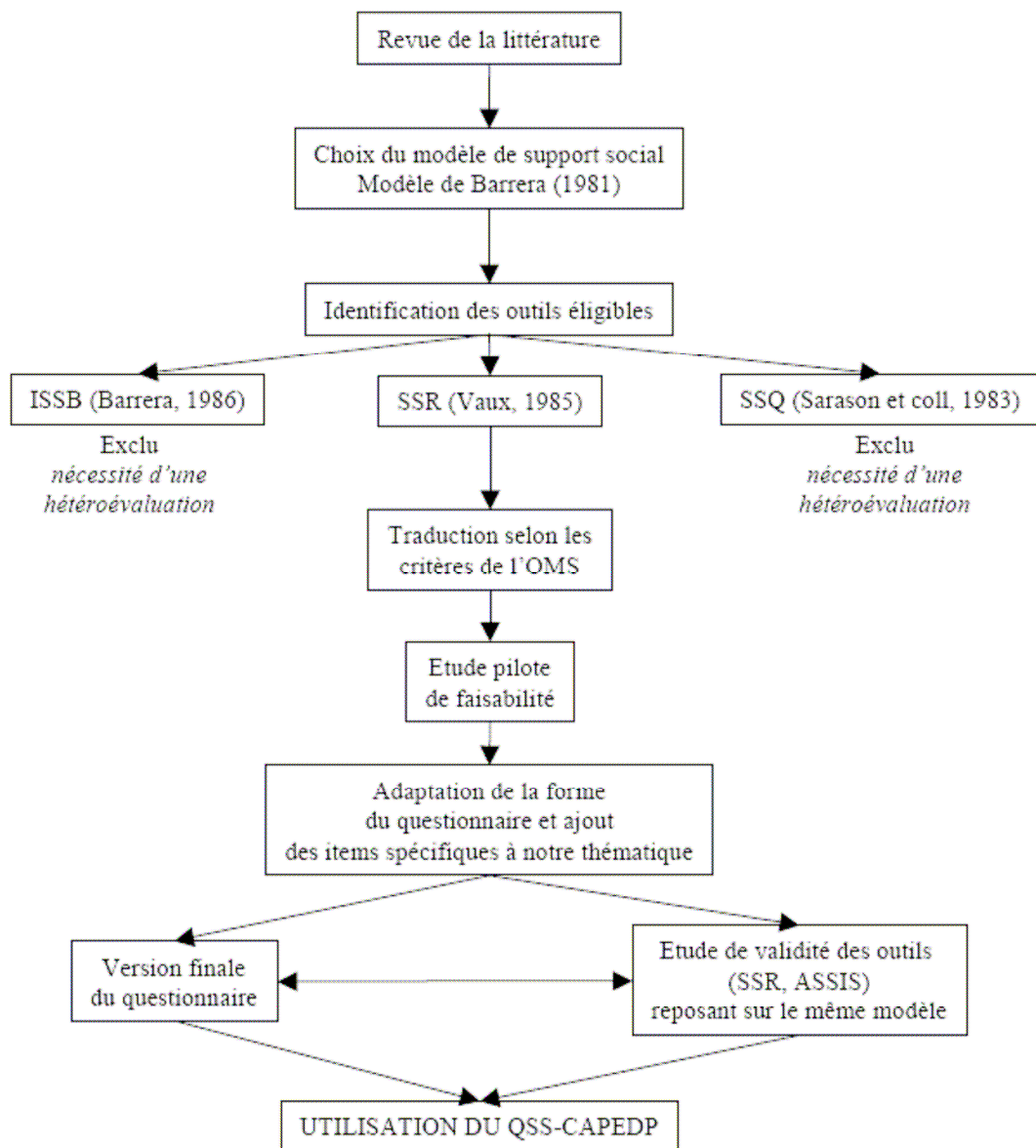


Figure 7 : Synthèse de la méthodologie d'édition du QSS-CAPEDP

3.6.2.3.4 Description de l'outil utilisé

Le QSS de CAPEDP (annexe 8) comporte donc 3 parties :

- évaluation du réseau de soutien social,
- évaluation du soutien social reçu,
- évaluation du soutien social perçu,
 - o de manière globale,
 - o spécifiquement par rapport à la mère de la participante,
 - o spécifiquement par rapport au conjoint de la participante.

Ces 3 parties étant déclinées pour les 5 aspects retenus du soutien social :

- soutien émotionnel,
- guidance/conseils,
- soutien matériel,
- valorisation,
- socialisation.

→ Données recueillies : 26 variables continues (scores) :

- réseau de soutien social (RSS) émotionnel (0-∞),
- soutien social reçu (SSR) émotionnel (0-∞),
- soutien social perçu (SSP) émotionnel
 - o a) global (0-6),
 - o b) de la mère (0-6),
 - o c) du conjoint (0-6),
- RSS "guidance/conseils" (0-∞),
- SSR "guidance/conseils" (0-∞),
- SSP "guidance/conseils"
 - o a) global (0-6),
 - o b) de la mère (0-6),
 - o c) du conjoint (0-6),
- RSS matériel (0-∞),
- SSR matériel (0-∞),
- SSP matériel

- a) global (0-6),
- b) de la mère (0-6),
- c) du conjoint (0-6),
- RSS valorisation (0-∞),
- SSR valorisation (0-∞),
- SSP valorisation
 - a) global (0-6),
 - b) de la mère (0-6),
 - c) du conjoint (0-6),
- RSS socialisation (0-∞),
- SSR socialisation (0-∞),
- SSP socialisation
 - a) global (0-6),
 - b) de la mère (0-6),
 - c) du conjoint (0-6),

Les temps d'évaluation pour chaque outil sur l'ensemble de la recherche CAPEDP sont présentés en annexe 9.

3.6.2.4 Variables recueillies : synthèse

Dans le cadre de ce travail de doctorat, nous avons étudié plus particulièrement les données recueillies à l'inclusion (T1, 7^e mois de grossesse) et au 3^e mois de l'enfant (T2). Les données recueillies lors de ces deux temps d'évaluation étaient les suivantes :

Outil	Acronyme	Variables	Type de variables	T1	T2
Questionnaire socio-démographique et de santé	QSD	Âge (Cont) Statut socio-économique (Cat) Statut marital (Cat) Niveau d'éducation (Cat) Désir de grossesse (Cat) Evènement de vie (Cat) Migration (Cat)	Catégorielles et Continues	X	X
Edinburgh Post-partum Depression Scale	EPDS	Score de dépression	Continue	X	X
Questionnaire des réseaux et de soutien social <i>NOTA : seules les données de T1 ont été étudiées pour le test des hypothèses de recherche</i>	QSS	26 variables : - réseau de soutien social (RSS) émotionnel - soutien social reçu (SSR) émotionnel - soutien social perçu (SSP) émotionnel a) global, b) de la mère, c) du conjoint - RSS "guidance/conseils" - SSR "guidance/conseils" - SSP "guidance/conseils" a) global, b) de la mère, c) du conjoint - RSS matériel - SSR matériel - SSP matériel a) global, b) de la mère, c) du conjoint - RSS valorisation - SSR valorisation - SSP valorisation a) global, b) de la mère, c) du conjoint - RSS socialisation - SSR socialisation - SSP socialisation a) global, b) de la mère, c) du conjoint	Continues	X	X
Parental Cognitions and Conduct Toward the Infant Scale	PACOTIS	Sous-échelle : sentiment de compétence parentale	Continues		X
Parental Stress Inventory	PSI	Score de stress parental	Continue		X
Vulnerable Attachment Style Questionnaire	VASQ	a) Score de sécurité b) Score de proximité	Continues	X	

Tableau 4 : variables CAPEDP recueillies

3.6.2.5 Note sur la passation des outils en hétéroévaluation

La population participant au projet CAPEDP était constituée notamment de parturientes recrutées sur le critère "moins de 12 années d'études". Ce critère, souvent validé par de jeunes femmes n'ayant pas réalisé leur scolarité en France, caractérise ainsi une population peu à

l'aise avec la langue française, d'une part, et d'autre part peu habituée à répondre à des auto-questionnaires tels que ceux qui étaient proposés dans CAPEDP.

Par soucis d'homogénéité dans les modalités de passation du protocole et afin de s'assurer que l'ensemble des sujets avaient bien compris les consignes et les items proposés, il a été décidé lors de la mise en place du protocole que l'ensemble des outils seraient proposés aux sujets en hétéroévaluation (l'évaluatrice lit l'ensemble des outils). Lorsque cette modalité de passation n'était pas possible (trop de monde dans une petite pièce, notamment), la passation en autoévaluation était alors proposée. Les modalités de passation de tous les outils du cahier d'observation ont été consignées sur une feuille spécifique.

3.6.2.6 *Processus Delphi*

Nous disposions pour la mesure de soutien social d'un questionnaire (QSS) particulièrement long et dense en termes de variables. Afin de ne pas procéder à un traitement systématique des variables du questionnaire, nous avons choisi d'utiliser un processus *Delphi*, afin d'identifier les variables faisant consensus dans un panel d'experts, pour tester l'effet du soutien social sur la santé mentale périnatale.

Le processus Delphi est une méthode permettant d'identifier des "items candidats" parmi un large nombre de variables, en générant une sélection opérée par un panel d'experts, sollicités de manière individuelle à plusieurs reprises jusqu'à élaboration d'un consensus sur les items choisis (Jones et Hunter, 1995; Stewart *et coll.*, 1999).

Un processus Delphi comporte ainsi plusieurs étapes (Jones et Hunter, 1995):

- 1- Sélection des experts. Peuvent être experts l'ensemble des personnes concernées par un sujet donné et ayant une forme d'"expertise" (scientifique ou non) de ce sujet.
- 2- Pré-sélection des items à questionner (les experts peuvent également être consultés sans que les chercheurs ne leur sélectionne *a priori* des items-cibles).
- 3- Première évaluation de la pertinence des items, par les experts : ceux-ci évaluent sur des échelles analogiques la pertinence de traiter chaque item au vu des hypothèses posées.
- 4- Synthèse des réponses des experts.
- 5- Seconde évaluation de la pertinence de items par les experts, qui bénéficient alors des scores moyens de l'étape 3, avec la possibilité lors de cette nouvelle évaluation de modifier leur premier avis.

- 6- Etude de consensus : les chercheurs évaluent l'acceptabilité du consensus pour chaque item (élimination/acceptation). Si le consensus est suffisant, le processus prend fin. S'il ne l'est pas, le processus reprend à l'étape 4.

Nous avons ainsi procédé à la mise en œuvre d'un processus Delphi, pour la sélection des items du QSS.

3.6.2.6.1 Processus Delphi, étape 1 : Sélection des experts

Nous avons proposé à un ensemble de professionnels de la périnatalité de participer au processus Delphi en tant qu'experts. Nous avons choisi des professionnels reconnus pour leur expertise dans le domaine, des psychologues et pédopsychiatres familiers avec les problématiques périnatales relatives au soutien social, ainsi que des professionnels de terrain, travaillant dans le cadre de la recherche CAPEDP en tant qu'intervenants communautaires en périnatalité. Nous avons enfin choisi de proposer à plusieurs participantes au projet CAPEDP de nous donner leur expertise sur cette question.

Au final, l'échantillon d'experts comprenait 16 personnes :

- Un pédopsychiatre professeur des universités – praticien hospitalier
- Deux pédopsychiatres praticiens hospitaliers
- Onze psychologues travaillant en maternité ou pour le projet CAPEDP
- Deux participantes au projet CAPEDP (quatre avaient été sollicitées et deux ont répondu positivement).

3.6.2.6.2 Processus Delphi, étape 2 : Pré-sélection des items

Le QSS comportait 5 sections relatives aux dimensions du support social que nous avons souhaité conserver. Cependant, et au regard de la littérature, nous n'avons pas souhaité conserver l'ensemble des items proposés. Nous avons cependant maintenu la grande majorité. Les items conservés et la consigne fournie aux experts sont présentés en annexe 11. Par souci de minimiser l'impact d'un vocabulaire trop "scientifique" pour les participantes CAPEDP, nous avons formé leurs intervenantes à domicile à la passation du Delphi, pour qu'elles puissent aider le cas échéant les personnes à y répondre.

La figure ci-dessous présente une question-type du Delphi. Les consignes initiales de chaque question du questionnaire de support social étaient rappelées, afin d'éviter toute confusion sur le sens de chacune des 5 dimensions du support social.

Jugez-vous pertinent de tester l'effet des variables ci-dessous sur la santé mentale périnatale ?

1. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de <u>soutien émotionnel</u>									
Pas du tout pertinent					Extrêmement pertinent				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.6.2.6.3 Processus Delphi, étape 3 : Première évaluation par les experts

Le questionnaire, tel qu'il est présenté en annexe 11 a été envoyé le 12 décembre 2008 aux 16 experts. Il leur était demandé de fournir une réponse avant le 28 décembre 2008. Le 29 décembre, l'ensemble des questionnaires étaient revenus.

3.6.2.6.4 Processus Delphi, étape 4 : Première synthèse

La synthèse de ces premières versions a pu être réalisée immédiatement. Les résultats item par item sont présentés ci-après :

		moyenne	ecart-type
Soutien émotionnel	Taille réseau	6,3	2,4
	Dispo. Mère	6,5	2,0
	Dispo. Conjoint	7,7	1,8
	Soutien reçu	6,8	2,2
	Soutien perçu	6,7	2,1
	Soutien perçu (mère)	6,3	1,9
	Soutien perçu (conjoint)	7,1	1,7
Soutien matériel	Taille réseau	5,5	1,7
	Soutien reçu	5,7	2,0
	Soutien perçu	6,5	1,8
Guidance/ conseils	Taille réseau	5,7	1,9
	Dispo. Mère	5,4	2,0
	Soutien reçu	6,7	2,1
	Soutien perçu	6,8	2,2
	Soutien perçu (mère)	5,4	2,1
Valorisation	Taille réseau	5,9	2,1
	Dispo. Mère	6,6	1,8
	Soutien reçu	6,1	2,2
	Soutien perçu	6,8	2,1
	Soutien perçu (mère)	6,8	1,6
Socialisation	Taille réseau	6,3	1,9
	Dispo. Mère	4,8	2,2
	Soutien reçu	6,1	2,1
	Soutien perçu	6,5	2,1
	Soutien perçu (mère)	5,2	2,2

Tableau 5 : résultats de la première phase du processus Delphi

La moyenne des votes sur l'ensemble des items était de 6,2. 17 items/25 avaient un score supérieur à 6,0, 9 items à 6,5 et 2 items à 7,0.

Certains items semblaient recueillir une forme de consensus, dès cette première version. Ainsi, l'intérêt de traiter l'effet de la disponibilité du conjoint pour le support émotionnel (Moy=7,7 ; Ety= 1,8), le soutien perçu du conjoint pour le support émotionnel (Moy=7,1 ; Ety= 1,7), ou à l'inverse la taille du réseau de soutien matériel (Moy=5,5 ; Ety= 1,7) ou la disponibilité de la mère pour les activités de socialisation (Moy=4,8 ; Ety= 2,2). En revanche, les distributions de nombreux items étaient peu compactes (écart-types >2). L'intérêt de la seconde partie du processus Delphi était ainsi de permettre aux experts de rechercher un consensus, en ayant à disposition les réponses de l'ensemble des personnes interrogées. L'ensemble des réponses de la première version du Delphi sont présentées dans les histogrammes de l'annexe 12.

3.6.2.6.5 Processus Delphi, étape 5 : Deuxième évaluation

Une deuxième version du questionnaire a été générée en proposant aux experts une synthèse des résultats des personnes interrogées. La figure ci-dessous montre un exemple d'item, dans la version 2.

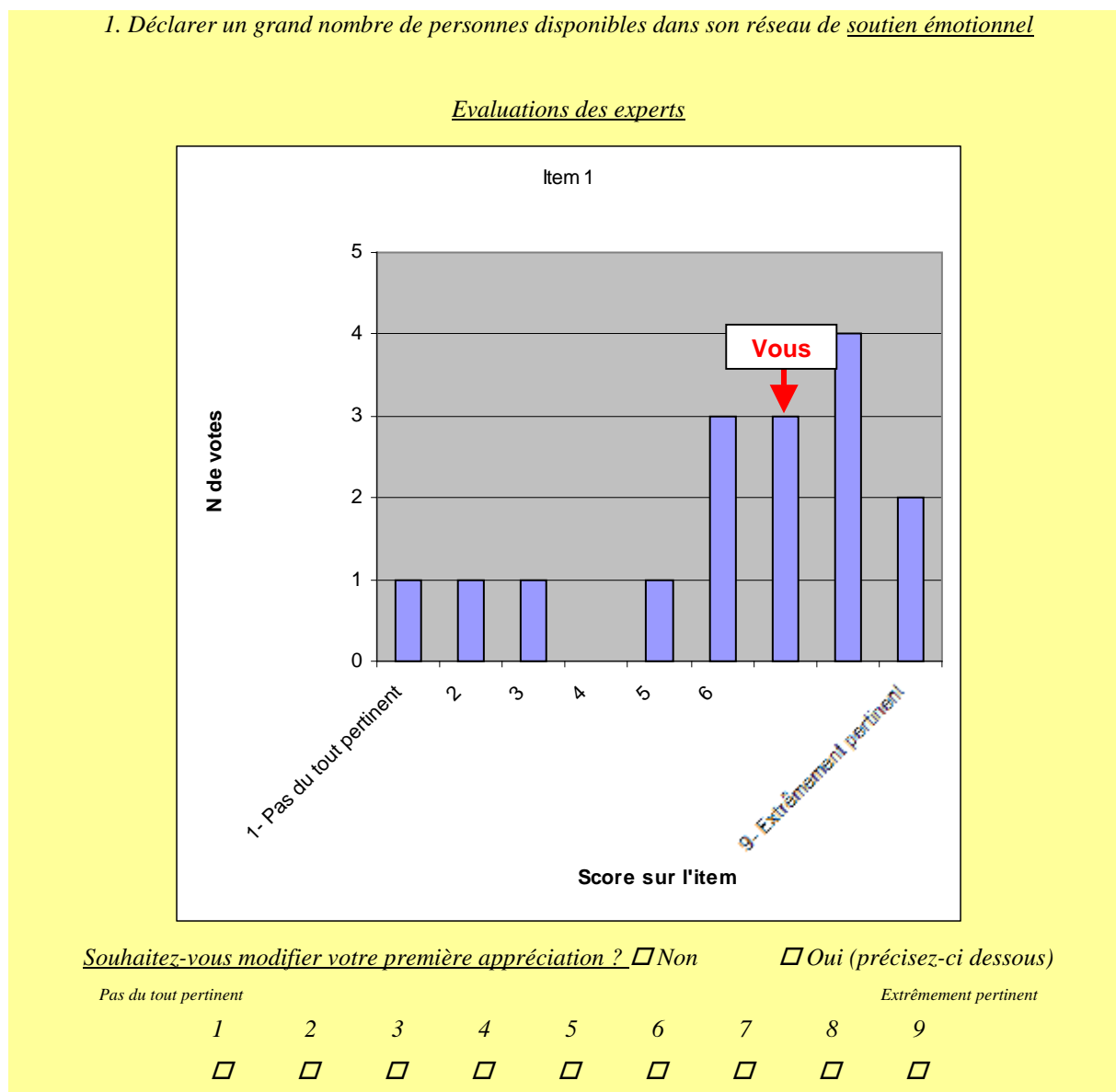


Figure 8 : exemple d'un item de la seconde phase du processus Delphi

L'ensemble des questionnaires pour la seconde partie a été envoyé le 30 décembre 2008. Il était demandé aux experts de bien vouloir fournir une réponse avant le 12 janvier 2009.

3.6.2.6.6 Processus Delphi, étape 6 : Etude de consensus

Les 16 questionnaires ont été récupérés à la date du 18 janvier 2009, et ont constitué la base d'analyse du processus Delphi. Le tableau ci-dessous présente les résultats de la seconde étape.

		Moyenne 2	Ecart-type 2
Soutien émotionnel	Taille réseau	6,6	2,1
	Dispo. Mère	7,1	0,8
	Dispo. Conjoint	8,3	0,8
	Soutien reçu	7,6	1,5
	Soutien perçu	7,4	1,1
	Soutien perçu (mère)	7,0	0,7
	Soutien perçu (conjoint)	7,6	0,9
Soutien matériel	Taille réseau	6,1	0,8
	Soutien reçu	5,8	1,3
	Soutien perçu	6,8	1,0
Guidance/ conseils	Taille réseau	6,0	1,0
	Dispo. Mère	5,8	1,1
	Soutien reçu	7,2	1,0
	Soutien perçu	7,4	1,3
	Soutien perçu (mère)	6,1	1,3
Valorisation	Taille réseau	6,2	1,8
	Dispo. Mère	6,8	0,8
	Soutien reçu	6,2	1,8
	Soutien perçu	7,3	0,9
	Soutien perçu (mère)	7,0	0,9
Socialisation	Taille réseau	6,4	1,8
	Dispo. Mère	5,0	2,0
	Soutien reçu	6,5	1,5
	Soutien perçu	7,1	1,7
	Soutien perçu (mère)	5,4	2,0

Tableau 6 : résultats de la seconde phase du processus Delphi

Le tableau synthétique ci-après rassemble les résultats des deux temps d'évaluation et souligne les différences apportées aux moyennes et écarts-types de chaque item.

		Moy 1	Moy 2	Diff	Ety 1	Ety 2	Diff
Soutien émotionnel	Taille réseau	6,25	6,56	0,31	2,41	2,06	-0,34
	Dispo. Mère	6,50	7,13	0,63	2,00	0,81	-1,19
	Dispo. Conjoint	7,69	8,25	0,56	1,78	0,77	-1,00
	Soutien reçu	6,75	7,63	0,88	2,24	1,54	-0,69
	Soutien perçu	6,69	7,44	0,75	2,09	1,09	-1,00
	Soutien perçu (mère)	6,25	7,00	0,75	1,95	0,73	-1,22
	Soutien perçu (conjoint)	7,13	7,63	0,50	1,75	0,89	-0,86
Soutien matériel	Taille réseau	5,50	6,13	0,63	1,67	0,81	-0,87
	Soutien reçu	5,69	5,75	0,06	2,02	1,34	-0,68
	Soutien perçu	6,50	6,81	0,31	1,83	1,05	-0,78
Guidance/ conseils	Taille réseau	5,69	6,00	0,31	1,92	0,97	-0,96
	Dispo. Mère	5,38	5,75	0,38	2,00	1,13	-0,87
	Soutien reçu	6,69	7,19	0,50	2,09	1,05	-1,04
	Soutien perçu	6,81	7,44	0,63	2,17	1,26	-0,90
	Soutien perçu (mère)	5,38	6,13	0,75	2,06	1,26	-0,80
Valorisation	Taille réseau	5,94	6,19	0,25	2,11	1,80	-0,32
	Dispo. Mère	6,56	6,75	0,19	1,75	0,77	-0,98
	Soutien reçu	6,06	6,19	0,13	2,20	1,83	-0,37
	Soutien perçu	6,75	7,31	0,56	2,14	0,95	-1,20
	Soutien perçu (mère)	6,75	7,00	0,25	1,57	0,89	-0,68
Socialisation	Taille réseau	6,25	6,38	0,13	1,91	1,78	-0,13
	Dispo. Mère	4,75	5,00	0,25	2,24	2,03	-0,20
	Soutien reçu	6,13	6,50	0,38	2,09	1,55	-0,54
	Soutien perçu	6,50	7,06	0,56	2,10	1,69	-0,41
	Soutien perçu (mère)	5,19	5,38	0,19	2,23	1,96	-0,27

Tableau 7 : synthèse des résultats du processus Delphi

On constate d'emblée que l'objectif du processus Delphi a été atteint, l'ensemble des écarts-types ayant été réduit. Par ailleurs, le score moyen des items a été rehaussé, dans cette seconde version. La distribution des items sur l'échelle de 0 à 9 s'est condensée. La médiane des scores de cette deuxième phase est de 6,75.

De manière générale, on observe que les items cotés comme les plus pertinents par les experts correspondent aux items dont l'importance est mise en valeur dans la littérature scientifique. Ainsi, l'ensemble des items relatifs au soutien social perçu reçoivent une notation >7 , alors qu'aucun item relatif à la taille du réseau de soutien social n'est coté comme pertinent. Le soutien émotionnel est mis en valeur, tandis que le soutien matériel obtient des notes plus modérées. L'importance de la présence du conjoint et de la mère de la jeune accouchée pour lui fournir du soutien émotionnel est largement soulignée.

3.6.2.6.7 Processus Delphi, étape 7 : Sélection des items à intégrer.

Il n'existe pas de recommandation systématique pour orienter la décision des chercheurs sur les critères déterminant la sélection des items retenus à l'issue d'un processus Delphi. Nous avons *a priori* choisi de retenir les items dont le score moyen des experts serait supérieur ou égal à 7 sur l'échelle de Lickert en 9 points.

11 items correspondent à ce critère :

- Soutien émotionnel :
 - 1- Disponibilité de la mère,
 - 2- Disponibilité du conjoint,
 - 3- Soutien social reçu,
 - 4- Soutien social global perçu
 - 5- Soutien social de la mère perçu,
 - 6- Soutien social du conjoint perçu,
- Soutien informatif :
 - 1- Soutien social reçu,
 - 2- Soutien social global perçu,
- Soutien de valorisation :
 - 1- Soutien social global perçu,
 - 2- Soutien social de la mère perçu,
- Soutien de socialisation :
 - 1- Soutien social global perçu.

Trois éléments notables sont à souligner :

- Pour le soutien informatif, de valorisation et de socialisation, une à deux dimensions sont mises en valeur – généralement le soutien social perçu-, permettant de dégager une variable représentative de chaque facette.
- 6 items sur les 11 recevant une note ≥ 7 correspondent à la facette "support émotionnel" du support social, ce qui est congruent avec les données récentes de la littérature,
- Aucun item renvoyant à la facette "support matériel" ne reçoit une note ≥ 7 .

Pour ce qui concerne ce dernier point, nous avons décidé d'inclure dans les items conservés la dimension "soutien social perçu", cet item obtenant un score supérieur à la médiane des scores des 25 items, et étant le premier item non-sélectionné car ayant un score immédiatement inférieur à 7 (6,81).

3.6.2.7 Opérationnalisation des hypothèses : modèle de la psychologie de la santé

L'objet de notre démarche de recherche est de formuler des hypothèses sur l'effet relatif des différentes formes de soutien social sur la santé mentale périnatale. En s'inscrivant dans une approche écologique, nous postulons donc que la santé mentale périnatale est déterminée par un ensemble d'éléments interdépendants, constituant ainsi un modèle *multifactoriel* de la santé mentale.

Les modèles multifactoriels sont largement utilisés dans les recherches en psychologie sociale et plus particulièrement en psychologie sociale de la santé.

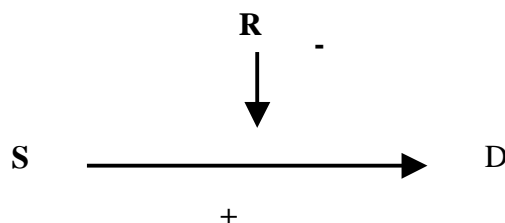
En cherchant à affiner la description du rôle de chacune des variables explicatives des critères à prédire, les chercheurs ont développé des modèles complexes, introduisant notamment les notions de variables "médiatrices" et "modératrices" dans les modèles explicatifs (voir modèle de Bruchon-Schweitzer en annexe 5, par exemple).

Une variable médiatrice est une variable déclenchée par un événement (ou variable indépendante) et qui va à son tour influencer la réponse (variable dépendante). Une variable modératrice, en revanche, est une variable "affectant la direction ou l'intensité de la relation entre la variable indépendante et la variable dépendante" (Rasclé et Irachabal, 2001).

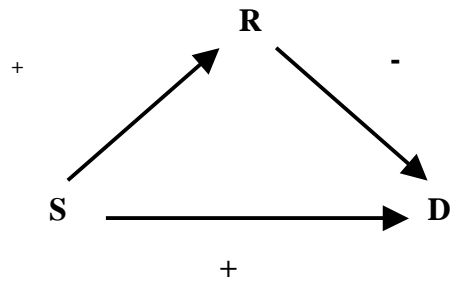
Ces distinctions permettent ainsi d'aller plus loin que la simple description des liens statistiques unissant deux variables.

La typologie de Wheaton (1996) propose cinq modèles d'influence entre variables (S = stressor ; D = détresse ; R = ressource) :

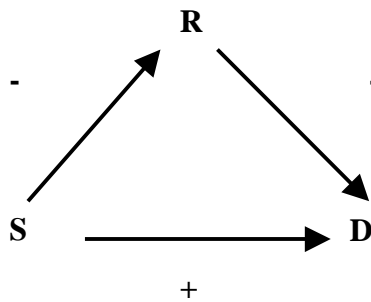
Le modèle de modulation



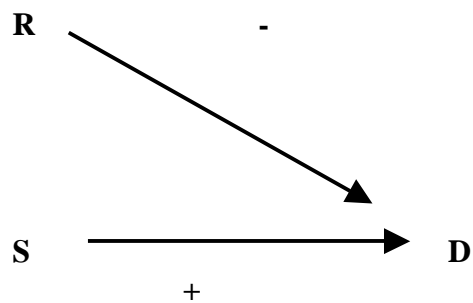
Le modèle de suppression



Le modèle de médiation



Le modèle compensatoire



Le modèle préventif

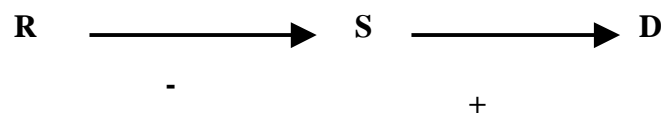


Figure 9 : les différents modèles d'interfaces entre variables, d'après Wheaton (1996)

Nous nous appuyerons ainsi sur les modèles éprouvés de la psychologie sociale de la santé et plus particulièrement sur le modèle de Wheaton afin de faire émerger d'éventuelles recommandations qui s'inscriront dans le champ de la psychologie communautaire.

Notre hypothèse principale est qu'il existe une variabilité de l'impact du support social sur la santé mentale périnatale, en fonction du type de support social engagé (matériel, guidance,

émotionnel, valorisation, socialisation). Nous postulons que le support social, chez une population en situation de grande vulnérabilité psychosociale constitue une ressource majeure permettant de compenser les stress sociaux, d'agir avec un "effet tampon" sur les conséquences en termes de santé mentale de ces stress sociaux (de protéger d'une chronicisation de symptômes dépressifs, notamment) et de constituer une ressource de santé mentale "positive" chez les familles les plus défavorisées.

3.6.2.8 Hypothèses opérationnalisées

3.6.2.8.1 Opérationnalisation de l'hypothèse A (HA)

Rappel de HA : Le support social émotionnel a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale.

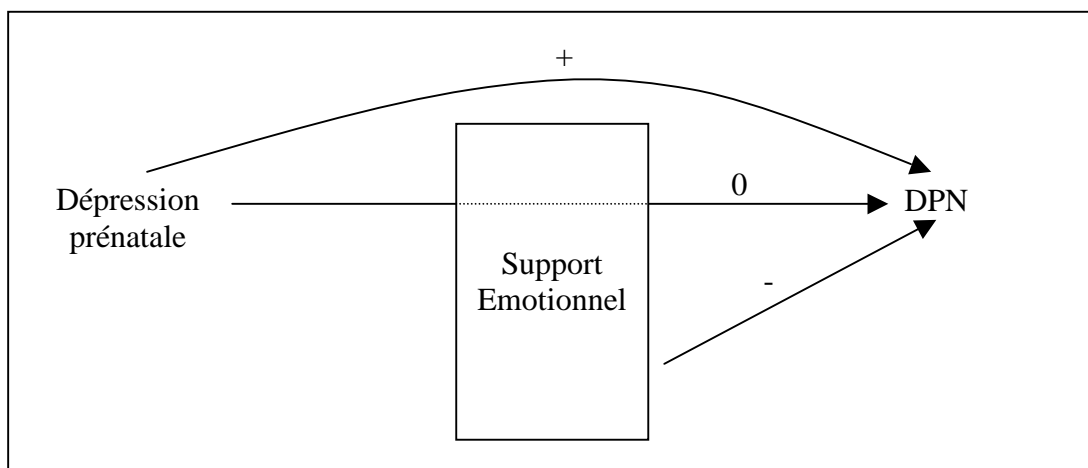


Figure 10 : modélisation de HA

3.6.2.8.1.1 HA1 : Les femmes se déclarant émotionnellement soutenues durant leur grossesse présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant.

Opérationnalisation : On observe une différence significative en termes de fréquence de DPN entre les femmes les plus émotionnellement soutenues et celles qui sont peu émotionnellement soutenues.

3.6.2.8.1.2 HA2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant émotionnellement soutenues voient leur dépression se résorber. Le soutien émotionnel joue un rôle tampon sur la dépression.

Opérationnalisation : Parmi les femmes présentant une DPN à T1 et se déclarant soutenues émotionnellement, on observe une prévalence significativement plus faible de DPN à T2 que pour les femmes déprimées à T1 ne se déclarant pas soutenues.

3.6.2.8.1.3 HA3 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le stress parental, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre dans des conditions de stress.

Opérationnalisation : Si l'hypothèse A2 est vérifiée, on réalise une analyse de régression hiérarchique en entrant dans la première étape la dépression à T1 (variable contrôle), dans la deuxième étape les variables de soutien émotionnel, dans la troisième étape la valeur de stress parental et dans la quatrième étape l'interaction (soutien social x stress). On s'attend à ce que l'impact du soutien social émotionnel sur la DPN à T2 diffère selon que le sujet présente ou non un stress parental important.

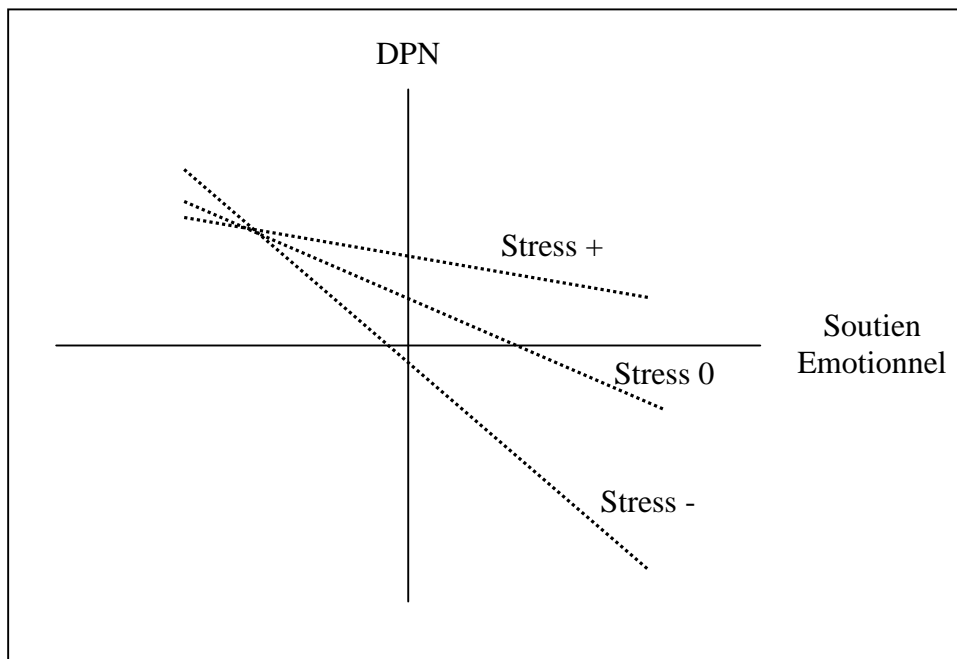


Figure 11 : modélisation de HA3

3.6.2.8.1.4 HA4 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement insécure.

Opérationnalisation : Si l'hypothèse A2 est vérifiée, on réalise une analyse de régression hiérarchique en entrant dans la première étape la dépression à T1 (variable contrôle), dans la deuxième étape les variables de soutien émotionnel, dans la troisième étape la valeur l'échelle "sécurité" de l'attachement et dans la quatrième étape l'interaction (soutien social x attachement). On s'attend à ce que l'impact du soutien social émotionnel sur la DPN à T2 diffère selon que le sujet présente un style d'attachement sécure ou insécure.

3.6.2.8.2 Opérationnalisation de l'hypothèse B (HB)

Rappel de HB : Le support social matériel n'a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale que chez les femmes déclarant n'avoir pas les revenus suffisants pour répondre à leurs besoins fondamentaux.

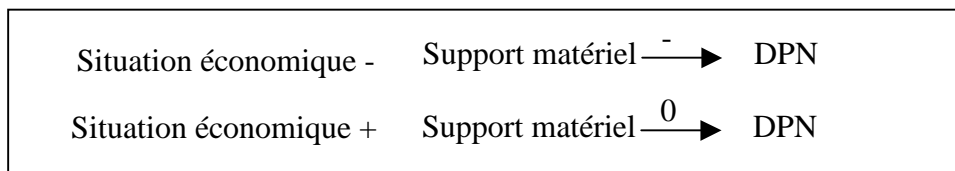


Figure 12 : modélisation de HB

Opérationnalisation : Si les analyses univariées montrent un lien entre les VI et la VD (DPN), on réalise une analyse de régression hiérarchique en entrant dans la première étape la dépression à T1 (variable contrôle), dans la deuxième étape le soutien matériel, dans la troisième étape la variable "perception du niveau économique" et dans la quatrième étape l'interaction de cette dernière variable avec le soutien social matériel. On s'attend à ce que l'impact du soutien social émotionnel sur la DPN à T2 diffère selon que le sujet perçoit ses revenus suffisants ou non.

3.6.2.8.3 Opérationnalisation de l'hypothèse C (HC)

Rappel de HC : Le support social informatif a un effet indirect sur la prévention de la dépression post-natale, via la promotion du sentiment de compétences parentales.

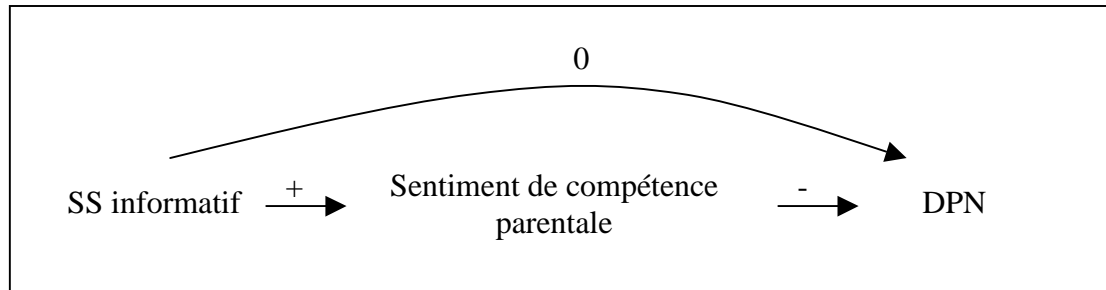


Figure 13 : modélisation de HC

3.6.2.8.3.1 HC1 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en prénatal présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.

Opérationnalisation : On observe une différence significative en termes de sentiment de compétences parentales entre les femmes les plus soutenues informativement et celles qui le sont moins.

3.6.2.8.3.2 HC2 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en prénatal présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui ne se vérifie qu'en incluant la variable "sentiment de compétence parentale" dans l'équation.

Opérationnalisation : On réalise une analyse de régression hiérarchique en entrant dans la première étape la dépression à T1 (variable contrôle), dans la deuxième étape les variables de soutien informatif et dans la troisième étape la variable "sentiment de compétence parentale". On s'attend à ce que l'impact du soutien social informatif sur la DPN à T2 diffère selon que le sujet se sent un parent compétent ou non.

3.6.2.8.4 Opérationnalisation de l'hypothèse D (HD)

Rappel de HD : Le support social de valorisation a un effet direct ET indirect sur la prévention de la dépression post-natale.

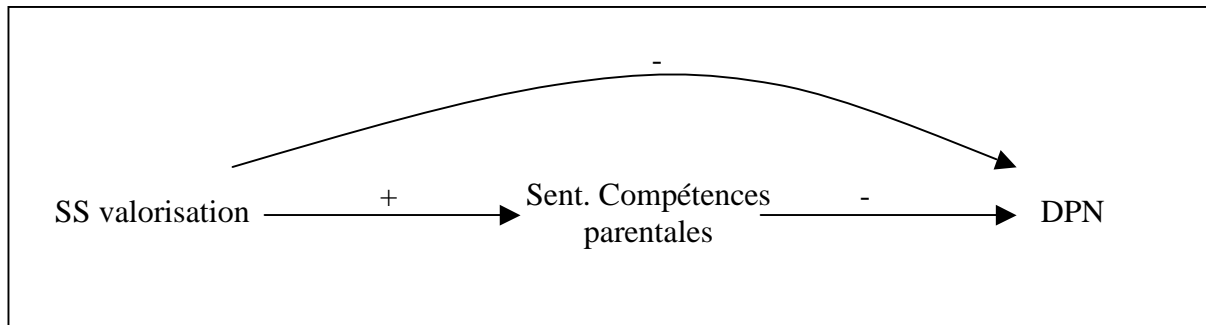


Figure 14 : modélisation de HD

3.6.2.8.4.1 HD1 : Les femmes se déclarant valorisées présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.

Opérationnalisation : On observe une différence significative en termes de sentiment de compétences parentales entre les femmes les plus valorisées et celles qui le sont moins.

3.6.2.8.4.2 HD2 : Les femmes se déclarant valorisées présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui se vérifie aussi bien en la présence qu'en l'absence de la variable "sentiment de compétences parentales" dans l'équation.

Opérationnalisation : On réalise une analyse de régression hiérarchique en entrant dans la première étape la dépression à T1 (variable contrôle), dans la deuxième étape les variables de soutien de valorisation, dans la troisième étape la variable "sentiment de compétence parentale". On s'attend à ce que l'impact du soutien social informatif sur la DPN à T2 diffère selon que le sujet se sent valorisé ou non, mais que dans les deux cas, la part de la variance expliquée par le soutien social soit significative.

3.6.2.8.5 Opérationnalisation de l'hypothèse E (HE)

Rappel de HE : Le support social de socialisation a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale.

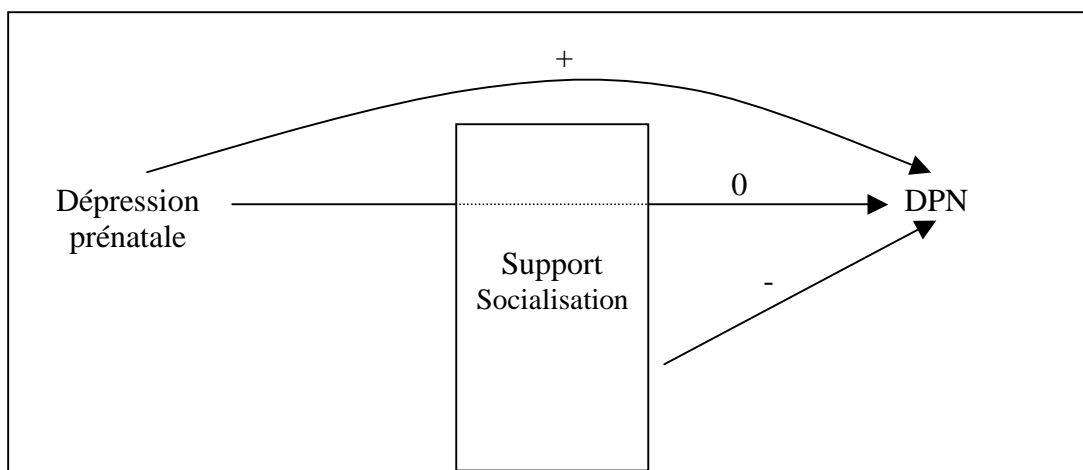


Figure 15 : modélisation de HE

3.6.2.8.5.1 HE1 : Les femmes se déclarant socialement entourées en période prénatale présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant.

Opérationnalisation : On observe une différence significative en termes de dépression post-natale entre les femmes les plus soutenues et celles qui le sont moins.

3.6.2.8.5.2 HE2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant socialement entourées voient leur dépression se résorber.

Opérationnalisation : Parmi les femmes présentant une DPN à T1 et se déclarant soutenues socialement, on observe une prévalence significativement plus faible de DPN à T2 que pour les femmes déprimées à T1 et ne se déclarant pas soutenues.

3.6.2.8.5.3 HE3 : L'hypothèse E2 ne se vérifie plus pour les femmes présentant un niveau de stress parental élevé.

Opérationnalisation : On réalise une analyse de régression hiérarchique en entrant dans la première étape la dépression à T1 (variable contrôle), dans la deuxième étape les variables liées au soutien social de socialisation, dans la troisième étape la valeur de stress parental et dans la quatrième étape l'interaction (soutien social x stress). On s'attend à ce que l'impact du soutien social de socialisation sur la DPN à T2 diffère selon que le sujet présente ou non un stress parental important.

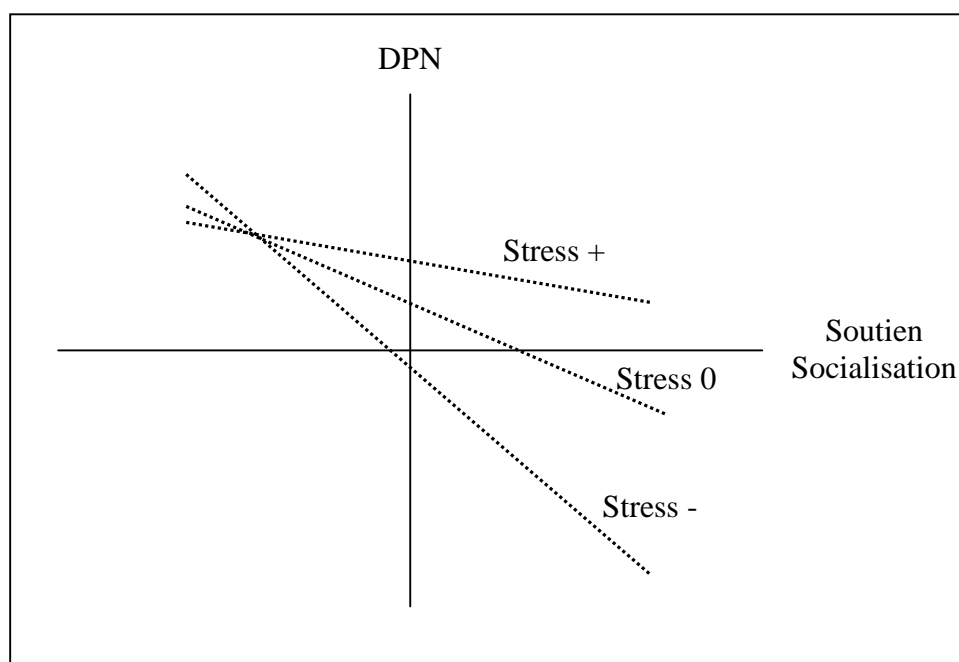


Figure 16 : modélisation de HE3

3.6.2.8.5.4 HE4 : L'hypothèse E2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social de socialisation est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement distant.

Opérationnalisation : On réalise une analyse de régression hiérarchique en entrant dans la première étape la dépression à T1 (variable contrôle), dans la deuxième étape le soutien social de socialisation et dans la troisième étape la valeur sur l'échelle d'attachement "distant". On s'attend à ce que l'impact du soutien social de socialisation sur la DPN à T2 diffère selon que le sujet présente ou non un attachement distant.

3.6.2.9 Choix des variables intermédiaires

Les 5 hypothèses et 13 sous-hypothèses font référence à un ensemble de variables intermédiaires, médiatrices ou modératrices de l'effet du soutien social sur la santé mentale périnatale. Comme nous l'avons vu (§3.6.2.7), ces modèles d'interaction ont été choisis en référence au modèle de la psychologie de la santé. En tenant compte des mesures disponibles dans le cadre de la recherche CAPEDP (voir annexe 9), nous avons choisi d'étudier un certain nombre d'interactions entre les variables testées, sans opérer une étude systématique de l'ensemble des variables entre elles. Nous justifierons ici des choix effectués.

3.6.2.9.1 Variables de l'hypothèse A

Nous avons testé dans l'hypothèse A l'effet du support social émotionnel sur la dépression post-natale à l'aide des variables suivantes :

Variables indépendantes	variables du questionnaire de support social relatives au support émotionnel
Variable dépendante (critère de jugement)	score EPDS à T2 (dépression post-natale)
Variables intermédiaires	score EPDS à T1 (dépression prénatale), score au PSI (stress parental), score à la sous-échelle "insécurité" du VASQ (attachement).

Bien le support social ait toujours été mesuré de façon hétérogène, la très grande majorité des recherches ayant étudié l'impact du support social sur la dépression ont mis en évidence l'aspect particulièrement intense des relations entre support émotionnel et prévalence de dépression, et notamment de dépression post-natale. Nous avons choisi d'étudier les liens entre support émotionnel et DPN ainsi que l'effet tampon du support social chez les femmes déprimées en pré-natal sur la dépression post-natale.

Nous étudierons par la suite l'effet du support émotionnel sur la dépression en introduisant la variable "stress parental" dans notre analyse, afin de tenter de répliquer les résultats (ici l'absence de résultat) de l'étude de Cutrona (1984), ayant mis en valeur l'aspect modérateur du stress sur certains effets du support social. Si son étude n'avait pas permis de distinguer un effet du stress sur l'effet du support émotionnel, nous souhaitons tester cette interaction avec

notre population CAPEDP, posant l'hypothèse que dans le cadre d'un contexte précaire, l'effet du stress dû aux conditions de vie pourrait modérer l'effet positif que l'on suppose entre le support émotionnel et la dépression post-natale.

Enfin, nous souhaitons tester l'effet modérateur de l'attachement sur l'interaction support social émotionnel x dépression post-natale. L'attachement insécure a été identifié comme étant une variable à même de modérer le soutien social perçu et dont l'effet total du support social sur les critères de santé mentale. Cet aspect interne que constitue la modulation attachementale du support sociale paraît nécessaire à étudier pour expliquer différentes typologies d'impact du support émotionnel sur la DPN.

Nous ne testerons pas l'effet intermédiaire de la situation socio-économique des sujets ni celui du sentiment de compétence parentale. La situation socio-économique ne paraît pas être un modérateur reconnu du support social sur la dépression, dans la littérature, ce qui a permis de caractériser l'effet universel du support émotionnel. Nous avons vu en revanche que la situation socio-économique précaire était un facteur de risque de la dépression post-natale. Le sentiment de compétence parentale quant à lui paraît difficilement intégrable dans une équation où il survient en même temps que la variable dépendante (DPN). Si nous avons décidé d'observer l'effet du support émotionnel sur le sentiment de compétence parentale, nous aurions ainsi choisi de l'utiliser également en tant que variable dépendante.

3.6.2.9.2 Variables de l'hypothèse B

Nous avons testé dans l'hypothèse B l'effet du support social matériel sur la dépression post-natale à l'aide des variables suivantes :

Variables indépendantes	variables du questionnaire de support social relatives au support matériel
Variable dépendante (critère de jugement)	score EPDS à T2 (dépression post-natale)
Variable intermédiaire	variables relatives à la perception de sa situation socio-économique

Comme nous le rappelions dans le paragraphe précédent, la situation socio-économique a été identifiée comme un facteur de risque important de la dépression post-natale, lorsque les sujets étudiés sont ou se perçoivent comme étant dans un contexte de précarité (Beck, 2001).

Le support social matériel était défini dans notre questionnaire comme une aide tangible (à l'exclusion de l'aide financière), nous postulons ainsi :

- que tous les sujets reçoivent une forme d'aide concrète,
- que les personnes bénéficiant de cette aide concrète (bénéfice mesuré par l'impact sur la dépression post-natale) sont les personnes ne pouvant pas répondre à l'ensemble de leurs besoins matériels.

Le choix d'utiliser la situation socio-économique comme variable intermédiaire est ainsi congruent avec l'hypothèse que le support social matériel n'est "efficace" en termes de prévention de la DPN que lorsqu'il vient répondre à un besoin déterminé par une situation précaire.

Nous n'avons pas choisi de tester d'autre variable intermédiaire, l'effet des variables psychopathologiques (dépression pré-natale, stress parental, sentiment de compétence parentale, attachement) ne nous paraissant pas relever d'un processus identique.

3.6.2.9.3 Variables de l'hypothèse C

Nous avons testé dans l'hypothèse C l'effet du support social informatif sur le sentiment de compétence parentale et sur la dépression post-natale à l'aide des variables suivantes :

Variables indépendantes	variables du questionnaire de support social relatives au support informatif
Variable dépendante (critère de jugement)	Score au PACOTIS (sentiment de compétence parentale), hypothèse HC1 score EPDS à T2 (dépression post-natale)
Variable intermédiaire	Score au PACOTIS (sentiment de compétence parentale), hypothèse HC2

Le support social informatif a montré des effets particulièrement intéressants en période périnatale. Dans l'étude référence de Cutrona (1984), le support informatif (*guidance*) est la forme produisant le maximum d'effet sur la dépression post-natale, effet variable selon le niveau de stress auquel les sujets étaient soumis. On sait par ailleurs que la jeunesse et la primiparité sont chez les jeunes femmes source d'inquiétude, notamment en ce qui concerne leur compétence parentale (Beck, 2001). Enfin, on a montré comment le faible sentiment de compétence parentale agissait négativement sur la santé mentale périnatale.

Notre choix d'étudier les liens entre support informatif et dépression post-natale à la lumière du sentiment de compétence parentale repose sur l'hypothèse d'un effet levier du sentiment de compétence parentale sur la santé mentale, ce levier pouvant être exercé si le parent se sent confiant et se perçoit comme "compétent".

Nous avons ainsi utilisé le sentiment de compétence parentale à la fois comme variable dépendante (test de l'effet direct du support social informatif) et comme variable intermédiaire (dans une régression incluant l'ensemble des variables).

Notre hypothèse différant de celle de Cutrona, nous n'avons pas choisi de retester l'effet du stress sur le support informatif dans son interaction avec la dépression post-natale. Nous postulons en effet qu'auprès de notre population pour laquelle de nombreux stressés sociaux sont présents, le support informatif sera efficace quel que soit le niveau de stress. Nos critères de recrutement identifient en effet de jeunes femmes en besoin d'informations de base sur la parentalité. Nous posons donc l'hypothèse que c'est l'acquisition de ces informations (ou la perception de leur disponibilité) qui, au travers de la promotion du sentiment de compétence parentale ("je me sens bon parent car je sais ce dont mon enfant a besoin et comment je peux y répondre") qui agira favorablement sur la dépression post-natale.

Nous n'avons pas choisi de tester l'effet intermédiaire des autres variables psychologiques disponibles (dépression pré-natale, attachement), celles-ci ne présentant pas d'intérêt identifiable pour le test de notre hypothèse.

3.6.2.9.4 Variables de l'hypothèse D

Nous avons testé dans l'hypothèse D l'effet du support social de valorisation sur le sentiment de compétence parentale et sur la dépression post-natale à l'aide des variables suivantes :

Variables indépendantes	variables du questionnaire de support social relatives au support de valorisation
Variable dépendante (critère de jugement)	Score au PACOTIS (sentiment de compétence parentale), hypothèse HD1 score EPDS à T2 (dépression post-natale)
Variable intermédiaire	Score au PACOTIS (sentiment de compétence parentale), hypothèse HD2

Le test de l'hypothèse D sera mené de manière identique à celui de l'hypothèse C, en utilisant le sentiment de compétence parentale comme variable dépendante, puis comme variable modératrice.

La valorisation, considérée comme processus de feed-back positif de l'environnement social sur la valeur du Soi est considérée comme un élément essentiel de la santé mentale (voir par exemple Logsdon, 2005). Nous posons donc l'hypothèse que l'effet tampon du sentiment de compétence parentale sur la dépression post-natale peut être favorisé par la présence d'un support social de valorisation.

Nous ne testerons pas l'effet protecteur du support de valorisation sur le lien entre dépression pré-natale et dépression post-natale. Nous considérons en effet que si des liens positifs devaient être dégagés de cette interaction, ils seraient davantage imputable à l'effet de support émotionnel qu'à l'effet spécifique de valorisation. L'effet du support émotionnel est déjà testé dans l'hypothèse A.

3.6.2.9.5 Variables de l'hypothèse E

Nous avons testé dans l'hypothèse E l'effet du support social de socialisation sur le sentiment de compétence parentale et sur la dépression post-natale à l'aide des variables suivantes :

Variables indépendantes	variables du questionnaire de support social relatives au support de socialisation
Variable dépendante (critère de jugement)	score EPDS à T2 (dépression post-natale)
Variables intermédiaires	score EPDS à T1 (dépression prénatale), score au PSI (stress parental), score à la sous-échelle "proximité" du VASQ (attachement).

Nous avons appliqué à l'hypothèse E le même protocole d'évaluation que pour l'hypothèse A. Nous considérons en effet qu'il existe des similarités entre le fait de recevoir du support émotionnel et le fait de bénéficier de socialisation, en période périnatale. C'est d'ailleurs le constat que font Lewinsohn (1975) et Storms et McCaul (1976), soulignant l'intérêt de la socialisation pour réduire le stress parental et la dépression post-natale.

Nous utiliserons ainsi à nouveau le stress parental (PSI) comme variable intermédiaire de l'effet du support de socialisation sur la DPN.

Nous ne testerons enfin pas l'effet intermédiaire de la situation socio-économique des sujets ni celui du sentiment de compétence parentale, les liens entre ces variables et le support de socialisation ne pouvant pas faire l'objet d'hypothèses circonstanciées.

3.6.2.10 Recueil et saisie des données

Le recueil des données était systématiquement réalisé par les observatrices à domicile du projet CAPEDP. Les données étaient par la suite envoyées à un prestataire de service chargé de la double saisie des données, tandis qu'un double sur support carbone était conservé dans les locaux de la recherche. Le prestataire fournissait les données dans un fichier Microsoft Excel©.

3.6.2.11 Traitement des données

L'ensemble des données a été traité à l'aide du logiciel SAS par l'Unité de Recherche Clinique (URC) Paris-Nord, au département de biostatistique de l'Hôpital Bichat Claude-Bernard, sous la responsabilité de Madame Florence Tubach. Suite à une demande spécifique de ce travail de doctorat, les données de 80 sujets du bras contrôle ont pu être traitées^a. Les analyses ont été réalisées par les biostatisticiens de l'URC, sur la base de demandes écrites du doctorant proposant les analyses à effectuer. Certaines modifications ont été apportées par les professionnels de l'URC. Certaines analyses n'ont pas pu être réalisées compte tenu des conflits existant entre l'intérêt de la recherche CAPEDP et le moment de réalisation de ce travail de doctorat.

^a Les données de CAPEDP pour le temps 2 d'évaluation (3 mois post-partum) ont été recueillies de mars 2007 à septembre 2009. Au moment de la rédaction de cette thèse, ces données étaient en cours de recueil et il n'était ainsi pas possible de travailler sur les différences observables entre les deux groupes de la recherche. Nous avons donc choisi de ne retenir que les données du groupe contrôle, afin de contrôler l'effet d'une intervention de promotion de la santé sur les données liées au soutien social. 164 sujets dont 80 du bras contrôle avaient été vus pour ce deuxième temps d'évaluation, au moment où nous avons demandé à pouvoir traiter les données.

Chapitre 3 – DESCRIPTION DE LA POPULATION

L'objet de ce travail de doctorat est de faire émerger les éléments relatifs au support social ayant un impact positif sur la santé mentale périnatale, chez une population caractérisée par une vulnérabilité psychosociale, de manière à produire des recommandations pour les interventions communautaires (écologiques et positives) de promotion de la santé mentale.

Le concept de vulnérabilité psychosociale repose sur le modèle épidémiologique. S'il ne peut constituer en soi la justification de la mise en place d'interventions préventives, il est néanmoins nécessaire d'en tenir compte afin d'aménager ces interventions aux besoins spécifiques de populations défavorisées. Dans le cadre de l'intervention CAPEDP, l'analyse de la littérature nous a permis de mettre en valeur divers éléments qui, en s'additionnant, définissent la vulnérabilité psychosociale de notre population :

- femmes jeunes (<26 ans)
- primipares
- ET
 - o Avec de faibles revenus (bénéficiaire de la CMU-B, CMU-C ou AME)
et/ou
 - o Avec un faible niveau d'éducation (< 12 années)
et/ou
 - o Déclarant qu'elles élèveront l'enfant sans son père.

Nous avons choisi de ne traiter pour cette recherche que les 80 premiers sujets du bras contrôle, c'est-à-dire bénéficiant des soins "comme d'habitude", sans intervention des psychologues à domicile de l'équipe CAPEDP.

3.1 Age des sujets

3.1.1 Résultats (T1)

Moyenne	22 ans et 4 mois
Ecart-type	3 ans et 6 mois
Médiane	22 ans
Minimum	17 ans
Maximum	26 ans

Tableau 8 : âge des sujets

3.1.2 Commentaires

On estime en France à 28,6 ans l'âge moyen des femmes primipares^a. En Île-de-France, cet âge est d'environ 31 ans^b. En 2003, 17,6% des naissances françaises concernaient des femmes de moins de 25 ans^c. L'âge moyen des sujets de notre recherche est donc très nettement en-deçà de l'âge attendu, compte tenu de notre âge limite de 26 ans.

Une explication potentielle à cette donnée remarquable est le nombre de femmes de moins de 26 ans multipares vivant dans la zone de recrutement CAPEDP. On estime à 55%^d le nombre de femmes de moins de 26 ans multipares, dans les maternités de la zone d'étude CAPEDP (zone caractérisée par un plus fort taux de migration, de chômage, de précarité).

3.2 Critères d'inclusion

3.2.1 Résultats (T1)

Critère	N	%
Touche la CMU-B, CMU-C ou AME ("faibles revenus")	30	38,0
Niveau d'éducation < 12 années ("Faible niveau d'éducation")	69	86,3
Prévoit d'élever l'enfant sans son père ("Isolement")	19	23,8

Plusieurs critères possibles

Tableau 9 : critères d'inclusion des sujets

3.2.2 Commentaires

Le principal critère d'inclusion dans le protocole CAPEDP est donc le niveau d'éducation. Près de neuf sujets sur dix ont un niveau d'études inférieur au baccalauréat. Quatre sur dix ont un niveau de revenus bas (justifiant l'attribution de la CMU ou de l'AME) et 2,4 femmes incluses sur dix envisagent d'élever leur enfant sans le père de celui-ci, corroborant ainsi les données de la littérature soulignant les difficultés relationnelles fréquentes des femmes ayant un premier enfant à un âge jeune et en situation de vulnérabilité psychosociale.

^a Source : Données 2000 du Conseil de l'Europe.

^b Source : Données de la PMI de Paris.

^c Source : Ministère de la Santé, enquête nationale périnatale 2003.

^d Source : Données en cours de collecte au sein des maternités CAPEDP.

3.3 *Situation familiale*

3.3.1 Résultats : état marital (T1)

Etat	N	%
Célibataire	29	36,3
Mariée	25	31,2
Concubinage	26	32,5
TOTAL	80	100,0

Tableau 10 : état marital des sujets

3.3.2 Résultats : composition du foyer (T1)

Composition	N	%
Vit seule	8	10,0
Vit avec le père de l'enfant	47	58,8
Vit avec des membres de sa famille SANS le père de l'enfant	18	22,5
Vit avec des membres de sa famille AVEC le père de l'enfant	4	5,0
Autres	3	3,7
TOTAL	80	100,0

Tableau 11 : composition du foyer des sujets

3.3.3 Commentaires

Le nombre d'enfants naissant hors mariage est un phénomène croissant en France^a. Cependant, nonobstant le statut marital lui-même, il est notable qu'environ 30% des naissances dans cet échantillon ont lieu en-dehors d'une union stable. Ainsi, 29 femmes se disent "célibataires" (alors que la proposition "concubinage" est disponible) et 26 vivent dans un foyer sans le père de l'enfant. 10% des femmes incluses dans la recherche vivent quant à elles seules, sans ressource sociale de proximité.

^a Source : Ministère de la Santé, enquête nationale périnatale 2003

3.4 *Pays de naissance et migration*

3.4.1 **Résultats : pays de naissance de la parturiente**

Zone géographique	N	%
France Métropolitaine	39	48,8
DOM	2	2,6
Europe de l'Ouest	1	1,3
Europe de l'Est	2	2,6
Maghreb	5	6,3
Afrique sub-saharienne	23	28,8
Autres	8	10
TOTAL	80	100,0

Tableau 12 : pays de naissance des sujets

3.4.2 **Résultats : année de migration vers la France**

Donnée	N	%
N'a pas migré	40	50,0
A migré dans les années 1980	4	5,0
A migré dans les années 1990	14	17,5
A migré dans les années 2000	22	27,5
TOTAL	80	100,0

Tableau 13 : migration des sujets

3.4.3 **Résultats : pays de naissance du père de la parturiente**

Zone géographique	N	%
France Métropolitaine	15	19,0
DOM	6	7,5
Europe de l'Ouest	3	3,8
Europe de l'Est	2	2,6
Maghreb	13	16,3
Afrique sub-saharienne	29	36,3
Autres	11	13,8
Non-réponse	1	1,3
TOTAL	80	100,0

Tableau 14 : pays de naissance des pères des sujets

3.4.4 Résultats : pays de naissance de la mère de la parturiente

Zone géographique	N	%
France Métropolitaine	17	21,3
DOM	5	6,3
Europe de l'Ouest	2	2,6
Europe de l'Est	2	2,6
Maghreb	12	15,0
Afrique sub-saharienne	32	40,0
Autres	10	12,5
TOTAL	80	100,0

Tableau 15 : pays de naissance des mères des sujets

3.4.5 Commentaires

Selon le recensement de la population d'Île-de-France de 1999, 13,9% des femmes franciliennes de 15 à 29 ans étaient nées à l'étranger et 1,7% dans les DOM-TOM^a. Notre population est ainsi caractérisée par :

- Une sous-représentation (<50%) de femmes nées en France métropolitaine
- une forte proportion (27,5%) de femmes ayant migré récemment (moins de 8 ans) sur le territoire français métropolitain.
- une sur-représentation de familles multiculturelles, 81% des pères et 78% des mères des femmes incluses étant nés hors du sol français.
- une représentation importante de l'Afrique subsaharienne (29% des pays de naissance des parturientes, 36% de leurs pères, 40% de leurs mères) dans notre échantillon.

Ces données sont essentielles lorsque l'on s'intéresse aux ressources psychosociales de jeunes femmes enceintes de leur premier enfant. La migration est en effet reconnue comme un facteur de risque majeur de stress parental et de dépression périnatale.

^a Source : INSEE.

3.5 *Activité professionnelle*

3.5.1 Résultats : niveau de scolarité (T1)

Niveau	N	%
Niveau collège	11	13,8
Niveau lycée	55	68,8
Niveau bac (bac obtenu)	9	11,3
Etudes supérieures	5	6,3
TOTAL	80	100,0

Tableau 16 : niveau de scolarité des sujets

3.5.2 Résultats : activité prénatale (T1)

Plusieurs réponses possible

Activité	N	%
Sans emploi/sans activité	34	42,5
Congé parental	5	6,2
En cours d'études	15	18,8
Convalescence/invalidité	7	8,8
Salariée	19	23,8

Tableau 17 : activité prénatale des sujets

3.5.3 Résultats : activité postnatale (T2)

Plusieurs réponses possible

Activité	N	%
Sans emploi/sans activité	54	67,5
Congé parental/congé maternité	12	15,0
En cours d'études	5	6,3
Convalescence/invalidité	0	0,0
Salariée	10	12,5
Autre	1	1,3

Tableau 18 : activité postnatale des sujets

3.5.4 Résultats : dernier emploi salarié

Si les sujets avaient exercé un emploi significatif au cours des 18 derniers mois, il leur était demandé la nature de cet emploi.

Activité (Nomenclature INSEE)	N	%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	1	1,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2	2,6
Professions Intermédiaires	9	11,3
Employés	45	56,3
Etudiants	9	11,3
Chômage ou n'ayant jamais travaillé	13	16,3
Non réponse	1	1,3
TOTAL	80	100,0

Tableau 19 : dernière activité professionnelle des sujets

3.5.5 Commentaires

Comme nous l'avons vu dans la description des critères d'inclusions, notre population est caractérisée par un niveau d'études faible. 14% des parturientes ont un niveau d'études inférieur à 9 années (équivalant au niveau 3^e du système scolaire français), 82,6% ont un niveau d'études inférieur à 12 années (inférieur au niveau bac, taux inférieur de 4 points au taux déclaré dans les critères d'inclusion). Il n'est ainsi pas surprenant d'observer que seule une faible proportion de femmes sont en cours d'études ou travaillent lors de la rencontre à T1 (42,6%). Parmi les derniers emplois exercés, une grande majorité sont des emplois non ou peu qualifiés. Moins de 10% des femmes rencontrées sont investies dans un parcours de formation ou d'études.

3.6 Situation économique

3.6.1 Résultats : revenus mensuels

Revenus mensuels du ménage	Prénatal (T1)		Postnatal (T2)	
	N	%	N	%
< 534 €	16	20,0	4	5,1
534-840 €	12	15,0	21	26,9
840-1300 €	16	20,0	15	19,2
<i>SOUS-TOTAL <1300€</i>	44	55,0%	40	50,0%
1300-2520 €	29	36,3	32	41,0
2520-6410 €	5	6,2	6	7,7
Ne sait pas	2	2,6	2	2,6
TOTAL	80	100,0	80	100,0

Tableau 20 : revenus mensuels des sujets

3.6.2 Résultats : perception de la situation

Comment percevez-vous votre situation économique ou financière par rapport aux gens de votre âge ?	Prénatal (T1)		Postnatal (T2)	
	N	%	N	%
A l'aise financièrement	15	18,8	9	11,4
Revenus suffisants pour répondre aux besoins	37	46,2	43	54,4
<i>SOUS-TOTAL "A L'AISE"</i>	52	65,0	52	65,0
Pauvre	22	27,5	24	30,4
Très pauvre	0	0,0	2	2,5
<i>SOUS-TOTAL "PAUVRE"</i>	22	27,5	26	32,5
Ne sait pas	4	5,0	1	1,3
Ne souhaite pas répondre	2	2,6	1	1,3
TOTAL	80	100,0	80	100,0

Tableau 21 : perception des sujets de leur situation socio-économique

3.6.3 Commentaires

En France, en 2006, le seuil de pauvreté relatif est de :

- 880€/mois^a pour une personne seule,
- 1144€/mois pour une femme seule avec un jeune enfant
- 1584€/mois pour un couple avec un jeune enfant.

^a Source : INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon04410

55% de notre échantillon déclare un revenu du ménage inférieur à 1300€ en période prénatale, 50% en période postnatale (32% inférieur à 840€/mois). Ces données sont cohérentes avec la description faite (§3.5) du statut professionnel des participantes.

Près d'un tiers des sujets se déclare "pauvre", la moitié des répondants disent leurs revenus "suffisants pour répondre à leurs besoins". Seuls 18% en période prénatale et 11% en postnatal se considèrent "à l'aise financièrement", cette différence s'expliquant par les dépenses nécessaires aux soins de l'enfant nouveau-né.

Nous pouvons donc considérer notre population comme très défavorisée financièrement. Une part importante des sujets a des revenus en-deçà (voire nettement en-deçà) du seuil de pauvreté.

3.7 *Événements de vie et grossesse*

3.7.1 **Résultats : événements de vie durant les 12 derniers mois (T1)**

Plusieurs réponses possibles

Événement de vie	N	%
Décès d'un proche ou d'un ami	16	20,0
Mariage	12	15,0
Fausse couche, IMG, IVG	7	8,8
Difficultés de couple	6	7,8
Conflits familiaux	4	5,0
Déménagement	4	5,0
Divorce	1	1,3
Autres, mineurs (naissances dans la famille, changement professionnel...)	16	20,0

Tableau 22 : événements de vie vécus par les sujets dans les 12 derniers mois

3.7.2 **Résultats : désir de grossesse**

Grossesse	N	%
Grossesse voulue et arrivée au bon moment	38	47,5
Enfant voulu mais plus tôt	7	8,8
<i>SOUS-TOTAL GROSSESSE PLANIFIEE</i>	45	56,3
Enfant voulu mais plus tard	34	42,5
Grossesse non voulue	1	1,3
<i>SOUS-TOTAL GROSSESSE NON PLANIFIEE</i>	35	43,7
TOTAL	80	100,0

Tableau 23 : désir de grossesse des sujets

3.7.3 Commentaires

En ce qui concerne les événements de vie, si la proportion importante de mariages ne surprend pas chez une population jeune de femmes enceintes, le nombre élevé d'événements de vie négatifs (20% de décès de proches, 8% de fausses-couches, IVG ou IMG) informe sur un élément supplémentaire ajoutant au risque psychosocial identifié chez notre population. On notera également le nombre d'événements de vie négatifs en lien avec les relations interpersonnelles (11 difficultés de couple, conflits familiaux ou divorces = 13,8% de l'échantillon).

A peine plus d'une femme sur deux (56,3%) déclare avoir planifié sa grossesse. Selon l'enquête fécondité de Ined-INSERM de 1998^a, 25% des grossesses survenant chez des primipares de 20-24 ans n'étaient pas planifiées, ou non voulues. La sur-représentation (43,7%) des grossesses mal planifiées ou non voulues dans notre échantillon est donc importante, pour une population comparable en âge et parité (l'étude Ined-INSERM ne renseigne pas sur les données socio-démographiques de leur échantillon).

3.8 *Synthèse sur les données socio-démographiques : une population à risques multiples, fragilisée socialement.*

La description de notre population fait ressortir des éléments multiples permettant de la caractériser comme une population très défavorisée socialement et économiquement.

On rappellera notamment que :

- la population est très jeune (22 ans de moyenne d'âge),
- le niveau d'éducation moyen est très faible (82% < niveau bac),
- le niveau socio-économique est très faible (42% sans emploi durant la grossesse, 50% autour ou au-dessous du seuil de pauvreté),
- les femmes migrantes sont sur-représentées (50% de la population),
- les relations interpersonnelles sont souvent de mauvaise qualité (24% prévoient d'élever l'enfant sans son père, 37% des femmes vivent sans le père de l'enfant, 13% déclarent des événements négatifs en lien avec les relations interpersonnelles),
- la grossesse n'est désirée que dans 56% des cas.

^a <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51748>

L'ensemble de ces données peuvent être mises en relation avec les facteurs de risque reconnus des troubles dépressifs du péripartum. Isolement, migration, précarité, primiparité, jeune âge et mauvaises relations avec le père de l'enfant font partie des facteurs de risque majeurs de la dépression pré et post-natale, ainsi que du stress parental (voir revue de la littérature, §1.3 et §1.4.3). On s'attend donc à ce que cette population présente des taux plus importants de détresse psychologique, au moment des interviews de recherche, au 7^e mois de grossesse et aux trois mois de l'enfant.

3.9 *Santé mentale périnatale*

3.9.1 **Résultats : dépression prénatale**

Bien que spécifique au repérage de la dépression du post-partum, l'échelle de dépression d'Edimbourg a également été reconnue efficace dans le dépistage des états dépressifs en prépartum. Le seuil pertinent alors, toujours en France, est de > 11 en prénatal et de > 12 aussi en postnatal (sensibilité = .80, spécificité = .80) (Adouard *et coll.*, 2005). Ce sont ces seuils que nous avons choisi de conserver ici.

Description des scores EPDS prénataux :

Moyenne	11,3
Ecart-type	5,4
Médiane	11,0
Minimum	0
Maximum	24

Tableau 24 : score à l'EPDS T1

Taux de dépression prénatale	N	%
Scores EPDS >11	39	48,7

Dans une méta-analyse récente, Gavin *et coll.* (2005) identifient que 14,5% des femmes enceintes sont susceptibles de développer un syndrome dépressif mineur ou majeur. Dans une étude de référence datant de 1995, Hobfoll *et coll.* ont identifié un taux de dépression de 24,5% au 3^e trimestre de grossesse chez une population américaine économiquement précarisée, en utilisant le questionnaire de dépression de Beck. Evans *et coll.* (2001)

identifient quant à eux un taux de 13,5% de dépression prénatale dans un échantillon de 1222 parturientes anglaises tout-venant.

Le taux de dépression de 48,7% présenté dans notre échantillon est donc extrêmement important, témoignant probablement de l'impact de la précarité socio-économique sur notre population-cible.

3.9.2 Résultats : dépression post-natale

La méta-analyse de O'Hara et Swain, qui fait toujours figure de référence en termes épidémiologiques pour la dépression post-natale trouve un taux de DPN de 13,8%, 3 mois après l'accouchement (O'Hara et Swain, 1996). On a vu (revue de la littérature, §1.4) que les taux étaient cependant extrêmement variables selon les cultures et les populations rencontrées. Il a également été démontré que la précarité socio-économique avait un impact majeur sur le développement de la DPN (revue de la littérature, §1.4.3 et annexe 1).

Description des scores EPDS postnataux

Moyenne	8,7
Ecart-type	5,0
Médiane	9
Minimum	0
Maximum	25

Tableau 25 : score à l'EPDS T2

Taux de dépression postnatale	N	%
Scores EPDS >12	19	24,0

De manière cohérente avec les données prénatales, notre population est caractérisée par un taux de dépression postnatale bien supérieur à celui rencontré en population générale, mais qui se rapproche des taux observés dans les populations précarisées, exclues ou migrantes (voir annexe 1).

3.10 Perspectives sur le test des hypothèses

La population des participantes à la recherche CAPEDP est donc caractérisée par un profil sociopsychologique très particulier, qui n'est comparable à aucune recherche publiée portant

sur les effets du support social sur la santé mentale périnatale. Nous avons pu comparer les taux élevés de dépression pré et post-natale de notre échantillon avec des recherches descriptives menées dans différents contextes internationaux auprès de populations vulnérables, mais il n'existe pas à notre connaissance de référence comparable en ce qui concerne des recherches-actions prospectives.

Il conviendra donc de nous demander en amont du traitement de nos données si les résultats déjà observés sur l'effet du support social en périnatalité pourront se maintenir dans une population pour laquelle les conditions de vie très précaires sont sources de stress psychosociaux importants. Le support social pourra-t-il dans ces conditions fournir des effets observables sur la santé mentale, ou ceux-ci seront-ils "parasités" par l'effet parallèle d'éléments socio-démographiques (faibles revenus, isolement, faible éducation...)?

Chapitre 4 – TEST DES HYPOTHESES

4.1 Définition des variables

4.1.1 Variables de soutien social

Section « Soutien émotionnel »

EMOT1 : « Disponibilité de la mère » : 0/1

EMOT2 : « Disponibilité du conjoint » : 0/1

EMOT3 : « Soutien reçu » : nombre de personnes citées

EMOT4 : « Soutien perçu » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6.Très insatisfait)

EMOT5 : « Soutien perçu de la mère » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6. Très insatisfait)

EMOT6 : « Soutien perçu du conjoint » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6. Très insatisfait)

Section « Soutien matériel »

MATE1 : « Soutien perçu » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6.Très insatisfait)

Section « Guidance / Conseils »

GUID1 : « Soutien reçu » : nombre de personnes citées

GUID2 : « Soutien perçu » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6.Très insatisfait)

Section « Soutien valorisation »

VALO1 : « Soutien perçu » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6.Très insatisfait)

VALO2 : « Soutien perçu de la mère » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6. Très insatisfait)

Section « Vie sociale »

SOCI1 : « Soutien perçu » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6.Très insatisfait)

4.1.2 Autres variables

Perception du statut socio-économique

SECO : réponse à la question « Comment percevez-vous votre situation économique ou financière par rapport aux gens de votre âge ? »

1 : « Je me considère à l'aise financièrement »

2 : « Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille »

3 : « Je me considère pauvre »

4 : « Je me considère très pauvre »

5 : « Ne sait pas »

6 : « Refus »

Dépression

DEPR1 : Score à l'EPDS T1 (0 → 25)

DEPR2 : Score à l'EPDS T2 (0 → 27)

Stress

STRS : Score au PSI T2 (0.33 → 3.58)

Attachement

ATCH1 : Score au VASQ T1 sur la sous-échelle « insécurité » (13 → 56). Si score > 30, les femmes sont qualifiées d'inséculres.

ATCH2 : Score au VASQ T1 sur la sous-échelle « proximité » (15 → 42). Si score ≥ 27, cela définit la recherche de proximité attachementale.

Sentiment de compétences parentales

COMP : Score au PACOTIS T2 sur la sous-échelle « sentiment de compétences parentales » (0 → 7.6). Plus les scores sont élevés, plus le sentiment de compétences parentales est faible.

.

4.2 Analyses descriptives des variables

Item		
<u>Section soutien émotionnel</u>		
EMOT1	N	80
(Disponibilité de la mère)	Valeurs manquantes	1
	Valeurs disponibles	79
	Non	45 (57.0%)
	Oui	34 (43.0%)
EMOT2	N	80
(Disponibilité du conjoint)	Valeurs manquantes	0
	Valeurs disponibles	80
	Non	44 (55.0%)
	Oui	36 (45.0%)
EMOT3	N	80
(Soutien reçu : nombre de personnes citées)	Valeurs manquantes	0
	Minimum / Maximum	0 / 5
	Médiane (IIQ)	1.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.41 (1.04)
EMOT4	N	79
(Soutien perçu : score de 1 à 6)	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	1 / 6
	Médiane (IIQ)	2.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.89 (0.86)
EMOT5	N	34
(Soutien perçu de la mère : score de 1 à 6)	Valeurs manquantes	46
	Minimum / Maximum	1 / 6
	Médiane (IIQ)	1.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.71 (1.12)
EMOT6	N	37
(Soutien perçu du conjoint : score de 1 à 6)	Valeurs manquantes	43
	Minimum / Maximum	1 / 3
	Médiane (IIQ)	2.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.68 (0.67)

Section soutien matériel

MATE1	N	80
(Soutien perçu : score de 1 à 6)	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	1 / 6
	Médiane (IIQ)	1.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.57 (0.86)

Section Guidance/Conseils

GUID1	N	80
(Soutien reçu : nombre de personnes citées)	Valeurs manquantes	0
	Minimum / Maximum	0 / 8
	Médiane (IIQ)	1.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.76 (1.64)

GUID2	N	80
(Soutien perçu : score de 1 à 6)	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	1 / 4
	Médiane (IIQ)	2.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.90 (0.86)

Section Soutien/Valorisation

VALO1	N	80
(Soutien perçu : score de 1 à 6)	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	1 / 6
	Médiane (IIQ)	2.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.82 (1.03)

VALO2	N	36
(Soutien perçu de la mère : score de 1 à 6)	Valeurs manquantes	44
	Minimum / Maximum	1 / 3
	Médiane (IIQ)	1.50 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.64 (0.72)

Section Vie sociale

SOCI1	N	80
	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	1 / 6
	Médiane (IIQ)	2.00 (1.00-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.76 (1.04)

Perception du statut socio-économique

SECO	N	80
	Valeurs manquantes	1
	Valeurs disponibles	79
	« Je me considère à l'aise financièrement »	9 (11.4%)
	« Je considère mes revenus suffisants »	43 (54.4%)
	« Je me considère pauvre »	24 (30.4%)
	« Je me considère très pauvre »	2 (2.5%)
	« Ne sait pas »	1 (1.3%)

Dépression

DEPR1	N	80
	Valeurs manquantes	0
	Minimum / Maximum	0 / 24
	Médiane (IIQ)	11.0 (7.00-15.50)
	Moyenne (écart-type)	11.31 (5.43)

EPDS à T1 >11	N	80
	Valeurs manquantes	0
	Valeurs disponibles	80
	Non	41 (51.3%)
	Oui	39 (48.8%)

DEPR2	N	80
	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	0 / 25
	Médiane (IIQ)	9.00 (5.00-12.00)
	Moyenne (écart-type)	8.72 (5.03)

EPDS à T2 > 12	N	80
	Valeurs manquantes	1
	Valeurs disponibles	79
	Non	60 (76.0)
	Oui	19 (24.0)

Stress

STRS	N	80
	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	0.33 / 3.58

	Médiane (IIQ)	1.58 (1.33-1.92)
	Moyenne (écart-type)	1.67 (0.53)
<u>Attachement</u>		
ATCH1	N	80
	Valeurs manquantes	0
	Minimum / Maximum	13.00 / 56.00
	Médiane (IIQ)	33.00 (30.00-39.00)
	Moyenne (écart-type)	33.65 (7.15)
ATCH2	N	80
	Valeurs manquantes	0
	Minimum / Maximum	15.00 / 42.00
	Médiane (IIQ)	30.00 (27.00-33.00)
	Moyenne (écart-type)	29.86 (4.87)
<u>Sentiment de compétences parentales</u>		
COMP	N	80
	Valeurs manquantes	1
	Minimum / Maximum	0 / 4
	Médiane (IIQ)	1.20 (0.40-2.00)
	Moyenne (écart-type)	1.27 (1.01)

Tableau 26 : analyses descriptives des variables

4.3 Méthode d'analyse des hypothèses:

4.3.1. Données

Nous avons traité les données sur l'échantillon de 80 sujets disponibles. Nous disposions de variables :

- discrètes :

EMOT1, EMOT2, EPDS lorsqu'elle fut traitée de manière dichotomique, en prenant pour repère le seuil de 12, SECO lorsqu'elle fut traitée de manière catégorielle.

- continues :

EMOT3, EMOT4, EMOT5, EMOT6, MATE1, GUID1, GUID2, VALO1, VALO2, SOCI1, SECO lorsqu'elle était traitée de manière continue (de 1 à 4), EPDS lorsqu'elle était traitée de manière continue (de 0 à 30), STRS, ATCH1, ATCH2, COMP.

4.3.2. Analyses

Lorsque le critère d'ajustement (VD) était continu, les analyses ont été réalisées :

- dans le cas d'analyses paramétriques, par régression linéaire simple puis multivariée dans le cas où plusieurs items étaient à tester ou bien lors de la recherche d'une interaction entre plusieurs facteurs. Les variables ayant un seuil de significativité ($p < 0.20$) en analyse univariée ont été incluses dans un modèle multivarié.
- dans le cas d'analyses non-paramétriques,
 - en comparant les scores moyens des groupes (en cas de VI catégorielle) à l'aide du test Z de Wilcoxon pour échantillons appariés,
 - en calculant les corrélations entre une VI continue et la VD continue à l'aide du coefficient de corrélation ρ (rho) de Spearman, en utilisant une corrélation bivariée.

Lorsque le critère d'ajustement (VD) est de type binaire (oui/non), les analyses ont été réalisées

- dans le cas d'analyses paramétriques,
 - par régression logistique univariée puis multivariée dans le cas où plusieurs items étaient à tester ou bien lors de la recherche d'une interaction entre plusieurs facteurs. Les variables ayant un seuil de

signification $p < 0.20$ en analyse univariée ont été incluses dans un modèle multivarié,

- ou, si une seule autre variable discrète était à tester, par un test de χ^2 .
- dans le cas d'analyses non-paramétriques, où la VI était également discrète, par un χ^2 de Mc Nemar, pour échantillons appariés.

Les analyses de données paramétriques ont été réalisées suite à la vérification de la normalité de la distribution. Les analyses non-paramétriques ont été systématiquement réalisées lorsque l'analyse impliquait de petits échantillons ($N < 40$).

4.4 Test de l'hypothèse A (HA)

Rappel de HA : Le support social émotionnel a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale.

4.4.1 HA1 : Les femmes se déclarant émotionnellement soutenues en période prénatale présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2

Rappel de EMOT1 : disponibilité de la mère (mère citée dans le réseau de support émotionnel)

Test du χ^2

EPDS	≤ 12 (N=60)	> 12 (N=19)	Chi2 (1)	p exacte
EMOT1 OUI	33	12	0.13	0.7188
EMOT1 NON	27	7		

Rappel de EMOT2 : disponibilité du conjoint (conjoint cité dans le réseau de support émotionnel)

Test du Chi2

EPDS	<=12 (N=60)	>12 (N=19)	Chi2 (1)	p exacte
EMOT1 OUI	33	10	0.007	0.9333
EMOT1 NON	27	9		

Rappel de EMOT3 : « Soutien reçu » : nombre de personnes citées

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=60)		>12 (N=19)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT3	1.38	0.98	1.58	1.22	0.5006	0.6167

Rappel de EMOT4 : « Soutien perçu » : score de 1 à 6 (1.Très satisfait → 6.Très insatisfait)

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=60)		>12 (N=19)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT4	1.88	0.90	1.89	0.74	0.3493	0.7269

Rappel de EMOT5 : « Soutien perçu de la mère » : score de 1 à 6 (1.Très satisfait → 6. Très insatisfait)

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=27)		>12 (N=7)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT5	1.70	1.24	1.71	0.49	1.0023	0.3162

Rappel de EMOT6 : « Soutien perçu du conjoint » : score de 1 à 6 (1.Très satisfait → 6. Très insatisfait)

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=28)		>12 (N=9)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT6	1.68	0.61	1.67	0.87	-0.2734	0.7845

4.4.2 HA2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant émotionnellement soutenues voient leur dépression se résorber. Le soutien émotionnel joue un rôle tampon sur la dépression.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2 chez les femmes déprimées à T1 (n=39)

Rappel de EMOT1 : disponibilité de la mère (mère citée dans le réseau de support émotionnel)

Test du Chi2 de Mc Nemar

EPDS	<=12 (N=27)	>12 (N=12)	Chi2 (1)	p exacte
EMOT1 OUI	16	7	0.50	0.4795
EMOT1 NON	11	5		

Rappel de EMOT2 : disponibilité du conjoint (conjoint cité dans le réseau de support émotionnel)

Test du Chi2 de Mc Nemar

EPDS	<=12 (N=27)	>12 (N=12)	Chi2 (1)	p exacte
EMOT1 OUI	14	6	1.89	0.1687
EMOT1 NON	13	6		

Rappel de EMOT3 : « Soutien reçu » : nombre de personnes citées

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=27)		>12 (N=12)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT3	1.48	1.05	1.42	1.00	-0.0163	0.9870

Rappel de EMOT4 : « Soutien perçu » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6.Très insatisfait)

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=27)		>12 (N=12)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT4	2.15	0.95	2.00	0.74	-0.1925	0.8474

Rappel de EMOT5 : « Soutien perçu de la mère » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6. Très insatisfait)

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=11)		>12 (N=5)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT5	2.27	1.74	1.60	0.55	-0.3043	0.7609

Rappel de EMOT6 : « Soutien perçu du conjoint » : score de 1 à 6 (1. Très satisfait → 6. Très insatisfait)

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=13)		>12 (N=6)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
EMOT6	1.69	0.63	1.50	0.84	-0.7263	0.4676

4.4.3 HA3 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le stress parental, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre dans des conditions de stress.

L'hypothèse A3 ne prenait son sens que si l'hypothèse A2 avait pu se vérifier. Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, nous avons retenu l'ensemble des hypothèses nulles concernant les facteurs du support social émotionnel et leur impact sur la pérennisation de la dépression post-natale.

Nous avons cependant réalisé une régression linéaire simple, qui confirme l'absence de liens entre le support social émotionnel et la dépression post-natale. Le rapport entre dépression prénatale et dépression postnatale est identifié ici, ce qui corrobore l'ensemble des données de la littérature. On retrouve enfin un lien entre dépression post-natale et stress post-natal, ce qui ne peut que difficilement être interprété, compte tenu de la cooccurrence des phénomènes observés.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2 (n=79)

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (76)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
DEPR1 (n=79)	0.3089	0.0996	4.15	p=0.0027
EMOT1 (n=79)	0.0758	1.1505	0.07	p=0.9476
EMOT2 (n=79)	-0.7642	1.1405	-0.67	p=0.5048
EMOT3 (n=79)	-0.0184	0.5545	-0.03	p=0.9737
EMOT4 (n=79)	0.5260	0.6623	0.79	p=0.4295
EMOT5 (n=34)	0.3524	0.8084	0.44	p=0.6658
EMOT6 (n=37)	-0.3540	1.2575	-0.28	p=0.7800
STRS (n=79)	3.4557	1.0072	3.43	p=0.0010

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=79)

<i>Item</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (76)</i>	<i>p-value</i>
Intercept	2.9531	1.7128	1.72	p=0.0887
DEPR1	2.6552	1.0832	2.45	p=0.0165
STRS	2.6628	1.0282	2.59	p=0.0015

R² = 0.1962

4.4.4 HA4 : L'hypothèse A2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social émotionnel est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement insécure.

De même, l'hypothèse A4 ne trouvait son intérêt que si l'hypothèse A2 était vérifiée.

Nous avons cependant réalisé la régression linéaire simple qui soulève une tendance entre la variable "attachement" et la variable "dépression post-natale", sans que ce lien puisse être confirmé en contrôlant pour la dépression prénatale (analyse multivariée).

Variable à expliquer : Score EPDS à T2 (n=79)

Rappel : ATCH1 = score au VASQ T1 sur la sous-échelle "insécurité" (score de 13 à 56).

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (76)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
DEPR1 (n=79)	0.3089	0.0996	4.15	p=0.0027
EMOT1 (n=79)	0.0758	1.1505	0.07	p=0.9476
EMOT2 (n=79)	-0.7642	1.1405	-0.67	p=0.5048
EMOT3 (n=79)	-0.0184	0.5545	-0.03	p=0.9737
EMOT4 (n=79)	0.5260	0.6623	0.79	p=0.4295
EMOT5 (n=34)	0.3524	0.8084	0.44	p=0.6658
EMOT6 (n=37)	-0.3540	1.2575	-0.28	p=0.7800
ATCH1 (n=79)	0.1509	0.0779	1.94	p=0.0563

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=79)

<i>Item</i>	<i>Coefficient</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (76)</i>	<i>p-value</i>
Intercept	5.3182	2.6530	2.00	p=0.0486
DEPR1	3.2043	1.1860	2.70	p=0.0085
ATCH1	0.0541	0.0830	0.65	p=0.5169

R² = 0.1301

4.4.5 Synthèse sur les résultats de l'hypothèse A

Les résultats de ces analyses mettent en évidence une absence de lien entre les variables liées au support social émotionnel durant la grossesse et le critère d'ajustement de santé mentale périnatale qu'est la mesure de la dépression post-natale par l'EPDS à T2.

L'hypothèse A1 testant l'effet direct du support social émotionnel sur la dépression post-natale a été infirmée pour l'ensemble des variables de support social. Les analyses univariées n'ayant pas produit de résultat, nous n'avons donc pas procédé à une analyse multivariée.

L'hypothèse A2 cherchant à analyser l'effet tampon du support social émotionnel sur la dépression a également été infirmée par l'analyse univariée.

En l'absence de résultats à l'hypothèse A2, nous ne pouvons tester les hypothèses A3 et A4. Nous avons néanmoins choisi de tester l'effet du stress parental sur la dépression post-natale, en fonction du support émotionnel (hypothèse A3). L'analyse univariée montre à la fois un lien important entre dépression pré- et post-natale ($p=.002$), ainsi qu'un fort lien entre stress parental post-natal et dépression post-natale ($p=.001$), liens qui se confirment dans l'analyse multivariée ($p=.016$ et $p=.0015$, $R^2=.19$). L'analyse met cependant en valeur la distance entre les variables de support émotionnel et les critères de santé mentale.

Avec la même démarche, nous avons choisi de tester l'effet de l'attachement insécure sur la dépression post-natale (hypothèse A4), en présence des variables de support social. L'analyse univariée montre qu'il existe une relation entre le style d'attachement et la dépression post-natale ($p=.056$), relation non confirmée lors de l'analyse multivariée ($p=.51$). A nouveau, les résultats ne font émerger aucune relation entre support social et DPN.

4.5 Test de l'hypothèse B (HB)

Rappel de HB : Le support social matériel n'a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale que chez les femmes déclarant n'avoir pas les revenus suffisants pour répondre à leurs besoins fondamentaux.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2 ($n=79$)

Pour rendre compte des différences de perception des statuts socio-économiques des participantes à la recherche, nous avons créé deux groupes :

- Un groupe "SECO +" : la variable SECO est codée :
 - 1 : « Je me considère à l'aise financièrement »,
 - 2 : « Je considère mes revenus suffisants pour répondre à mes besoins fondamentaux ou à ceux de ma famille ».
- Un groupe "SECO -" : la variable SECO est codée :

- 3 : « Je me considère pauvre »,
- 4 : « Je me considère très pauvre ».

Nous avons ensuite procédé pour chacun de ces groupes à des corrélations non-paramétriques entre la variable "support social matériel et le score EPDS T2" :

Test de corrélation de Spearman

	<i>Rho</i>	p-value
Corrélation entre MATE1 et EPDS		
groupe SECO+ (n=52)	0.1967	p=0.1623
groupe SECO- (n=26)	0.0016	p=0.9939

Nous avons posé l'hypothèse que l'on observerait dans le groupe SECO- une corrélation inverse entre l'intensité du soutien reçu et la dépression post-natale, ce qui n'est pas confirmé ici. Nous avons également postulé que l'intensité de la corrélation serait plus importante dans le groupe SECO- que dans le groupe SECO+, ce qui n'est pas non plus validé.

Nous avons précédemment tenté d'observer des liens entre la dépression post-natale (EPDS T2) et la variable MATE1 (soutien matériel perçu) dans une analyse de régression linéaire simple, paramétrique (N=79), qui n'avait pas permis de valider notre hypothèse.

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de régression linéaire</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
DEPR1 (n=79)	0.3089	0.0996	4.15	p=0.0027
MATE1 (n=79)	0.7414	0.6631	1.12	p=0.2670
SECO (n=79)	1.2109	0.7518	1.61	p=0.1114

4.6 Test de l'hypothèse C (HC)

Rappel de HC : Le support social informatif a un effet indirect sur la prévention de la dépression post-natale, via la promotion du sentiment de compétences parentales.

4.6.1 HC1 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en période prénatale présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.

Variable à expliquer : Score au PACOTIS à T2 sur la sous-échelle « sentiment de compétences parentales »

Rappel : GUID1 = Soutien informatif reçu (nombre de personnes citées) et GUID2 = Soutien informatif perçu global (score de 1 à 6).

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
GUID1 (n=79)	0.0971	0.0691	1.40	0.1641
GUID2 (n=79)	0.2016	0.1319	1.53	0.1306

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=79)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (76)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
Intercept	0.6386	0.3111	2.05	0.0435
GUID1	0.1108	0.0687	1.61	0.1109
GUID2	0.2262	0.1314	1.72	0.0893

R² = 0.0616

4.6.2 HC2 : Les femmes se déclarant informativement soutenues en prénatal présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui ne se vérifie qu'en incluant la variable "sentiment de compétence parentale" dans l'équation.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2

Rappel : COMP = score au Pacotis T2 sur la sous-échelle "sentiment de compétence parentale" (score de 0 à 7,6)

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de régression linéaire</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
DEPR1 (n=79)	0.3089	0.0996	4.15	p=0.0027
GUID1 (n=79)	0.3691	0.3474	1.06	p=0.2914
GUID2 (n=79)	0.1184	0.6694	0.18	p=0.8600
COMP (n=79)	1.2649	0.5513	2.29	p=0.0245

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=79)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de régression linéaire</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (76)</i>	p-value
Intercept	5.5289	0.9661	5.72	p<0.0001
DEPR1	3.4278	1.0388	3.30	p=0.0015
COMP	1.1853	0.5196	2.28	p=0.0253

R² = 0.1813

4.6.3 Synthèse sur les résultats de l'hypothèse C

L'hypothèse C avait pour objet de présenter les liens entre support social informatif, sentiment de compétence parentale et santé mentale périnatale.

L'hypothèse C1 testait l'effet des variables liées à la guidance sur le sentiment de compétence parentale (évalué par le PACOTIS, à T2). Les deux variables retenues lors du processus Delphi (nombre de personnes citées, soutien perçu) franchissent le seuil retenu à l'analyse univariée (respectivement p=.16 et p=.13), mais ne montrent pas de relation franche avec le sentiment de compétence parentale dans l'analyse multivariée (p=.11 et p=.08). Une tendance semble néanmoins pouvoir être dégagée, notamment en ce qui concerne le soutien perçu.

L'hypothèse C2 cherchait à expliquer la variable DPN (EPDS à T2) par les variables de support social informatif, associées au sentiment de compétence parentale. L'analyse univariée présente l'absence d'effet direct de la guidance sur la DPN, et met en valeur un lien entre sentiment de compétence parentale et DPN ($p=.02$), lien confirmé lors de l'analyse multivariée ($p=.02$, $R^2= .18$).

4.4. Test de l'hypothèse D (HD)

Rappel de HD : Le support social de valorisation a un effet direct ET indirect sur la prévention de la dépression post-natale.

4.4.1 HD1 : Les femmes se déclarant valorisées présentent un sentiment de compétences parentales plus élevé, 3 mois après la naissance.

Variable à expliquer : Score au PACOTIS à T2 sur la sous-échelle « sentiment de compétences parentales »

Rappel : VALO1 = Soutien de valorisation perçu (score de 1 à 6), VALO2 = Soutien de valorisation perçu, de la mère (score de 1 à 6).

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de régression linéaire</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
VALO1 (n=79)	0.2601	0.2234	3.54	p=0.0007
VALO2 (n=36)	0.6319	0.2109	3.00	p=0.0051

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=36)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (76)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
Intercept	0.2003	0.3931	0.51	p=0.6138
VALO1	0.3749	0.3327	1.13	p=0.2678
VALO2	0.3241	0.3446	0.94	p=0.3538

R² = 0.2381

4.4.2 HD2 : Les femmes se déclarant valorisées présentent un moindre taux de dépression post-natale, qui se vérifie aussi bien en la présence qu'en l'absence de la variable "sentiment de compétences parentales" dans l'équation.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
DEPR1 (n=79)	0.3089	0.0996	4.15	p=0.0027
VALO1 (n=79)	0.3245	0.5528	0.59	p=0.5589
VALO2 (n=36)	2.2109	1.2459	1.77	p=0.0849
COMP (n=79)	1.2649	0.5513	2.29	p=0.0245

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=36) Sans l'interaction

Items	Coefficient de			
	régression	Erreur standard	t (31)	p-value
Intercept	2.3230	2.1588	1.08	p=0.2899
DEPR1	4.8764	1.6179	3.01	p=0.0050
VALO2	1.8190	1.2520	1.45	p=0.1560
COMP	0.6789	0.9209	0.74	p=0.4664

R² =0.3198

4.4.3 Synthèse sur les résultats de l'hypothèse D

Les hypothèses D1 et D2 testaient l'effet de la facette "valorisation" du support social sur le sentiment de compétence parentale et la dépression post-natale.

Le test de l'hypothèse D1 a permis de mettre en valeur les liens entre soutien perçu (p=.0007), soutien perçu de la mère (p=.005) et sentiment de compétence parentale. Ce lien ne se confirme cependant pas dans l'analyse multivariée (respectivement p=.26 et p=.35).

L'analyse univariée de l'hypothèse D2 signale le lien (p=.08) entre soutien perçu de la mère et dépression post-natale, lien non-confirmé lorsque l'on contrôle pour le niveau de dépression prénatale (analyse multivariée : p=.15, R²=.32).

4.5 Test de l'hypothèse E (HE)

Rappel de HE : Le support social de socialisation a un effet direct sur la prévention de la dépression post-natale.

4.5.1 HE1 : Les femmes se déclarant socialement entourées en prénatal présentent un moindre taux de dépression 3 mois après la naissance de l'enfant.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2

Pour le test de ces deux hypothèses HE1 et HE2, nous avons souhaité confirmer les résultats observés dans le cadre d'une analyse paramétrique impliquant deux variables continues

(régression linéaire) par une analyse non-paramétrique réalisée après catégorisation de la variable EPDS en positif (>12) ou négatif (<=12).

Rappel : SOCI1 = soutien de socialisation perçu (score de 1 à 6)

Analyse univariée (régression linéaire simple)

Items	Coefficient de		t (77)	p-value
	régression	Erreur standard		
SOCI1 (n=79)	0.0778	0.0463	1.68	p=0.0967

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=60)		>12 (N=19)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
SOCI1	1.65	0.95	2.11	1.24	1.8566	0.0634

4.5.2 HE2 : Les femmes déprimées durant leur grossesse et se déclarant socialement entourées voient leur dépression se résorber.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2 chez les femmes déprimées à T1

Analyse univariée (régression linéaire simple)

Items	Coefficient de		t (37)	p-value
	régression	Erreur standard		
SOCI1 (n=39)	0.1288	0.0643	2.00	p=0.0526

Test de Wilcoxon

EPDS	<=12 (N=27)		>12 (N=12)		Z	p exacte
	Moyenne	σ	Moyenne	σ		
SOCI1	1.74	0.98	2.50	1.31	2.2931	0.0218

4.5.3 HE3 : L'hypothèse E2 ne se vérifie plus pour les femmes présentant un niveau de stress parental élevé.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
DEPR1 (n=79)	0.3089	0.0996	4.15	p=0.0027
SOCI1 (n=79)	0.8138	0.5432	1.50	p=0.1382
STRS (n=79)	3.4557	1.0072	3.43	p=0.0010

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=79)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (74)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
Intercept	2.3347	2.9182	0.80	p=0.4262
DEPR1	2.6187	1.1140	2.35	p=0.0214
SOCI1	0.3077	1.5182	0.20	p=0.8399
STRS	3.0506	1.6448	1.85	p=0.0676
SOC1*STRS	-0.1737	0.6356	-0.27	p=0.7854

R² = 0.1972

4.5.4 HE4 : L'hypothèse E2 se vérifie également en contrôlant pour le style d'attachement, mais l'effet tampon du support social de socialisation est moindre chez les personnes présentant un style d'attachement distant.

Variable à expliquer : Score EPDS à T2

Rappel : ATCH2 = score au VASQT1 sur la sous-échelle "proximité" (score de 15 à 42).

Analyse univariée (régression linéaire simple)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
DEPR1 (n=79)	0.3089	0.0996	4.15	p=0.0027
SOCI1 (n=79)	0.8138	0.5432	1.50	p=0.1382
ATCH2 (n=79)	0.1033	0.1193	0.87	p=0.3890

Analyse multivariée à partir des items significatifs en analyse univariée (n=79)

<i>Items</i>	<i>Coefficient de</i>			
	<i>régression</i>	<i>Erreur standard</i>	<i>t (77)</i>	p-value
	<i>linéaire</i>			
Intercept	4.6562	1.4193	3.28	p=0.0016
DEPR1	0.2880	0.1029	2.80	p=0.0065
SOCI1	0.4481	0.5367	0.83	p=0.4064

R² = 0.1191

4.5.5 Synthèse sur les résultats de l'hypothèse E

L'hypothèse E tentait d'apporter un éclairage sur l'impact du soutien de socialisation sur la santé mentale.

L'hypothèse E1 met ici en évidence un lien (tendance, p=.09) entre le soutien de socialisation perçu et le score EPDS à T2. Ce lien est confirmé lorsque l'on utilise la variable EPDS T2 en tant que variable catégorielle (comme c'est souvent le cas dans la littérature).

L'hypothèse E2 vient confirmer la tendance soulevée en E1, en montrant l'effet tampon du support de socialisation sur la pérennisation des symptômes dépressifs prénataux en post-natal. Ainsi, les femmes déprimées à T1 et se déclarant socialement soutenues sont moins à risque de voir leur dépression se prolonger.

L'hypothèse E3 testant l'effet tampon du support social en présence de stress parental est partiellement confirmée. Il apparaît ainsi que la tendance dans le lien observée dans l'analyse

univariée ($p=.13$) n'est plus confirmée dans l'analyse multivariée lorsqu'on introduit la dépression prénatale et le stress parental dans l'équation.

Enfin, l'hypothèse E4, qui cherchait à évaluer l'impact d'un style d'attachement distant dans l'effet du support de socialisation sur la dépression post-natale est infirmée, l'analyse univariée ne permettant pas de mettre en évidence un lien entre ce style d'attachement et le score EPDS à T2.

4.6 Synthèse graphique des résultats

La figure 17 présente une synthèse graphique des résultats observés dans ces analyses. Nous avons reporté pour chaque lien la valeur de p . Les liens en gras soulignent une $p \leq .005$.

Légende :

- RS - : réseau de soutien social,
- SR - : soutien reçu,
- SP - : soutien perçu,
- E : émotionnel, M : matériel, I : informatif, V : valorisation, S : socialisation,
- DPrén : dépression prénatale, DPN : dépression post-natale
- SCP : sentiment de compétence parentale
- Att : Attachement
- Statut SE : statut socio-économique

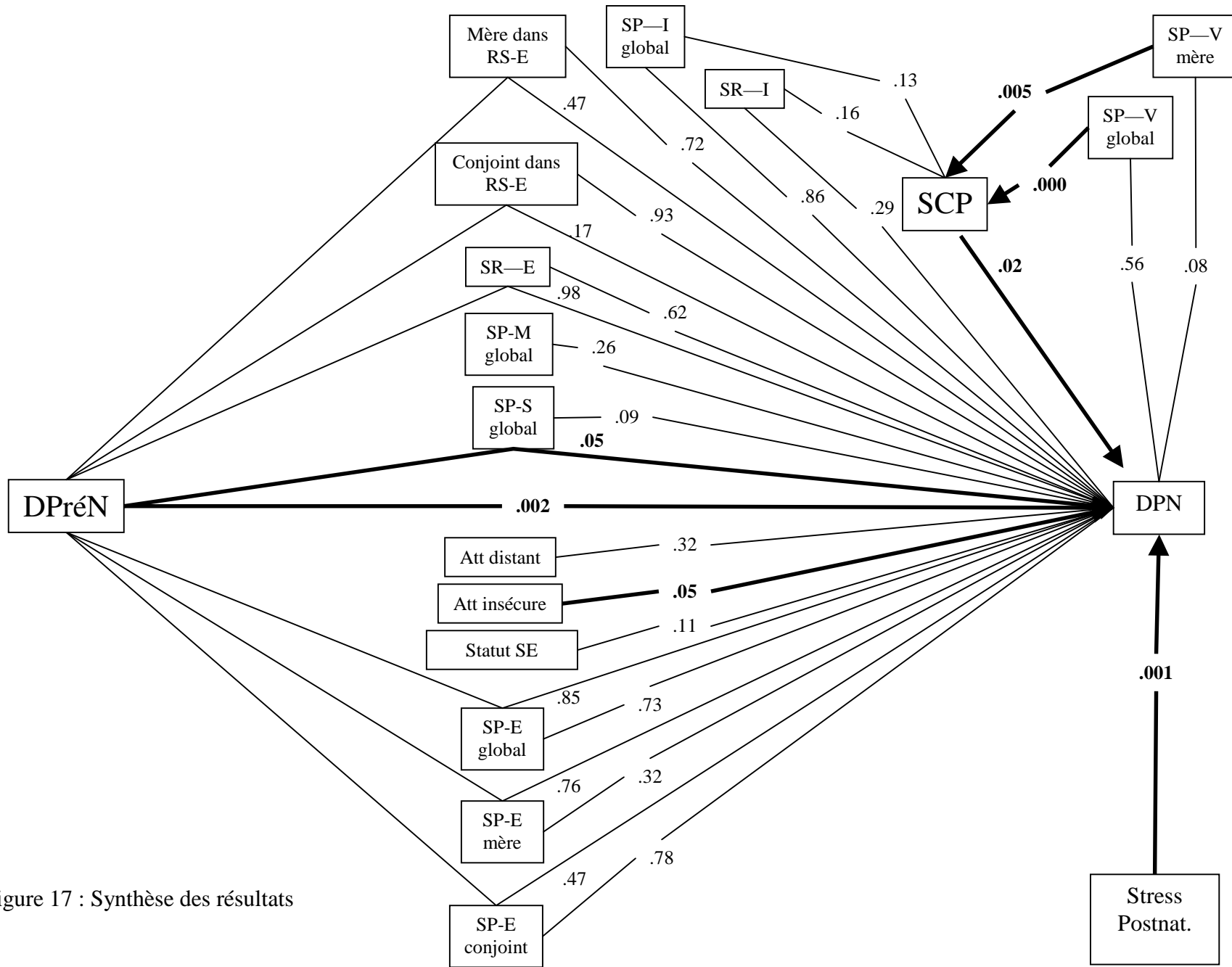


Figure 17 : Synthèse des résultats

Chapitre 5 - DISCUSSION

L'objectif de ce travail de doctorat était de mettre en évidence l'impact relatif des différentes formes de support social sur la santé mentale périnatale, et en particulier sur la prévention de la dépression post-natale.

Auprès d'une population de 80 jeunes femmes primipares participant à la recherche-action CAPEDP, nous avons étudié les effets de cinq dimensions du support social prénatal sur le stress parental, le sentiment de compétences parentales et la dépression post-natale.

Les résultats des analyses statistiques univariées et multivariées ne permettent pas de distinguer un effet protecteur net du support social sur la santé mentale périnatale (et notamment sur la pérennisation de la dépression post-natale). Contrairement à ce qui a été rapporté dans la littérature sur le support social, nous avons observé une forme d'indépendance entre les différentes dimensions du support social et les critères d'ajustement de santé mentale. Ces résultats ouvrent donc à une réflexion riche, méthodologique et théorique sur les raisons d'une telle absence de lien.

Nous entamerons cette discussion par un rappel des limites de l'étude et par leur possible effet sur les résultats observés. Il convient en effet de ne pas tenter une analyse des résultats observés sans procéder à une analyse critique des données méthodologiques de notre recherche et notamment de la taille de notre échantillon, des modèles méthodologiques utilisés ou des outils proposés aux participantes. A la lumière de ces limites, nous tâcherons par la suite de faire émerger une réflexion sur l'impact du support social sur la santé mentale des populations les plus précaires, en insistant sur la nécessité de revoir les modèles, pratiques et disciplines psychologiques face à l'émergence de nouveaux besoins de terrain, comportant une intrication des problématiques psychologiques et sociales.

5.1 Limites de l'étude

Les données recueillies dans le cadre de ce travail de doctorat sont les premières données extraites de la recherche-action CAPEDP. Cette recherche, qui est actuellement l'essai le plus important jamais mené en France dans le champ de la santé mentale de la petite enfance a bénéficié à cet égard d'un soutien méthodologique important. Ainsi, la méthodologie PROBE (*Prospective Randomized Open Blinded Endpoint study*) a permis d'assurer un recrutement randomisé de qualité, des évaluations réalisées en aveugle du bras de randomisation et un traitement des données assuré par une équipe indépendante.

Cependant nous soulevons dans ce travail doctoral plusieurs limites importantes, justifiant d'appeler à une réplique de la recherche avec l'ensemble des sujets de l'étude CAPEDP.

5.1.1 Choix et nombre des sujets

La première limite concédée par ce travail est naturellement la nature et la taille de l'échantillon analysé.

5.1.1.1. Nature de l'échantillon

Nous avons choisi de ne conserver que les sujets du bras "soins usuels" de la recherche CAPEDP. Le choix nous était offert de procéder aux analyses sur 162 sujets des deux bras confondus, sans avoir accès à la variable "bras de randomisation", ou de faire ces analyses sur 80 sujets du bras contrôle. Le protocole d'observation à T2 étant en cours au moment de l'analyse de ces résultats, nous ne pouvions pas procéder à une comparaison des bras, pour des raisons méthodologiques évidentes, contraignantes pour le protocole CAPEDP. Nous avons ainsi choisi de ne pas effectuer des analyses sur l'ensemble de l'échantillon CAPEDP, les sujets incluses dans le bras intervention recevant une intervention communautaire psychosociale destinée notamment à mieux se servir de son réseau de support social. Cette intervention qu'il n'était pas possible d'identifier dans les variables recueillies aurait ainsi possiblement parasité les résultats obtenus, en produisant des effets sur la dépression post-natale, le stress parental ou le sentiment de compétences parentales.

Par ailleurs, et pour des raisons dues à la taille de l'échantillon, nous n'avons pas procédé à des analyses comparatives entre les sujets inclus sur le critère "prévoit d'élever l'enfant sans le père de celui-ci" et les autres participantes. Ce critère, pouvant renvoyer à une mesure du support social (présence/absence du conjoint – celui-ci n'étant pas nécessairement le père de l'enfant) méritera dans les analyses sur l'ensemble de la cohorte de faire l'objet d'une analyse descriptive comparative avec les autres critères de recrutement psychosociaux (nombre d'années d'études, parturientes touchant la CMU/l'AME).

5.1.1.2. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon final (N=80) est limitante en termes de puissance statistique. L'essentiel des hypothèses a été rejeté, et il est peu aisé de définir la part liée au contexte

particulier de notre population, comme nous en poserons l'hypothèse plus bas, et celle liée au défaut de puissance. Si le choix de ne conserver que les sujets du bras "soins usuels" de la recherche a permis de contourner un biais de nature de l'échantillon, il a limité les analyses possibles, et leur résultat.

Les résultats faisant état d'une tendance pâtissent ainsi sans doute du faible nombre de sujets recrutés. Par ailleurs, dans le cas où les analyses univariées ont ou auraient permis de procéder à des analyses multivariées (régressions hiérarchiques notamment), nous nous serions heurtés aux recommandations de Tabachnik et Fidell (2006) pour lesquels les analyses limitent à 20 sujets/variables le seuil en-deçà duquel les analyses ne peuvent être menées.

Les hypothèses seront donc retestées sur l'ensemble des 220 sujets du bras contrôle, après la dernière évaluation T2, en décembre 2009, puis sur l'ensemble des 440 participantes CAPEDP, en isolant la variable "bras de randomisation".

5.1.2 Outils utilisés

Le choix des outils d'un protocole de recherche comporte en soi les limitations de la métrologie. Ainsi, le choix de retenir comme critère de jugement de santé mentale les scores bruts fournis par les sujets à T2 à :

- EPDS (dépression),
- PSI (stress),
- PACOTIS (sentiment de compétence parentale),

peut être vu comme un choix particulier lié aux contraintes méthodologiques des travaux scientifiques. Ces outils sont des questionnaires, validés, mais limités de fait dans leur appréhension des phénomènes observés. La question des données qualitatives est donc au centre de cette limite perçue et les évaluations qualitatives (entretiens, focus-groups) qui seront menées en 2009-2011 auprès des sujets ayant participé à la recherche CAPEDP permettront à la fois de venir soutenir ou compléter les données recueillies à l'aide des questionnaires, et d'apporter une dimension plus particulière à la notion de support social, tel que le perçoivent les participantes au projet. Dans de telles conditions de migration, de précarité sociale et de vulnérabilité psychologiques, nous pouvons en effet être en droit de nous demander si les outils utilisés, validés auprès de populations de sujets tout-venants peuvent fournir des informations précises sur les phénomènes que l'on cherche à observer.

5.1.3 Choix des critères de jugement

Le point précédent appelle ainsi à une réflexion sur les critères de jugement choisis pour observer les effets du support social sur la santé mentale périnatale.

Pour ce qui concerne la mesure du support social, nous avons adapté le questionnaire SSR de Vaux pour élaborer un outil adapté à la méthodologie de la recherche CAPEDP. Cet outil, dont les qualités psychométriques avaient été soulignées par Vaux est un outil comportant une dimension qualitative (première question), mais dont la structure reste très cadrée. Si l'outil ne semble pas constituer une limite de la recherche, peut être pouvons-nous poser l'hypothèse que le modèle en six facteurs de Barrera est limitatif par rapport au facteur culturel, limitant l'expression du support social à ces six dimensions (émotionnel, matériel, financier, informatif, socialisation, valorisation).

Mais c'est essentiellement sur la dimension "santé mentale" que les critères de jugement peuvent être critiqués. Comme nous le soulignons dans la partie 4.2.3.2 de notre revue de la littérature, les critères de jugement liés à la santé mentale dite "positive" sont peu nombreux et l'on dénombre encore moins d'outils capables de les identifier avec les caractéristiques psychométriques suffisantes pour répondre aux critères des recherches scientifiques.

Nous avons ainsi choisi de retenir la dépression, le stress parental et le sentiment de compétence parentale comme critères de jugement de santé mentale. Parmi ces trois mesures, deux sont directement en lien avec le modèle psychopathologique tandis que l'une (le sentiment de compétence parentale) est une mesure davantage liée à la perception subjective de soi en tant que "bon" parent.

L'élaboration d'un modèle multifactoriel de l'effet du support social sur la santé mentale nécessiterait (et encore plus en période périnatale) la recherche de critères de jugement pouvant jouer un rôle modérateur ou médiateur entre les VD et les VI. On peut ainsi penser aux notions de "bien-être", de "gratitude", d'"épanouissement".

Le développement de la psychologie positive comme discipline mais aussi et surtout comme champ de recherche permettra sans doute d'apporter de nouvelles pistes de travail pour les recherches appliquées en psychologie sociale de la santé.

5.2 Discussion des résultats

5.2.1 Introduction : rappel sur les effets paradoxaux du support social

L'étude princeps de Cutrona menée en 1984 auprès de 71 primipares d'un niveau socio-économique moyen a pour la première fois tenté d'élaborer une modélisation multifactorielle de l'effet des différentes formes de support social sur la santé mentale. L'auteur avait notamment identifié que :

- l'effet tampon du support social sur la santé mentale n'était pas clair et restait très dépendant des stressés externes,
- c'était la perception qu'avaient les jeunes parents de la présence de leur réseau social qui expliquait mieux les effets sur la santé mentale,
- la socialisation post-natale des jeunes mères leur permettait de recevoir des informations normalisantes apaisantes concernant leur enfant.

Wareham et coll. (2007) ont quand à eux observés des effets paradoxaux entre le support social et la dépression post-natale : s'il apparaissait que les interactions sociales et le soutien informatif permettent de réduire la durée de la dépression, la présence de soutien émotionnel était associée à une intensité plus importante de la dépression.

L'impact négatif du support social sur la santé mentale est observé par d'autres auteurs (Bertera, 2005; Reinhardt, 2001). Comme nous le soulignons plus haut (voir revue de la littérature, §4.2.3.1) :

Il semble en effet que le soutien social, lorsqu'il s'exerce dans le cadre d'environnements sociaux "négatifs" (stress sociaux, environnements précaires, réseau de personnes en souffrance...) peut avoir des effets morbides sur la santé mentale et la santé, à l'image des résultats obtenus sur les comportements prosociaux et déviants par les chercheurs nord-américains s'intéressant à l'effet négatif de l'environnement de vie (Hawkins, 2000; Wareham et coll., 2007)

Ces résultats étaient également rapportés dans une population adolescente par Logsdon et coll. (2005), soulignant la corrélation positive entre intensité des symptômes dépressifs à 6 semaines post-partum et intensité du soutien reçu de son entourage.

Les résultats observés dans le cadre de ce travail de doctorat peuvent donc être discutés au regard d'une littérature existante ayant déjà mis en avant les effets "paradoxaux" du soutien social, notamment en période périnatale. Des implications pour des recommandations de

pratiques de prévention et promotion de la santé seront proposées, après avoir discuté les différentes hypothèses qui étaient posées.

5.2.2 Le choix du modèle du support social en 18 facteurs

Afin d'inscrire cette recherche dans la lignée des travaux des psychologues sociaux ayant modélisé l'impact du support social sur la santé, nous avons choisi de nous référer au modèle de Barrera (1986), modèle descriptif le plus complet de la notion de support social (voir §3.4 de la revue de littérature). Cette notion, "large et nébuleuse" (Wareham et coll., 2007) mérite que des modèles complexes lui soient consacrés.

Nous avons choisi de détailler le modèle en six dimensions de Barrera dans les trois sous-dimensions proposées par l'auteur : réseau de soutien, soutien reçu, soutien perçu, ce qui nous permettait au final d'obtenir un modèle en 18 facteurs sur lequel repose le questionnaire QSS adapté de l'échelle SSR de Vaux.

Nous avons proposé de considérer l'ensemble de ces dimensions sous le vocable de "support social", permettant une précision dans l'appréhension des phénomènes testés.

Si les résultats obtenus ne permettent pas d'apporter une contribution à l'étude de la notion de support social, le modèle de Barrera a permis de constituer un outil sensible, du point de vue des participantes comme des chercheurs.

Cependant, il est nécessaire de constater qu'il aurait été intéressant d'introduire dans l'analyse des réseaux et des relations sociales la dimension de "support social négatif", évoquée par Vaux (1992). Cette recommandation se heurte comme nous l'avons vu (revue de littérature, §3.4) à une absence d'élaboration d'outils pertinents. Si Bruchon-Schweitzer propose une solution en soulignant la prééminence du soutien perçu sur les autres formes de soutien, il conviendrait en effet de se poser la question des liens entre soutien reçu "négatif" (c'est-à-dire agissant négativement sur les critères d'ajustement en santé mentale) et le soutien perçu. On pourrait poser l'hypothèse que les sujets recevant du soutien s'en déclarant généralement satisfaits, quelle que soit la nature de ce soutien.

Nous posons cette hypothèse à la lecture des travaux ayant mis en lumière l'importance de la qualité du soutien offert, notamment lorsque les sujets "récepteurs" sont dans une situation de vulnérabilité psychosociale importante (Bertera, 2005; Cutrona, 1984). Il conviendrait ainsi de proposer au modèle de Barrera un complément, en y ajoutant cette notion de soutien "nul

ou négatif", nécessitant ainsi une description *qualitative* du soutien offert. L'élaboration d'outils permettant à un observateur extérieur ou à une personne "réceptrice" de soutien d'évaluer la qualité nécessitera l'ouverture d'un nouveau champ de recherche.

Enfin, en considérant que les différentes limites méthodologiques ont pu venir parasiter l'expression de résultats positifs dans nos hypothèses, il convient de questionner l'utilisation du processus Delphi que nous avons expérimenté en amont du test de nos hypothèses. Le processus Delphi visait à réduire un nombre de variables important, afin de ne tester que les variables pertinentes au test de nos hypothèses.

Nous avons tâché de respecter les recommandations de la littérature pour l'élaboration, l'administration et l'utilisation de cette méthode semi-qualitative et les résultats ont été satisfaisants, nous permettant de réduire de moitié le nombre d'items à utiliser. Par ailleurs, le processus a permis de faire participer experts universitaires, praticiens et participantes à la recherche, sans qu'il puisse exister un phénomène de contamination des réponses dues au niveau d'expertise perçu (chaque expert remplissant les questionnaires individuellement). En cela, le processus Delphi aura fourni les résultats escomptés. Cependant, il a exclu des variables qui auraient pu fournir des résultats intéressants dans le test de nos hypothèses (taille des réseaux, notamment). Il peut donc être pertinent de se questionner sur la validité des réponses fournies par le Delphi. Nous ne pouvons à ce jour soumettre des propositions pour l'amélioration de cette méthodologie, celle-ci nous ayant paru pertinente dans le cadre de cette recherche. Il pourrait néanmoins être pertinent de vérifier la méthodologie Delphi utilisée avec un échantillon plus large (N=30) d'experts, et de tester l'effet des variables non retenues par le processus Delphi auprès des 440 sujets CAPEDP.

5.2.3 Le support émotionnel

L'effet positif du support émotionnel (généralement du soutien social perçu émotionnel) sur la santé fait partie des éléments stables retrouvés dans les recherches menées en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002). Des hypothèses psychosociales mais aussi biologiques ont été formulées pour rendre compte de cet effet (voir §4.2.2 de la revue de littérature). Les recherches en santé mentale ayant évalué l'effet du support social sur la dépression font émerger des résultats sensiblement comparables (§4.2.3 de la revue de littérature). Depuis les années 1970, les psychologues reconnaissent l'effet protecteur et l'effet tampon du "soutien social émotionnel" sur la dépression. Bertera (2005) a récemment répliqué ces résultats sur

une cohorte canadienne de 4688 sujets. Pour Bruchon-Schweitzer (2002), c'est à la fois la structure du réseau, mais également (et surtout) l'appréciation subjective du soutien reçu qui explique l'effet positif sur la santé mentale.

Nos résultats ne permettent pas d'apporter une nouvelle confirmation à ce phénomène. Trois hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ce phénomène inhabituel :

- a) les résultats ont pâti de limites méthodologiques,
- b) les résultats sont dus aux caractéristiques particulières de la période périnatale,
- c) les résultats sont dus aux caractéristiques particulières de la population.

En ce qui concerne les limites méthodologiques, nous pouvons évoquer la faible taille de l'échantillon ou les outils utilisés pour évaluer le support social ou les critères de jugement (voir §5.1). Seule la réplication de ces analyses avec l'ensemble de la cohorte CAPEDP nous permettra de valider ou d'infirmer cette hypothèse.

En second lieu, nous posons l'hypothèse que les résultats positifs observés pour le support émotionnel dans les recherches en psychologie de la santé ne se vérifient pas de la même manière lorsque l'on s'intéresse à la santé mentale périnatale. La littérature dont nous avons pu prendre connaissance (§4.3.2 de la revue de littérature) a notamment montré un lien entre la taille du réseau social et l'incidence de dépression post-natale, ces résultats étant comparable entre les cultures observées. Nous soulignerons cependant qu'il s'agissait très fréquemment de populations tout-venant (voir point ci-dessous pour les commentaires sur les caractéristiques de notre population). Dans leur étude auprès de 129 mères à faibles revenus (moyenne d'âge = 28 ans, 70% de multipares, 80% vivant avec le père de l'enfant), Collins et al. (1993) rapportent des liens significativement négatifs entre le support prénatal et l'incidence de dépression post-natale, les auteurs soulignant cependant que la dimension informative du support social était plus à même d'expliquer ce phénomène que la dimension émotionnelle, résultats rejoignant ceux de Cutrona (1984). Wareham et coll. (2007) avaient quant à eux observés des effets paradoxaux entre le support social et la dépression post-natale. Dans cette étude récente, les auteurs avaient mis en évidence que si les interactions sociales et le soutien informatif permettent de réduire la durée de la dépression, la présence de soutien émotionnel était associée à une intensité plus importante de la dépression.

S'il est difficile de dégager un consensus de l'ensemble de ces recherches, il apparaît toutefois que la période périnatale constitue un moment particulier pour les futures mères. Nous pouvons postuler que la capacité à bénéficier du support proposé par l'entourage dépend à la

fois de la qualité de cet entourage, de la capacité des femmes à solliciter et profiter du support fourni (capacité liée aux "modèles internes opérants" de la théorie de l'attachement), mais aussi –et surtout- à l'ensemble des stressés vécus par ailleurs.

Notre dernière hypothèse concerne donc les caractéristiques socio-démographiques des participantes au projet, qui pourrait expliquer l'invalidation de nos hypothèses de recherche en lien avec le support émotionnel.

Nous avons vu que notre population se caractérise par un ensemble de facteurs de vulnérabilité importants (très jeune âge, précarité économique, faible niveau d'éducation, migration...), auxquels s'associent un important isolement social (24% prévoient d'élever l'enfant sans le père, 57% ne citent pas leur mère comme source de support émotionnel, 55% ne citent pas leur conjoint, en moyenne, 1,4 personne est citée comme ayant fourni une aide émotionnelle dans le dernier mois). Nous posons donc l'hypothèse que le support social émotionnel est inefficace pour prévenir la dépression post-natale lorsqu'il survient en condition de vulnérabilité psychosociale importante. Cette hypothèse vient appuyer les résultats de Cutrona (1984) qui avait montré l'impact positif de la guidance sur la dépression dans le seul cas où les niveaux de stress étaient bas.

Nous pouvons également postuler qu'en contexte de vulnérabilité, le support social fourni est de moindre qualité, les personnes susceptibles de le fournir étant généralement porteuses d'autant de stressés que les individus auxquels ce soutien est destiné. C'est l'hypothèse que formule Belle (1982) dans ses travaux portant sur les foyers d'accueil pour jeunes mères isolées et que nous avons reporté dans une étude plus récente sur les centres maternels de Paris (Greacen et Saïas, 2006).

5.2.4 Le support matériel et le support financier

Conformément à l'hypothèse selon laquelle ce sont d'abord les contraintes sociales qui vont exercer un effet sur la santé mentale, en période périnatale et en situation de vulnérabilité psychosociale, nous postulons que le soutien matériel perçu aurait un effet significatif sur la prévention de la dépression post-natale.

Les résultats obtenus au test de l'hypothèse B (§4.5) sont négatifs. Si l'on peut observer une faible tendance concernant l'effet de la perception de soi comme "pauvre" ou "très pauvre" (questionnaire socio-démographique) sur la dépression post-natale, lorsqu'on traite la variable de manière continue, cette tendance n'est plus visible lorsqu'on catégorise la variable ("je me

sens à l'aise" vs. "je me sens pauvre"). Le soutien matériel n'apparaît pas comme un prédicteur efficace de la DPN.

Avant de se questionner sur les phénomènes sous-jacents en mesure d'expliquer ces résultats, il convient de se poser la question de la sensibilité de l'outil par rapport à la population étudiée. Si les outils de mesure de la satisfaction par rapport au soutien social ont toujours montré de bonnes qualités métrologiques (le SSQ de Sarason notamment, voir Rasclé et coll., 2005), les résultats observés dans le présent travail soulèvent certaines questions. Et notamment en ce qui concerne la mesure de soutien perçu, qui obtient des scores de satisfaction importants (moyenne pour le soutien matériel de 1,57/6, $\sigma=0,86$, 1 étant "très satisfait" et 6 "pas satisfait du tout"), alors que le nombre de personnes citées dans les réseaux de soutien ou dans le soutien reçu est souvent faible et que les conditions de vie matérielles sont précaires, selon les réponses des participantes elles-mêmes.

On peut tout d'abord penser à un phénomène de désirabilité sociale à l'œuvre dans ces réponses (Edwards, 1982). Les participantes interviewées tâcheraient ainsi de minimiser leur perception d'isolement social et de faible soutien matériel, ce phénomène étant possiblement amplifié par le fait que l'interviewer est une femme d'âge comparable, employée, avec un diplôme d'études supérieures.

La seconde hypothèse que nous posons suppose que les participantes ne perçoivent pas de lien entre leur sentiment de précarité et le support social matériel. La précarité financière serait vécue comme un événement à causalité externe face auquel le support social (matériel) ne pourrait être efficace. Cette absence de perception de lien pourrait être fondée sur des éléments tangibles ("aucune personne autour de moi ne peut m'aider à surmonter ces difficultés, ils font ce qu'ils peuvent et je me sens donc soutenue, dans la mesure des possibilités de mon réseau") ou une perception subjective trouvant ses racines dans des éléments de personnalité ("je vis dans la précarité, personne ne peut rien pour moi").

Nous rappellerons enfin que nous avons ôté au modèle en 6 dimensions de Barrera la dimension "soutien financier", dans l'élaboration de notre questionnaire de soutien social. La littérature en psychologie sociale de la santé est lacunaire sur les effets du soutien matériel et financier sur la santé mentale. L'absence d'intérêt porté aux populations très précaires constitue vraisemblablement une explication de ce manque de données. Seule l'étude de Collins et coll. (1993) évoque des corrélations faibles et négatives entre le soutien matériel (intensité et satisfaction) et la dépression post-natale.

La description de notre population permet de penser qu'il aurait été pertinent de tester les effets relatifs du support matériel et du support financier sur la santé mentale. Et d'ouvrir ainsi une réflexion sur les éléments à promouvoir chez les populations précarisées dans le cadre d'actions de prévention et de promotion de la santé mentale.

5.2.5 Le support informatif

L'intérêt porté au support informatif des parturientes et jeunes accouchées est majeur en France, et constitue en période périnatale le centre des systèmes de droit commun, au travers notamment de l'organisation de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

La PMI organise ainsi, conformément à ses missions (loi 89-899 du 18.12.1989), un accompagnement à domicile par des professionnels, en prénatal (sages-femmes) et en post-natal (puéricultrices). Ces visites à domicile ont pour objectif légal de "protéger et promouvoir la santé maternelle et infantile", en apportant notamment un soutien psychosocial.

Si le soutien informatif est au cœur des intérêts interprofessionnels, son impact n'est pratiquement jamais évalué.

Nous avons posé l'hypothèse que le soutien social informatif (guidance/conseils) avait un impact sur la prévention de la dépression post-natale via la promotion du sentiment de compétences parentales. Le test de cette hypothèse a montré que :

- le sentiment de compétence parentale (T2) est significativement lié à l'intensité de la dépression (T2) ($t(77) = 2,29, p < .05$),
- il existe une tendance non-significative entre l'importance du soutien reçu en période prénatale et le sentiment de compétence parentale en post-natal ($t(77) = 1,40, p = .16$ pour le nombre de personnes citées pour soutien reçu et $t(77) = 1,53, p = .13$ pour le soutien perçu).

Ces résultats ne permettent pas de confirmer notre hypothèse. Nous appellerons à nouveau au réexamen de ces résultats avec l'ensemble de la cohorte CAPEDP, en supposant qu'une taille plus importante de l'échantillon permettra de confirmer les tendances observées.

Le support informatif est, avec le soutien émotionnel, la dimension du support social qui a été le plus étudiée dans ses effets avec la santé mentale périnatale. Contrairement aux résultats discutés en psychologie de la santé, où le soutien informatif est parfois lié à une augmentation du stress, lorsqu'il n'est pas associé à du soutien émotionnel (Nikoletti et coll., 2003), le

soutien informatif en période périnatale serait à même de produire des effets positifs sur la santé mentale. Ainsi, la guidance est la dimension apportant les résultats les plus significatifs dans l'étude de Cutrona (1984), chez des sujets soumis à de faibles niveaux de stress. Nous n'avons pas été en mesure de répliquer ces résultats, les analyses univariées relatives aux items de guidance n'étant pas significatifs. Nous tâcherons de rechercher une répllication des résultats de Cutrona à l'aide de l'ensemble de l'échantillon CAPEDP. Cependant, il sera essentiel d'identifier une variable de stress *prénatal* (contrairement au stress parental), afin de ne pas introduire dans une même équation des données de santé mentale co-occurentes (dépression post-natale et stress post-natal).

5.2.6 Le support de valorisation

Le support de valorisation est la dimension du support social la moins étudiée dans la littérature. Bien que présent dans 11 des 13 modèles multidimensionnels rapportés par Vaux (1992, voir tableau 3, §3.3 de la revue de littérature), il n'a fait l'objet que de très peu d'études. Souvent confondu dans une acceptation plus large de la dimension "support émotionnel", il définit lorsqu'on l'isole le feed-back positif que l'environnement propose à un individu.

Nous posons l'hypothèse que les femmes se déclarant satisfaites du soutien social de valorisation perçu auraient un sentiment de compétence parentale plus élevé au 3^e mois de leur enfant.

Cette hypothèse a été validée pour le soutien social perçu global ($t(77) = 3,54, p < .001$) et pour le soutien perçu de la mère ($t(77) = 3,00, p = .005$), mais ces résultats ne sont pas confirmés dans l'analyse multivariée ($t(76) = 1,13, p = .26$ pour le premier, $t(76) = 0,94, p = .35$ pour le second). L'effet positif peut être retrouvé sur la dépression post-natale en tant que tendance pour le soutien perçu de sa mère ($t(77) = 1,77, p = .085$)

Alors que les hypothèses relatives à l'effet positif du soutien social émotionnel sur la santé mentale avaient été rejetées (hypothèses A), il semble que l'étude plus spécifique de la valorisation amène davantage d'éléments pour étudier le lien entre support social et dépression post-natale via le sentiment de compétence parentale.

De manière plus générale, nous pouvons poser l'hypothèse que la valorisation d'une parturiente par son entourage promeut un ensemble d'éléments psychologiques en lien avec l'estime de soi d'une part, et avec l'auto-efficacité d'autre part, le sentiment de compétence parentale étant une composante de ces deux notions. Cutrona et Troutman (1986) avaient ainsi -dans une analyse en pistes causales- identifié le sentiment d'efficacité personnelle comme

variable modératrice de l'impact du soutien social sur la santé mentale. Il conviendrait donc dans la réplication de cette étude d'inclure davantage d'éléments relatifs à l'estime de soi et à l'auto-efficacité, afin d'élaborer plus clairement un modèle multifactoriel mieux à même d'expliquer l'impact du support de valorisation sur la dépression, par le truchement de variables médiatrices et modératrices, tout en conservant la distinction entre les différentes formes de support proposées dans le modèle de Bandura.

5.2.7 Le support de socialisation

La sixième forme de support social définie par Barrera est la socialisation et constitue la forme la moins volontaire de support social, en ce que le support proprement dit est fourni indirectement au travers du partage d'une activité collective. Il n'est ainsi pas systématiquement intentionnel.

Cependant, la littérature a souligné l'importance de la socialisation post-natale pour diminuer l'intensité des symptômes dépressifs. Storms et McCaul (1976) avaient suggéré que la socialisation post-natale constitue pour les mères un moyen de recevoir des informations "normalisantes" sur le développement de l'enfant, sans constituer cependant une forme de guidance. Cutrona relayait cette information dans son article de 1984.

Nous avons posé des hypothèses proches de celles testées pour le support émotionnel. Nous postulons tout d'abord que le support de socialisation permettrait aux jeunes mères de prévenir l'expression d'une dépression post-natale. Cette hypothèse a pu être validée en tant que tendance en utilisant la variable "soutien social perçu" ($t(77) = 1,68, p=.09$ et $t(37) = 2,00, p=.05$ pour la prédiction de la pérennisation d'une dépression prénatale en post-natal).

Nous soumettions ensuite l'hypothèse que l'effet protecteur et tampon du support de valorisation ne se vérifiait plus en contrôlant pour le stress. Nous avons partiellement pu confirmer cette hypothèse, le support de socialisation étant encore marqué comme une tendance non-significative à l'analyse univariée ($p=.13$), mais n'émettant plus aucun effet lorsqu'on introduit la variable "stress parental" dans l'analyse multivariée ($p=.84$). En revanche, nous n'avons pas pu répliquer ce dernier résultat en utilisant la variable "attachement insécure", celle-ci n'étant pas significative dès l'analyse univariée ($p=.39$).

Ainsi, ce serait la forme de support la moins "évidente" qui produirait les effets les plus importants (en notant qu'aucun résultat ne fournit des données soulignant des liens positifs et

importants entre les variables de support social et celles de santé mentale) sur la santé mentale périnatale.

Ces résultats, s'ils étaient validés lors de la réplication des analyses sur un échantillon plus large, appelleraient à une réflexion sur les modèles et pratiques en psychologie de la prévention. Alors qu'il a été à de nombreuses fois démontré que le support social, notamment dans ses formes "support émotionnel" et "support informatif", était positivement lié aux critères de santé mentale, et particulièrement en tant qu'élément préventif de la dépression, il semble que ceci ne puisse plus être démontré auprès de populations très précarisées.

En revanche, la valorisation sociale et la socialisation seraient des formes de support social plus "positives" qui produiraient des effets davantage visibles chez de jeunes femmes en situation de vulnérabilité psychosociale.

Il est donc nécessaire d'ajuster les prochaines analyses au regard des limites que nous avons soulevées, mais également de proposer des perspectives de recherche et d'applications concrètes en psychologie communautaire ou en psychologie de la prévention de la réflexion suscitée par nos résultats.

5.3 Perspectives

5.3.1 Perspectives de recherche : santé mentale et support social, quels modèles pour les populations les plus précaires ?

Les résultats de ce travail doctoral, cohérents avec une partie de la littérature internationale, mais originaux par rapport aux modèles traditionnellement utilisés en psychologie sociale soulèvent une question centrale :

Pourquoi les modèles reconnus en psychologie sociale de la santé ne sont-ils que partiellement validés lorsque les populations étudiées sont précarisées ?

5.3.1.1 Les modèles en psychologie communautaire

La psychologie communautaire s'est développée sur le constat que les inégalités sociales étaient à l'origine d'inégalités sanitaires et d'inégalités d'accès aux ressources sanitaires et sociales. La précarité, bien que phénomène social, est devenu le champ d'intérêt d'une

discipline psychologique qui défend depuis les années 1970-1980 un positionnement transdisciplinaire.

Les psychologues communautaires font des recherches-actions leur outil de travail central, en considérant que le développement de ressources en santé doit répondre à plusieurs critères (ou valeurs) :

- les besoins sont été identifiés avec la participation des populations concernées,
- l'identification de ces besoins se fait selon une méthodologie éprouvée, dans une perspective écologique et en tenant compte de l'ensemble des éléments contextuels pouvant exercer un impact positif ou négatif sur la santé mentale (et notamment des stressés sociaux),
- l'élaboration des ressources se fait avec la participation des populations et sur la base des recommandations issues des recherches-actions.

Il n'existe pas aujourd'hui en France de champ de recherche développé en psychologie communautaire. Cette discipline s'est construite sur la base d'une idéologie sociale mais peine aujourd'hui à opérer une mutation vers des champs académiques plus à même de lui fournir l'assise scientifique nécessaire à son développement.

Le recours aux modèles de la psychologie sociale et de la psychologie sociale de la santé est donc aujourd'hui naturel pour structurer les recherches-actions, ces disciplines ayant depuis plus longtemps eu recours à des modèles multifactoriels et écologiques pour mener leurs recherches.

Cependant, une des spécificités de la psychologie communautaire est d'introduire un grand nombre de variables liées à la précarité sociale dans le champ de la santé mentale, rendant l'élaboration de modèles explicatifs des critères de santé extrêmement complexes et les inscrivant nécessairement dans une logique interdisciplinaire. Cette complexité, bénéficiant au rapprochement de la discipline psychologique avec les nouveaux besoins des populations, a cependant rendu très difficile l'élaboration de modèles scientifiques.

Il semblerait ainsi nécessaire d'introduire dans ces nouveaux modèles un ensemble de facteurs sociaux, politiques et économiques tels que :

- situation économique et financière,
- situation professionnelle / type d'emploi,

- perception de sa situation économique et financière,
- taille du logement,
- stabilité du logement,
- salubrité du logement,
- conditions de séjour en France, pour les populations migrantes,
- accès à la scolarité dans l'enfance,
- accès à la santé dans l'enfance,
- maîtrise de la langue française, alphabétisation
- connaissance des ressources sanitaires et sociales disponibles,
- indice de développement du pays de naissance,
- discrimination raciale à l'emploi,
- autres formes de discrimination liée à l'origine sociale ou ethnique,
- ...

ces facteurs rendant compte d'une approche individuelle de la précarité, mais aussi :

- accès aux droits sociaux (notamment logement, soins, etc.),
- caractéristiques du quartier : emploi, revenu moyen, criminalité, densité urbaine, accès aux services publics, densité associative...,
- occasions fournies de valoriser les cultures d'origine des différentes populations,
- disponibilité des ressources sanitaires et sociales,
- ...

ces facteurs rapportant plus précisément les conditions politiques et sociales de vie des sujets.

La méthode de recueil de ces données devrait comprendre :

- un recueil quantitatif en auto- ou hétéro-évaluation,
- un recueil qualitatif permettant d'obtenir des informations sur la perception des individus de leurs conditions de vie, leur habitat, les stressés sociaux les entourant et leur santé,
- un recueil sociologique et urbanologique impliquant une observation de l'environnement de vie des individus sur des critères sociaux et politiques.

L'addition de ces facteurs aux modèles existants en psychologie sociale de la santé permettrait de mieux définir leur impact médiateur ou modérateur sur la santé, et plus particulièrement au

niveau des variables dont on a montré, dans des contextes non-précaires, qu'elles étaient significativement liées entre elles. Et notamment en ce qui concerne les variables liées au support social.

Le passage du modèle de la psychologie de la santé à la *psychologie sociale et communautaire de la santé* permettrait ainsi de formuler de nouvelles questions de recherche telles que :

"le support social émotionnel permet-il de réduire l'impact d'un habitat délétère (insécurité, absence de liens sociaux) sur la santé mentale ?"

ou

"le support de socialisation permet-il de fournir les ressources nécessaire (*empowerment*) pour renforcer l'accès aux droits chez les personnes migrantes ?"

réduisant les effets de parasitage par l'opérationnalisation de variables jusqu'alors considérées sous le seul vocable de "données socio-démographiques".

La pérennité et la légitimité de la psychologie communautaire dépendent aujourd'hui de la capacité des chercheurs et des praticiens à élaborer des modèles de recherche plus spécifiques, en collaboration avec les populations concernées et introduisant des variables alors étudiées par les disciplines connexes (sociologie, politologie, urbanisme...). Ces modèles concèdront cependant de nombreuses limites méthodologiques inhérentes à leur nature (action de terrain, collaborative, écologique). Il sera nécessaire de développer des stratégies pour identifier ces limites et les rendre modélisables et analysables, afin de déterminer la part d'incertitude que le chercheur sera prêt à concéder à l'action menée dans la communauté et par la communauté.

Cette introduction de notions sociales et communautaires dans les modèles sanitaires appelle enfin à une réflexion plus large sur les moyens aujourd'hui mis en œuvre en France pour répondre aux besoins de santé (dans son sens positif) de la population, et particulièrement des populations précaires.

Cette discussion devra donc accepter que la notion d'égalité, centrale dans l'organisation des soins français depuis la IV^e République^a, soit questionnée, les recherches en psychologie communautaire souhaitant observer :

^a Nous faisons ici référence à la création de la Sécurité Sociale en France en 1945 et à la généralisation de la notion de solidarité nationale, consacrée dans la constitution d'octobre 1946 et qui spécifie dans les alinéas 10 et 11 de son préambule : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.

- d'une part l'effet de conditions sociales particulières sur l'accès aux droits et notamment des droits en santé,
- d'autre part les vecteurs permettant de restaurer *l'équité sanitaire et sociale*, fort du constat que la loi, organisation sociale reposant sur le principe d'égalité est parfois "insuffisante en raison de son caractère général" (Aristote, Ethique à Nicomaque).

C'est au prix de cette discussion, reposant sur des modèles solides, que la psychologie communautaire pourra s'implanter comme discipline-pivot des actions de prévention et de promotion de la santé mentale, notamment auprès des populations les plus précarisées.

5.3.1.2 *Les outils de support social*

Ce travail doctoral, qui avait pour objectif d'utiliser une conception multidimensionnelle du support social, a permis de tester l'utilisation d'un outil complexe du support social, reposant sur le modèle de Barrera (1986) en 18 dimensions.

Nous avons évoqué plus haut (§5.1.3) l'impact potentiel qu'avait pu avoir l'utilisation d'un tel outil sur l'absence partielle de résultats positifs soulignant les liens entre santé mentale périnatale et support social. Nous avons ainsi posé l'hypothèse que le modèle de Barrera pouvait être limitatif dans les dimensions utilisées, notamment d'un point de vue transculturel.

Si cette hypothèse ne pourra faire l'objet d'une discussion qu'après la mise en œuvre de recherches qualitatives, nous pouvons souligner (à l'instar de nombreux auteurs, voir Beauregard et Dumond, 1996 pour une revue) l'intérêt de ce modèle multidimensionnel pour l'appréhension de la structure du support social des individus. Nous recommandons donc le développement de recherches fondant leur méthodologie sur ce modèle éprouvé.

En revanche, l'utilisation d'outils tels que le QSS-CAPEDP (dérivé de la SS-R de Vaux) appelle à une réflexion sur les modalités de recueil des informations relatives aux différentes dimensions du support social.

Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »

Les résultats obtenus pour les variables identifiées dans notre processus Delphi faisaient apparaître que les sujets citaient généralement un faible nombre de personnes disponibles dans leur réseau de soutien social, tout en se déclarant satisfaits du soutien reçu. Ces résultats ont récemment été retrouvés par Zugazaga chez trois groupes de personnes sans abri (dont un groupe de jeunes mères isolées) (Zugazaga, 2008).

Nous pouvons poser plusieurs hypothèses explicatives de ces résultats *a priori* discordants :

- les sujets sont effectivement peu entourés, mais satisfaits du soutien reçu : l'outil est sensible et les conclusions inciteront à exclure le soutien social perçu des variables explicatives des troubles de santé mentale,
- les sujets sont peu entourés et ils se déclarent satisfaits du soutien reçu par leur entourage "malgré tout", c'est-à-dire qu'on pose l'hypothèse qu'il est difficile pour les personnes précarisées de se représenter leur réseau social comme ressource pour leur santé mentale,
- les sujets se déclarent satisfaits du soutien reçu, ne percevant pas quel soutien pourrait être pertinent pour eux (ils se déclarent satisfaits par défaut). Les modalités de recueil des données en auto-évaluation ne sont pas pertinentes.

Cette dernière hypothèse pose le problème de la sensibilité des outils de mesure du support social. Ceux-ci sont généralement élaborés sous la forme de questionnaires qui sont soit auto-administrés, soit hétéro-administrés, comme ce fut le cas pour le QSS-CAPEDP. On peut ainsi se questionner sur la cohérence de l'utilisation de questionnaires mesurant le support social avec la réalité du support fourni et perçu.

Il serait nécessaire d'étudier l'efficacité d'un recueil de données qualitatif, réalisé par un expérimentateur, et portant sur la définition plus précise des comportements de soutien reçu et sur la satisfaction des sujets. Comme le rappelaient Streeter & Franklin (1992), l'antériorité du support reçu constitue une tâche de rappel d'expérience pouvant provoquer une faible motivation ou une difficulté pour le sujet à répondre. On pourrait ainsi proposer au sujet de rapporter une expérience de soutien reçu et de lui proposer de détailler sa perception de la situation, cette mesure, outre de favoriser la participation du sujet à la qualité de la variable recueillie, permettrait également de questionner les modèles et les mesures du support social lui-même.

Par ailleurs, l'analyse qualitative du récit du support social permettrait d'éclaircir les notions de "réseau social" et de "réseau de soutien social", qui restent des notions préalables à

l'analyse du soutien reçu et perçu. Questionner la nature et la densité de ce réseau (comme le proposaient Vaux et Harrisson, 1985) serait particulièrement pertinent pour les populations peu entourées telles que celle que nous avons rencontré.

Enfin, les études portant sur l'identification de bonnes pratiques de mesure du support social devront intégrer deux concepts peu fréquemment retrouvés dans la littérature : celui d'entourage social négatif et celui de support social négatif indirect.

Nous appelons entourage social négatif la présence d'éléments affectant directement et de façon négative la perception de soi et de son environnement liés à des interactions sociales. On a vu comment les populations vivant en contexte précaire étaient vulnérables aux relations interpersonnelles négatives (relations négligentes, violentes, dégradantes, discriminantes...). L'identification de ces facteurs sociaux, identifiables et assimilables aux processus sociaux à l'œuvre dans le support social "positif" (proximité nécessaire, fréquence des contacts, contacts qualitatifs...) permettrait d'élaborer un modèle intégratif prenant en compte les effets positifs et négatifs de l'environnement social.

Le support social négatif indirect concerne quant à lui l'ensemble des attentions assimilables au support social "positif", mais qui provoquent chez l'individu des réactions adverses. Cette composante du support social a été identifiée dans les études en psychologie de la santé (Hartmann, 2007), et moins fréquemment en psychologie sociale et communautaire. Son utilisation paraît cependant indispensable pour pouvoir mesurer l'impact du partage des souffrances sociales, notamment en situation de grande précarité (Belle, 1982; Greacen et Saïas, 2006).

5.3.1.3 La mesure de la santé mentale

Notre revue de la littérature avait mis en évidence que les mesures de santé mentale s'appuyant exclusivement sur le modèle psychopathologique et s'inscrivant donc dans une logique préventive (de la dépression post-natale, des pathologies anxieuses, des troubles des relations précoces...) ne fournissaient que peu d'éléments permettant d'être utilisés pour l'élaboration d'actions de terrain.

Nous avons utilisé le concept intermédiaire de "sentiment de compétence parentale", en posant l'hypothèse que ce concept pourrait à la fois être utilisé dans des modèles multifactoriels de psychologie de la santé et être exploitable par les professionnels de l'intervention communautaire en tant qu'élément de promotion de la santé.

Si ces hypothèses n'ont pas pu être validées et feront l'objet d'une réplique dans le cadre d'une étude plus large, nous souhaitons contribuer à l'introduction progressive d'éléments de santé "positive" dans les modèles en psychologie de la santé et en psychologie communautaire.

Le concept de *santé* mentale, on l'a vu (§2.2 de la revue de littérature), est aujourd'hui au centre d'un débat, notamment chez les psychologues.

S'il est dorénavant accepté que sa définition organiciste (santé = absence de maladie) ne peut suffire à décrire les phénomènes à l'œuvre dans l'expression de la santé, les professionnels peinent à s'accorder sur une définition intégrative dépassant celle de l'OMS ("La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet, et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité" (OMS, 2001)).

Nous souhaitons utiliser la définition de Kue Young pour proposer d'élargir la conception de *santé* mentale : "[la santé] est la mesure dans laquelle une personne ou un groupe est en mesure, d'une part, de réaliser ses aspirations et de répondre à ses besoins, et, d'autre part, d'évoluer et de s'adapter au milieu" (Kue Young, 1998).

Cette définition suppose que :

- la santé concerne les individus ET les groupes,
- la santé est environnementale et exige de promouvoir l'autonomie des individus ou des groupes, et de prendre en considération leurs aspirations, désirs et critères d'épanouissements.

Si les modèles en psychologie "positive" semblent se développer aujourd'hui, les mesures de la santé incluant cette dimension "positive" sont rares. Il est ainsi frappant de constater que les politiques de "prévention et promotion de la santé mentale" peinent encore à dépasser leur volet "prévention", pour s'engager dans la "promotion de la santé", faute de critères.

Le champ de la psychologie positive a largement été promu par M.Seligman depuis la fin des années 1990. Pour l'auteur, "[être parvenu à identifier et traiter des problèmes tels que la dépression] a relégué au second plan l'intérêt porté aux états qui créent les conditions pour que la vie mérite d'être vécue" (Seligman, 2003). Ainsi, "le bonheur et le bien-être sont les effets désirés de la psychologie positive" (ibid.). Seligman identifie différentes émotions et expériences supposées promouvoir le sentiment de bien être : les plaisirs corporels, les plaisirs

sensoriels, les relations interpersonnelles positives... et cherche désormais à mesurer ces différents concepts afin de les intégrer dans des modèles scientifiques multifactoriels.

Si différents auteurs avaient tenté d'élaborer des mesures du "bonheur" (Bruchon-Schweitzer, 2002), il semble qu'il existe un besoin d'élaboration d'outils spécifique à la mesure de ces dimensions positives de la santé mentale. En France, des recherches portent actuellement sur la mesure de l'*orientation reconnaissante* (Shankland, 2009), qui se définit comme "un aspect de la personnalité comprenant une tendance générale à reconnaître et à répondre par des émotions positives (appréciation, reconnaissance) au rôle bienfaisant d'un agent". Les études récentes montrent que les individus étant habituellement reconnaissants (gratitude trait), sont plus heureux, plus énergiques, plus optimistes, éprouvent davantage d'émotions positives (joie, émerveillement...), cette disposition favorisant la manifestation de comportements prosociaux et augmentant la confiance en l'autre (Dunn et Schweitzer, 2005; Shankland, 2009). On voit donc que le développement de ces nouvelles notions liées à la psychologie positive et au modèle positif de la santé peuvent également trouver des applications pour l'étude des effets médiationnels du support social sur la santé.

Les modèles naissants de la "psychologie positive" pourrait-elle permettre d'ouvrir un champ de recherche aux éléments médiateurs et modérateurs de la santé mentale ? Et particulièrement pour ce qui concerne les effets du soutien social sur la santé, pourrait-elle permettre d'identifier les liens par lesquels une action relationnelle "positive" va renforcer la santé mentale et en prévenir les troubles ?

Penser la santé mentale dans une logique positive permet d'apporter des éléments positifs, et soulève un écueil.

Lorsque l'étude des aspects positifs de la santé se fait avec l'objectif de promouvoir l'étude de facteurs de médiation et de modération des phénomènes de santé, nous ne pouvons qu'en souligner l'intérêt, ces facteurs venant compléter des modèles de psychologie de la santé qui, s'ils ont depuis longtemps pris en compte les aspects positifs de la santé (coping, contrôle perçu, comportements de santé...), pourraient bénéficier de l'apport de nouveaux concepts, plus en lien avec les actions potentielles de terrain,

Lorsque l'étude de la psychologie positive vise une définition ce que Seligman (2003) évoque comme "raisons faisant que la vie mérite d'être vécue", alors le risque d'utilisation des critères psychologiques à des fins de gestion politique des phénomènes sociaux (Bresson, 2006) est

présente. Quels critères, en effet, pour promouvoir une idée du "bonheur" tout en contournant l'écueil de la normalisation des phénomènes psychologiques ?

Il sera ainsi nécessaire d'encourager les recherches portant sur l'élaboration des concepts de santé positive, et de maintenir ces recherches sur le terrain scientifique.

5.3.2 Perspectives d'action

Les actions communautaires en santé mentale reposent sur des modèles scientifiques éprouvés. Nous avons appelé à l'élaboration de modèles intégratifs, étudiant les nouveaux besoins des populations et s'attachant à aborder les éléments de santé mentale "positive", dans une perspective scientifique mais également avec l'objectif d'élaborer des actions de terrain de promotion de la santé, complétant les actions de "prévention", plus communément menées.

Notre travail de doctorat a permis de poser l'hypothèse que les différentes dimensions du soutien social pouvait être hiérarchisées en fonction des besoins des individus.

Ainsi, il apparaît que les formes de soutien matériel, de socialisation ou de valorisation peuvent être d'un plus grand intérêt pour les individus précarisés que le soutien émotionnel (entendu comme le fait de pouvoir parler à quelqu'un de choses "personnelles et intimes", selon le QSS-CAPEDP).

Le développement de la psychologie communautaire appelle à une utilisation raisonnée de ces résultats et à l'élaboration d'interventions reposant sur l'identification de besoins spécifiques à différentes populations.

5.3.2.1 Actions auprès des individus : l'intervention de réseau et l'approche milieu

Les notions d'*intervention de réseau* et d'*approche milieu*, développées par Guay (2001) nous paraissent intéressantes pour mettre en œuvres les recommandations pourtant sur les meilleurs utilisations du support social en santé mentale (notamment périnatale). Pour l'auteur québécois, l'intervention de réseau et l'approche milieu constituent deux approches complémentaires pour faire face au processus d'"insularisation" des personnes confrontées à des troubles psychosociaux.

L'intervention de réseau est une intervention de proximité, basée sur un lien de confiance entre un intervenant communautaire et la personne en souffrance, dans la rupture des liens sociaux. L'intervenant s'appuie sur les environnements de vie du sujet pour participer au retissage de liens communautaires. L'approche milieu constitue quant à elle "une forme d'intervention où le praticien se rend visible et accessible dans une communauté locale de manière à pouvoir intervenir avant que la situation soit complètement détériorée. Cette présence dans le milieu va lui permettre d'acquérir une bonne connaissance des réseaux informels d'aide et d'entrer ainsi en contact avec de aidants avec qui collaborer et des associations avec lesquelles établir un partenariat" (Guay, 2001).

La figure ci-dessous illustre ce cadre d'intervention dans lequel proposer des actions concrètes liées au support social.

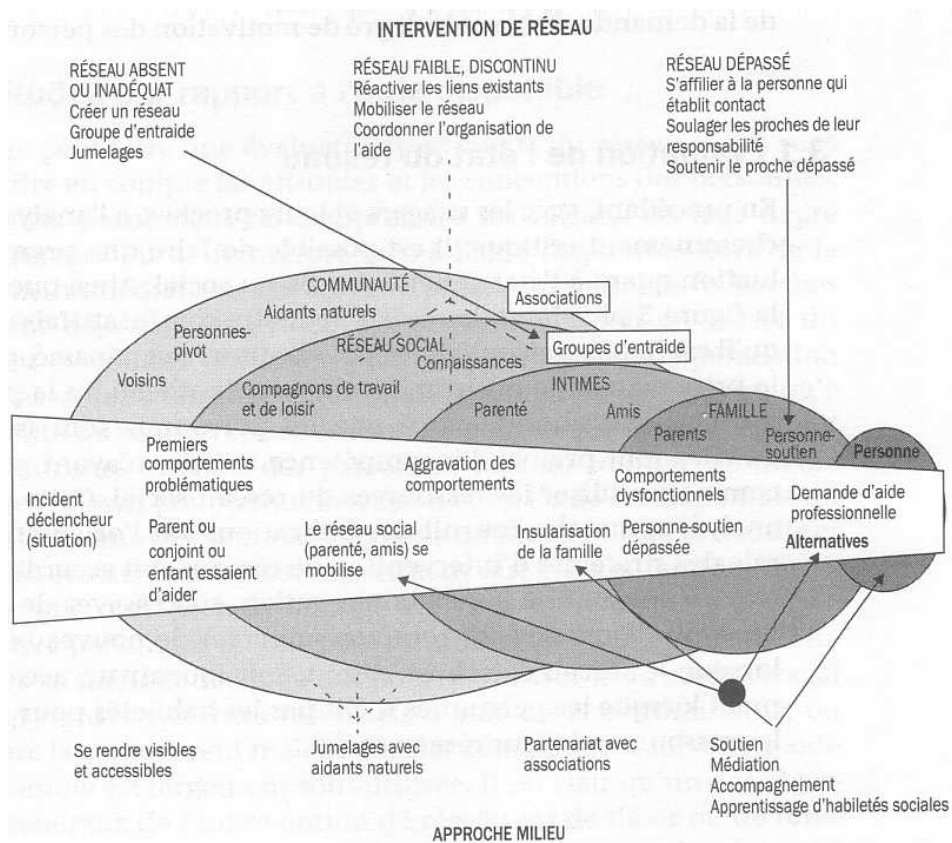


Figure 18 : Intervention de réseau et approche milieu, d'après Guay (2001)

L'intervention de réseau, selon la perspective de Guay, concerne une forme de "clinique communautaire", où l'isolement social ne constitue qu'une expression de la souffrance psychologique. En France, la densité urbaine ou la migration font de l'isolement social une

variable explicative de la souffrance psychologique et cette notion doit donc être incluse dans une acceptation plus large, communautaire.

Parmi les étapes d'intervention proposées dans le figure ci-dessus, la création de réseau nous paraît particulièrement pertinente, en tant que nouvelle forme d'intervention pour le psychologue. Nous ne reviendrons en effet pas sur les éléments de clinique systémique faisant partie du modèle de Guay, relevant davantage de la psychologie clinique que de la psychologie sociale et communautaire de la santé.

La création de réseaux de support social autour des individus constitue une forme d'intervention psychologique empreinte d'éléments propres au travail social. Cependant, l'évaluation des besoins et des ressources sociales dans une logique de promotion de la santé mentale est une tâche qui selon nous doit être désormais confiée à l'expertise des psychologues.

L'évaluation des ressources sociales nécessite en amont une évaluation de l'orientation sociale (Vaux, 1988), qui caractérise l'ensemble des attitudes et croyances de l'individu par rapport au fait de demander de l'aide, de la recevoir, de lui donner du sens et de s'en servir. L'évaluation du réseau de support social est ensuite subordonnée à l'évaluation précise des besoins du sujet en termes de support. L'étude que nous avons menée sur les différences relatives d'impact des dimensions du modèle de Barrera avait ainsi pour objectif de clarifier les leviers potentiels des interventions communautaires (ou de réseau), en contribuant à l'étude des effets relatifs des différentes formes de support social sur les composantes de la santé mentale périnatale.

Il semblerait ainsi qu'il existe une pyramide des besoins de support social, se rapprochant de la pyramide des besoins d'Abraham Maslow (1943). Si cette hiérarchie des besoins sociaux peut être variable selon les individus, il apparaît que certaines constantes puissent être proposées :

- Le support matériel et financier est essentiel pour les personnes en situation de grande précarité. Offrir un soutien émotionnel à une personne précaire provoquerait un effet adverse en termes de santé mentale (voir la réflexion humoristique de Vaux à ce sujet, partie §3.4 de la revue de littérature).
- Le support informatif et de socialisation permet à des personnes précaires et plus particulièrement aux jeunes mères de bénéficier de la manifestation de la solidarité communautaire, en lui apportant une aide tangible (conseils / moments de répit).

- La valorisation et le support émotionnel constituent des niveaux plus élevés de support social, moins nécessaires. Si la valorisation permet aux sujets de développer leur sentiment d'auto-efficacité (dans le cadre de notre travail, il s'agissait du sentiment de compétence parentale), le support émotionnel requiert du sujet une disponibilité pour pouvoir engager la relation adaptée pour se voir offrir le soutien. Par ailleurs, il se pourrait qu'il existe à ce niveau une forte variabilité interculturelle sur les modalités d'expression du soutien émotionnel.

House et Kahn avaient dès 1985 suggéré que les interventions portant sur le support social bénéficieraient à faire l'objet d'études plus précises sur les effets (House et Kahn, 1985).

Le recours au support social comme outil de l'intervention psychosociale constitue un élément central en psychologie communautaire (Dufort et Guay, 2001). Il permet aux personnes en souffrance sociale ou psychologique de se voir proposer des solutions préventives ou réactives qui ne soient pas nécessairement professionnelles, luttant ainsi contre le mouvement de psychologisation de l'intervention sociale que nous évoquons plus haut. Le rôle du professionnel consiste à faciliter l'arrimage des ressources de l'environnement social avec les besoins des individus et des communautés (Gottlieb, 1992)

5.3.2.2 Actions systémiques et politiques

Nous avons engagé notre discussion sur le constat que les modèles théoriques (et d'intervention) en psychologie sociale de la santé étaient partiellement invalidés par notre étude, tout comme plusieurs autres travaux portant sur les populations précarisées.

Du point de vue du modèle écologique de Bronfenbrenner (1979), il semble que les formes les plus efficaces du support social en contexte de précarité ne sont pas les formes liées au microsystème (relations proximales : couple, famille, amis), mais sont les dimensions sociales (matériel, financier, informatif) et communautaires (socialisation).

Nous avons proposé que les interventions communautaires en santé mentale s'appuient davantage sur ces constats et engagent des actions reposant sur la promotion du support social comme vecteur de santé, de développement personnel et communautaire.

Cependant, la question de la responsabilité de l'initiation de telles intervention se pose. S'il était confirmé que les formes les plus pertinentes du support social concernaient la socialisation, la participation des individus à la vie communautaire ou le soutien informatif ou matériel, la dimension systémique, communautaire et politique serait alors engagée.

Camil Bouchard, professeur de psychologie communautaire et député québécois a tenté de définir les champs d'application de la discipline, d'un point de vue des politiques territoriales. On notera combien la notion de support social est présente dans les thématiques proposées par Bouchard :

"[Par rapport aux autres disciplines psychologiques], la psychologie communautaire a su créer ses propres champs d'intérêt : l'organisation communautaire, le développement local, le développement régional, l'influence du voisinage et des réseaux sociaux sur la vie et le développement des individus, les types de voisinage et leur dynamique, les milieux de vie urbains, de banlieue et ruraux, la cohésion et le capital social, la pauvreté, l'exclusion et la marginalisation, l'adaptation à de nouveaux environnements culturels et géographiques, la participation des citoyens à leur milieu de vie, les sentiments d'appartenance à la communauté, de contrôle et de pouvoir d'agir, la vie démocratique, le bénévolat, le développement social, la résolution collective des conflits, la résilience communautaire et l'urbanisme, l'intégration des minorités, l'insertion sociale des jeunes, la citoyenneté active et responsable, l'aide sociale, l'habitation sociale, l'intégration sociale et communautaire des personnes déficientes et des personnes présentant un trouble mental, le soutien aux personnes itinérantes, la prévention de la violence dans les communautés et les institutions, l'équité hommes-femmes, la discrimination" (Bouchard, 2001).

Est-ce à proposer que le psychologue ait une fonction politique ? La réponse, pour les psychologues communautaires est indiscutablement affirmative. Garantir l'insertion communautaire, la disponibilité du support social dans la communauté et la cohésion sociale sont des tâches nécessaires pour qui veut s'engager dans des actions préventives et de promotion de la santé mentale. Ce sont des tâches politiques, au sens de la responsabilité que les professionnels peuvent ressentir face aux situation de précarité, d'"insularisation" sociale et de "satellisation" des individus précaires par rapport aux systèmes dits de droit commun.

Les interventions systémiques basées sur le support social s'inscrivent dans une logique préventive et proactive et non curative ou réactive. Elles prendront la forme de :

- diagnostic local de densité communautaire,
- promotion de l'utilisation des techniques liées au support social dans les services publics sanitaires et sociaux (PMI, CCAS,...),
- promotion de l'échange des compétences entre les habitants d'un quartier,
- promotion des ressources sociales institutionnelles (associations, maisons de quartier...), plus informelles (lieux d'échanges ouverts) ou virtuelles (sites Internet communautaires, lignes téléphoniques...),
- ...

en se référant systématiquement aux dimensions du support social les plus adaptées aux besoins des populations concernées, en veillant à porter un intérêt spécifique sur les populations vulnérables (voir §5.3.1 pour un commentaire sur les notions d'équité et d'égalité).

CONCLUSION ET PERSPECTIVES POUR LA DISCIPLINE PSYCHOLOGIQUE

L'étude sur la contribution du support social à l'explication des phénomènes psychologiques et communautaires nous a permis d'aborder la question sensible du positionnement politique (au sens de l'organisation territoriale) des psychologues. L'appel à la mise en œuvre d'une nouvelle discipline, la psychologie communautaire, reposant sur la promotion du lien social et sur le développement communautaire, questionne aujourd'hui les psychologues qui y voient un rapprochement inédit des questions psychologiques, sociales et politiques. La "politisation" de la question psychologique viendrait-elle apporter une réponse à la psychologisation des questions politiques ?

La littérature sociologique a largement mis en évidence le processus de *psychologisation* des phénomènes sociaux (Bresson, 2006), allant de paire avec les modes de gouvernance postmodernes qui ont consacré un discours médicalisant de la société depuis la seconde moitié du XXe siècle (Elias, 1975). De nombreux auteurs ont pointé du doigt cette *Fonction-psy*, c'est-à-dire "cette fonction d'intensification du réel, partout où il est nécessaire de faire fonctionner la réalité comme pouvoir" (Foucault, 1974, p. 187). Foucault, Castel, Elias, Laing, Basaglia ou encore Bonnafé ont constitué dans les années 1960-1980 l'école sociologique de la santé mentale et ont cherché à démystifier l'usage de la Fonction-psy comme outil politique.

Mais cet outil était puissant et la psychologisation des phénomènes sociaux s'est profondément installée, construisant "une nouvelle culture psychologique au sein de laquelle les frontières entre le normal et le pathologique disparaissent et où la thérapie est dépassée, alors même que la totalité de l'existence devient matière à traitement" (Castel, 1981, p. 75).

La rencontre de la santé publique et de la santé mentale a permis l'élaboration d'un modèle épidémiologique de l'humain, qui fut et reste largement contesté chez les professionnels, qui expriment leur crainte d'une normalisation de l'humain et de la réduction à des techniques systématisées de l'intervention en santé mentale.

Pour Michel Foucault, plus que la santé publique, c'étaient les sciences humaines elles-mêmes qui constituaient les outils du contrôle social et que l'on trouvait à l'origine de ce qu'il a conceptualisé comme l'individu "disciplinaire" : "En direction inverse du discours des sciences humaines, vous avez le discours humaniste [...] et qui consiste à dire : l'individu

disciplinaire, c'est un individu aliéné, asservi, c'est un individu qui n'est pas authentique" (Foucault, 1974, p.59).

Depuis plusieurs années, la rédaction de nombreux appels et pétitions alertant sur la désubjectivation à l'œuvre dans les institutions "psy" témoigne de l'anxiété présente chez des professionnels sentant leur champ d'expertise leur échapper. La cristallisation de ce mouvement autour de la protection de la "clinique" et de la sauvegarde de la psychanalyse témoigne de la rupture désormais consommée entre le champ de la santé mentale et le champ politique. Faute de faire valoir la primauté de la clinique dans l'organisation des soins en santé mentale, les professionnels, loin d'appeler à un usage social et humaniste de la psychologie, se sont engagés dans une lutte pour la reconnaissance d'une idéologie de soin. A l'instar de Foucault, on pourrait voir dans cette lutte pro-psychanalytique, la tentative de s'opposer à un écueil (la médicalisation) par une autre forme de normalisation se réfugiant derrière le recours à la subjectivité des individus.

La crainte des professionnels que l'on fasse du psychologue un agent d'application des *best practices*, c'est à dire de la médecine basée sur les preuves, et que l'on subordonne "la souffrance et [le] bien-être psychique à de nouvelles représentations et de nouveaux dispositifs de gouvernance dans lesquelles la psychanalyse ne sera que résiduelle ou nébuleuse"^a a généré un débat qui, bien que d'importance, ne paraît pas central pour un certain nombre de professionnels, davantage préoccupés par le sens à donner à l'intervention en santé mentale dans une société marquée par de nouvelles exigences et de nouveaux besoins de terrain.

Les modèles classiques de la psychologie ne permettent pas aux professionnels de s'investir dans le développement des politiques de santé, et maintiennent cette distance existant entre les psychologues et l'action communautaire. Il manque aujourd'hui aux psychologues une culture de la santé locale et de développement social.

Si le psychologue peut être défini comme un expert de la relation, alors l'utilisation du support social comme outil d'intervention systémique, politique et communautaire semble naturelle. Restaurer le lien social comme objet d'intérêt des sciences humaines en France est un des objectifs que doivent se fixer les psychologues communautaires.

^a Pétition "sauvons la clinique", <http://www.sauvons-la-clinique.org/>

Pour dépasser les clivages théorique de la psychologie clinique, qui maintiennent le débat sur l'action des psychologues à un niveau inadapté, il est nécessaire de développer les recherches interdisciplinaires en psychologie communautaire, en s'appuyant sur les modèles de la psychologie sociale et de la psychologie de la santé. Ces recherches intégreront les questions sociétales auxquelles les professionnels (comme les citoyens) sont confrontés de manière croissante. L'intervention en psychologie communautaire est à la croisée de nombreuses disciplines (figure 18). Son développement témoignera de la capacité des psychologues et de la discipline psychologique à produire l'*aggiornamento* nécessaire au passage d'une psychologie centrée sur les pathologies individuelles à une psychologie à la recherche de la promotion de la santé, du lien social et du développement communautaire.

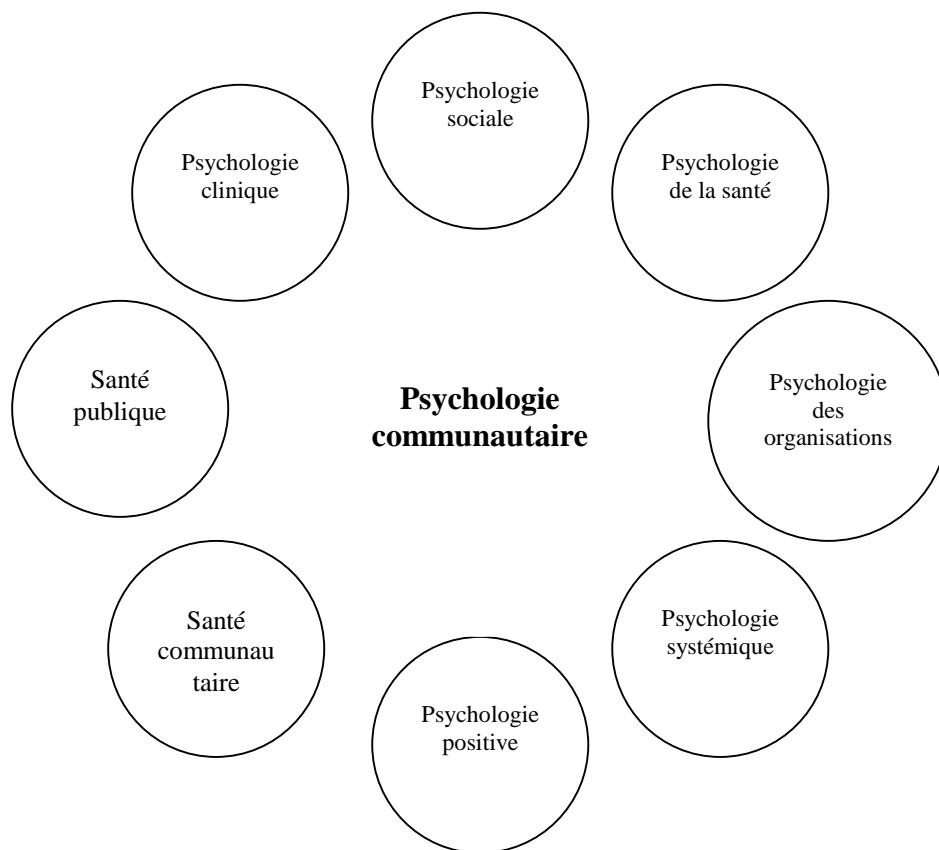


Figure 19 : la psychologie communautaire et ses disciplines connexes

BIBLIOGRAPHIE

- Abidin, R. et Wilfong, E. (1989). Parenting stress and its relationship to child health care. *Children's Health Care, 18*(2), 114-116.
- Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. et Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health, 8*, 89-95.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. et Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Anan, R. M. et Barnett, D. (1999). Perceived social support mediates between prior attachment and subsequent adjustment: a study of urban African American children. *Dev Psychol, 35*(5), 1210-1222.
- Andresen, P. A. et Telleen, S. L. (1992). The relationship between social support and maternal behaviors and attitudes: a meta-analytic review. *Am J Community Psychol, 20*(6), 753-774.
- Antonucci, T. C., Akiyama, H. et Takahashi, K. (2004). Attachment and close relationships across the life span. *Attach Hum Dev, 6*(4), 353-370.
- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R. et Morris, J. (2000). Promoting secure attachment, maternal mood and child health in a vulnerable population: a randomized controlled trial. *J Paediatr Child Health, 36*(6), 555-562.
- Badoux, A. et Veyrat, J. (2000). L'impact de l'environnement social sur la santé physique et mentale. *Société Médico-Psychologique, 158*(5), 438-443.
- Bailly, N., Alaphilippe, D., Herve, C. et Joulain, M. (2007). Evenements de vie négatifs, support social et santé mentale des âges. *L'Année Psychologique, 107*(2), 211-224.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge: University press.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C. et Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *J Pers Soc Psychol, 76*(2), 258-269.
- Barrera, M. (1981). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents: Assessment Issues. In B. R. Gottlieb (Ed.), *Social Networks and Social Support* (pp. 69-96). Beverly Hills: Sage.
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *Am J Community Psychol, 14*(4), 413-445.
- Barrera, M. (1991). Social Support and the Third Law of Ecology. *Am J Community Psychol, 19*(1), 133-138.
- Barrera, M. et Ainlay, S. (1983). The structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *J Community Psychol, 11*(2), 133-143.
- Barrera, M., Glasgow, R. E., McKay, H. G., Boles, S. M. et Feil, E. G. (2002). Do Internet-based support interventions change perceptions of social support? An experimental trial of approaches for supporting diabetes self-management. *Am J Community Psychol, 30*(5), 637-654.
- Barrera, M., Sandler, I. et Ramsay, T. (1981). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *Am J Community Psychol, 9*(4), 435- 447.
- Barroso, J. (1997). Social support and long-term survivors of AIDS. *West J Nurs Res, 19*(5), 554-573; discussion 573-582.
- Bartholomew, K. et Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244.
- Beauregard, L. et Dumond, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service Social, 45*(3), 55-76.
- Beck, C. (2001). Predictors of Postnatal Depression: An Update. *Nursing Research, 50*, 275-285.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. *Nurs Res, 45*(4), 225-230.
- Becker, A., McRone, P. et Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilisation - a literature review. *International Journal of Social Psychiatry, 44*, 248-266.
- Belle, D. (1982). *Lives in stress: women and depression*. Beverly Hills: Sage.
- Berkman, L., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., et coll. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *Jama, 289*(23), 3106-3116.
- Berkman, L. et Breslow, L. (1983). *Health and ways of living*. New York: Oxford University Press.
- Bertera, E. (2005). Mental health in US adults: the role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal of social and personal relationships, 22*(1), 33-48.

- Bidan-Fortier, C. (2001). L'évolution différentielle de l'infection par le VIH. In M. Bruchon-Schweitzer & B. Quintard (Eds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.
- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J., Moran, P. et Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): an interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychol Med*, 33(6), 1099-1110.
- Blain, M., Thompson, J. et Whiffen, V. (1993). Attachment and perceived social support in late adolescence: the interaction between working models of self and others. *Journal of Adolescent Research*, 8, 226-241.
- Blazer, D. G. (1982). Social support and mortality in an elderly community population. *Am J Epidemiol*, 115(5), 684-694.
- Bloom, B. (1979). Prevention of mental disorders: Recent advances in theory and practice. *Community Mental Health Journal*, 15(179-191).
- Bocognano, A., Dumesnil, S., Frerot, L., Grandfils, N., Le Fur, P. et Sermet, C. (1999). *Santé Soins et Protection Sociale en 1998*. Paris: CREDES.
- Boisvert, F. et Trudelle, D. (2002). Être parent en milieu défavorisé: de la compétence au sentiment d'impuissance. *Revue Internationale de l'Education Familiale*, 6(2).
- Boivin, M., Pérusse, D., Dionne, G., Sayssset, V., Zoccolillo, M., Tarabulsy, G., et coll. (2005). The genetic-environmental etiology of parent's perceptions and self-assessed behaviors toward their 5-month-old infants in a large twin and singleton sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5).
- Bond, E. M. (2002). Follow up of people fitted with hearing aids. Hearing therapists should explore whole subject of emotional and social support. *Bmj*, 325(7375), 1304.
- Bouchard, C. (2001). Inspirer, soutenir et rénover les politiques sociales. In F. Dufort & J. Guay (Eds.), *Agir au coeur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Boutin-Foster, C. (2005). Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart Lung*, 34(1), 22-29.
- Bowlby, J. (1953). *Child care and the growth of love* (Vol. 13). Melbourne: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment, Vol. 1 of Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment, Vol. 2 of Attachment and loss: Separation*. New York: Basic Books.
- Brandi, R. (2008). Application of attachment theory to maternal unresponsiveness: A model program for postpartum depression. *Diss Abstr Int [B]*, 68(9-B), 6290.
- Brashers, D. E., Neidig, J. L. et Goldsmith, D. J. (2004). Social support and the management of uncertainty for people living with HIV or AIDS. *Health Commun*, 16(3), 305-331.
- Brauer, M. (2000). L'identification des processus médiateurs dans la recherche en psychologie. *L'Année Psychologique*, 100, 661-681.
- Brazelton, T., Koslowski, B. et Main, M. (1974). The origins of reciprocity: The early mother-infant interaction. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The effect of the infant on its caregiver*. New York: Wiley.
- Bresson, M. (Ed.). (2006). *La psychologisation de l'intervention sociale: mythes et réalités*. Paris: L'Harmattan.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The theory of human development. In N. Smelser & P. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences, Vol. 10* (pp. 6963-6970). New York: Elsevier.
- Brown, G. et Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock, the free press.
- Browne, D. (1986). The role of stress in the commission of subsequent acts of child abuse and neglect. *Journal of Family Violence Vict*, 1, 289-297.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1994). Les problèmes d'évaluation de la personnalité aujourd'hui. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 23, 35-57.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé*. Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., Rasclé, N., Gélié, F. et Fortier, C. (2003). Le questionnaire de soutien social de sarason(ssq6), une adaptation française. *Psychologie Française*, 48, 41-53.
- Bryanton, J., Gagnon, A. J., Hatem, M. et Johnston, C. (2008). Predictors of early parenting self-efficacy: results of a prospective cohort study. *Nurs Res*, 57(4), 252-259.
- Buchanan, J. (1995). Social Support and Schizophrenia: A Review of the Literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 68-76.
- Burg, M. M., Barefoot, J., Berkman, L., Catellier, D. J., Czajkowski, S., Saab, P., et coll. (2005). Low perceived social support and post-myocardial infarction prognosis in the enhancing recovery in coronary heart disease clinical trial: the effects of treatment. *Psychosom Med*, 67(6), 879-888.
- Burton, E., Stice, E. et Seeley, J. R. (2004). A prospective test of the stress-buffering model of depression in adolescent girls: no support once again. *J Consult Clin Psychol*, 72(4), 689-697.

- Caplan, G. (1974). Support systems. In G. Caplan (Ed.), *Support systems and community mental health: Lectures on concept development* (pp. 1-40). New York: Behavioral Publications.
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health*, 64(11), 1040-1043.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*, 104, 107-123.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques: de l'anti-psychanalyse à l'après-psychiatrie*. Paris: Les éditions de minuit.
- Ceballo, R. et McLoyd, V. C. (2002). Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Dev*, 73(4), 1310-1321.
- Chavis, D. et Wandersman, A. (1990). Sense of Community in the Urban Environment: A Catalyst for Participation and Community Development. *Am J Community Psychol*, 18(1), 55-81.
- Clarke, S. A., Booth, L., Velikova, G. et Hewison, J. (2006). Social support: gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nurs*, 29(1), 66-72.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 38(5), 300-314.
- Cogill, S., Caplan, H., Alexandra, H., Robson, K. et Kumar, R. (1986). Impact of maternal post-natal depression on cognitive development in young children. *BMJ*, 292, 1165-1167.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S. et Gwaltney, J. M., Jr. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *Jama*, 277(24), 1940-1944.
- Cohen, S. et Pressman, S. (2004). The stress-buffering hypothesis. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cohen, S. et Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98(2), 310-357.
- Cohn, J. et Tronick, E. (1982). Communicative rules and sequential structure of infant behaviour during normal and depressed interaction. In E. Tronick (Ed.), *Social interchange in infancy: Affect, cognition and communication* (pp. 59-77). Baltimore: University Park Press.
- Coleman, P. et Karraker, K. (1997). Self efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review*, 18, 47-85.
- Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. et Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol*, 65(6), 1243-1258.
- Collins, N. et Feeney, B. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053-1073.
- Collins, N. et Feeney, B. (2004). Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies. *J Pers Soc Psychol*, 87(3), 363-383.
- Consoli, S. (2001). L'insuffisance coronarienne: facteurs de vulnérabilité et facteurs de protection. In M. Bruchon-Schweitzer & B. Quintard (Eds.), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement* (pp. 25-45). Paris: Dunod.
- Cooper, P. J. et Murray, L. (1998). Postnatal depression. *BMJ*, 316, 1884-1886.
- Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C. et Martin, N. G. (2004). Perceived social support in a large community sample--age and sex differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39(8), 625-636.
- Cox, A. D. (1993). Befriending young mothers. *Br J Psychiatry*, 163, 6-18.
- Cox, J. et Holden, J. (1994). *Perinatal psychiatry: use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS*. London: Gaskell.
- Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cox, L. E. (2002). Social support, medication compliance and HIV/AIDS. *Soc Work Health Care*, 35(1-2), 425-460.
- Cozzarelli, C., Karafa, J., Collins, N. et Tagler, M. (2003). Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 315-346.
- Crosier, T., Butterworth, P. et Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(1), 6-13.
- Cudney, S., Winters, C., Weinert, C. et Anderson, K. (2005). Social support in cyberspace: lessons learned. *Rehabil Nurs*, 30(1), 25-28; discussion 29.
- Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *J Abnorm Psychol*, 93(4), 378-390.
- Cutrona, C. E. et Troutman, B. R. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of postpartum depression. *Child Dev*, 57(6), 1507-1518.
- Davis, C., Cohen, R. S. et Apolinsky, F. (2005). Providing social support to cancer patients: a look at alternative methods. *J Psychosoc Oncol*, 23(1), 75-85.

- Davis, H., Ispanovic, V., Puura, K., Tsiantis, J., Turenen, M. et Paradisiotou, A. (2004). Comment évaluer la promotion de la santé? Premiers résultats du Projet européen de promotion précoce de la santé. In A. Haddad, A. Guedeney & T. Greacen (Eds.), *Santé mentale du jeune enfant: prévenir et intervenir*. Ramonville-Saint-Agne: Eres.
- Davis, M. H., Morris, M. M. et Kraus, L. A. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: associations with well-being and attachment. *J Pers Soc Psychol*, 74(2), 468-481.
- De Leeuw, J. R., De Graeff, A., Ros, W. J., Hordijk, G. J., Blijham, G. H. et Winnubst, J. A. (2000). Negative and positive influences of social support on depression in patients with head and neck cancer: a prospective study. *Psychooncology*, 9(1), 20-28.
- Deave, T., Heron, J., Evans, J. et Emond, A. (2008). The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *Bjog*, 115(8), 1043-1051.
- Demyttenaere, K., Lenaerts, H., Nijs, P. et Van Assche, F. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatr Scand*, 91(2), 95-102.
- Dennis, C. L. et Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *J Adv Nurs*, 56(6), 588-599.
- Dressler, W. W. (1985). Extended family relationships, social support, and mental health in a southern black community. *J Health Soc Behav*, 26(1), 39-48.
- Dufort, F. et Guay, J. (2001). *Agir au coeur des communautés*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Dugravier, R., Saïas, T. et Guedeney, A. (2006). Attachement et troubles du comportement. *Perspectives Psy*, 45(1), 87-92.
- Duhl, L. (1986). *Health planning and social change*. New York: Human Sciences Press.
- Dunn, J. et Schweitzer, M. (2005). Feeling and believing: the influence of emotion on trust. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 736-748.
- Durand, B. (1999). *Dépression et maternité*. Neuilly-sur-seine: Ardix médical.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. New-York: Free Press.
- Edwards, A. (1982). *The social desirability variable in personality assessment and research*: The Greenwood Press.
- Edwards, L. V. (2006). Perceived social support and HIV/AIDS medication adherence among African American women. *Qual Health Res*, 16(5), 679-691.
- Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly*, 21(2), 235-252.
- Elias, N. (1975). *La dynamique de l'Occident*. Paris: Calmann-Lévy.
- Esquirol, J. (1819). De l'Aliénation Mentale des Nouvelles Accouchées et des Nourrices. In *Annuaire Médico-Chirurgical des Hôpitaux de Paris* (pp. 600-632).
- Ethier, L., Lacharite, C. et Couture, G. (1995). Childhood adversity, parental stress and depression of negligent mothers. *Child Abuse Negl*, 19, 619-632.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. et Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323(7307), 257-260.
- Field, T. (1982). Infant arousal, attention, and affect during early interactions. In L. Lipsitt (Ed.), *Advances in infancy research (Vol. 1)*. Norwood, NJ: Ablex.
- Field, T. (2007). Responses to animate and inanimate faces by infants of depressed mothers. *Early Child Development & Care*, 177(5), 533-539.
- Field, T., Vega-Lahr, N., Scafildland, F. et Goldstein, S. (1986). Effects of Maternal Unavailability on Mother-Infant Interactions. *Infant Behavior and Development*, 9, 472-478.
- Finfgeld-Connett, D. (2005). Clarification of social support. *J Nurs Scholarsh*, 37(1), 4-9.
- Fitch, K. (2002). The influence of culture and social support on postpartum depression. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 63(5-B), 2580.
- Florian, V., Mikulincer, M. et Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *Journal of Psychology*, 129, 665-676.
- Foa, E. et Foa, U. (1980). Resource theory: Interpersonal behavior as exchange. In K. Gergen, M. Greenberg & R. Willis (Eds.), *Social exchange: Advances in theory and research*. New York: Plenum.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, The Appropriate Target of Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 124-150.
- Foucault, M. (1974). *Le pouvoir psychiatrique. Cours au collège de France: 1973-1974*. Paris: Gallimard, 2003.
- Fuggle, P., Glover, L., Khan, F. et Haydon, K. (2002). Screening for postnatal depression in Bengali women. *Journal of Reproductive and Infant psychology*, 20(2), 71-82.
- Furukawa, T., Sarason, I. et Sarason, B. (1998). Social support and adjustment to a novel social environment. *Int J Soc Psychiatry*, 44(1), 56-70.
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G. et Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106(5), 1071-1083.

- Gentry, W. et Kobasa, S. (1985). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioural Medicine*: Guilford.
- Goldbort, J. (2006). Transcultural analysis of postpartum depression. *Am J Matern Child Nurs*, 31(2), 121-126.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. J., Antoni, M. H., Duran, R. E., McPherson-Baker, S., Ironson, G., et coll. (2004). Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychol*, 23(4), 413-418.
- Gorman, L., O'Hara, M. W., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M. H., et coll. (2004). Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and post-partum across countries and cultures. *Br J Psychiatry*, 184(46).
- Gottlieb, B. (1983). *Social support strategies*. Beverly Hills: Sage.
- Gottlieb, B. (1992). Quandaries in translating social support concepts to intervention. In H. Veiel & U. Baumann (Eds.), *The meaning and measurement of social support*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Greacen, T. et Jouet, E. (2008). Psychologie communautaire et recherche: l'exemple du projet EMILIA. *Pratiques Psychologiques*, 14(4).
- Greacen, T. et Saïas, T. (2006). *La santé mentale en centres maternels*. Paris: DASES.
- Green, B. L., Furrer, C. et McAllister, C. (2007). How do relationships support parenting? Effects of attachment style and social support on parenting behavior in an at-risk population. *Am J Community Psychol*, 40(1-2), 96-108.
- Grossmann, K. et Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In J. Stevenson-Hinde & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life circle* (pp. 93-114). London: Routledge.
- Guay, J. (2001). L'intervention de réseau et l'approche milieu. In F. Dufort & J. Guay (Eds.), *Agir au coeur des communautés*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Guédény, A., Bungener, C. et Widlocher, D. (1993). Le post-partum blues: une revue critique de la littérature. *Psychiatr Infant*, 36(1), 329-354.
- Guédény, N. et Fermanian, J. (1998). Validation study of French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *European psychiatry* (13), 83-89.
- Guédény, N., Fermanian, J., Guelfi, J. et Delour, M. (1995). Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh post-natal depression scale sur une population parisienne. *Devenir*, 7(2), 69-92.
- Gunlicks, M. et Weissman, M. M. (2008). Change in Child Psychopathology With Improvement in Parental Depression: A Systematic Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(4), 379-389.
- Hagihara, A., Tarumi, K. et Nobutomo, K. (2003). Positive and negative effects of social support on the relationship between work stress and alcohol consumption. *J Stud Alcohol*, 64(6), 874-883.
- Halbreich, U. et Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*, 91, 97-111.
- Halligan, S., Murray, L., Martins, C. et Cooper, P. (2006). Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. *J Affect Disord*, 97, 145-154.
- Hamilton, J. B. et Sandelowski, M. (2004). Types of social support in African Americans with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 31(4), 792-800.
- Hansell, P. S., Hughes, C. B., Caliendo, G., Russo, P., Budin, W. C., Hartman, B., et coll. (1999). Boosting social support in caregivers of children with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS*, 13(5), 297-302.
- Hartmann, A. (2007). *Étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur « accompagnant-référent »*. Thèse de doctorat en psychologie., Université de Haute-Bretagne, Rennes.
- Haskett, M., Ahern, L., Ward, C. et Allaire, J. (2006). Factor Structure and Validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 302-313.
- Haslam, D., Pakenham, K. et Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 276-291.
- Hawkins, J. (2000). *Predictors of Youth Violence*: Office of Juvenile and Delinquency Prevention.
- Hawley, E. et McWhirter, E. (1991). Empowerment in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 69, 222-227.
- Hay, D. (1997). Postpartum depression and cognitive development. In L. Murray & P. Cooper (Eds.), *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press.
- Hazan, C. et Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol*, 52(3), 511-524.
- Heh, S. S., Coombes, L. et Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *Int J Nurs Stud*, 41(5), 573-579.
- Heller, K., Thompson, M. G., Trueba, P. E., Hogg, J. R. et Vlachos-Weber, I. (1991). Peer support telephone dyads for elderly women: was this the wrong intervention? *Am J Community Psychol*, 19(1), 53-74.

- Hirsch, B. (1979). Psychological dimensions of social networks: a multimethod analysis. *Am J Community Psychol*, 7(263-277).
- Horwitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- House, J. (1981). *Work stress and social support*. Reading: Addison-Wesley.
- House, J. et Kahn, R. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Orlando: Academic Press.
- Howell, E., Mora, P. et Leventhal, H. (2006). Correlates of Early Postpartum Depressive Symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10 (2), 149–157.
- Hupcey, J. (1998). Social Support: Assessing Conceptual Coherence. *Qualitative Health Research*, 8(3), 304-308.
- Jacobson, S. et Frye, K. (1991). Effect of maternal social support on attachment: experimental evidence. *Child Dev*, 62, 572-582.
- Janevic, M. R., Janz, N. K., Dodge, J. A., Wang, Y., Lin, X. et Clark, N. M. (2004). Longitudinal effects of social support on the health and functioning of older women with heart disease. *Int J Aging Hum Dev*, 59(2), 153-175.
- Jones, J. et Hunter, D. (1995). Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *Bmj*, 311, 376-380.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C. et Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80(3), 251-255.
- Josefsson, A. et Sydsjo, G. (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Arch Womens Ment Health*, 10, 141–145.
- Kahn, R. et Antonucci, T. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support. In P. Baltes & O. Brim (Eds.), *Life-Span Development and Behavior (vol.3)*. New York: Academic Press.
- Katz, J. (1984). *The silent world of doctor and patient*. New York: The Free Press.
- Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W. et Zlotnick, C. (1997). Psychosocial factors and the long-term course of major depression. *J Affect Disord*, 44(1), 57-67.
- Kessler, R., McLeod, J. et Wethington, E. (1985). The cost of caring. In I. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Social support: theory, research and application*. La Hague: Martinus Nijhoff.
- Khelalfa-Foucault, F., Boige, N. et Missonnier, S. (2003). Entre malaise et réconciliation, une esquisse « ethnopédiatrique ». *Carnet Psy*, 55.
- Kitamura, T., Takauma, F., Tada, K., Yoshida, K. et Nakano, H. (2004). Postnatal depression, social support, and child abuse. *World Psychiatry*, 3(2), 100-101.
- Kitzman, H., Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R., et coll. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *Jama*, 278(8), 644-652.
- Kobak, R. R. et Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev*, 59(1), 135-146.
- Koenen, M. et Thompson, J. (2008). Filicide: Historical review and prevention of child death by parent. *Infant Mental Health Journal*, 29(1), 61-75.
- Kovess, V., Lesage, A., Boisguerin, B., Fournier, L., Lopez, A. et Ouellet, A. (2001). *Planification et Evaluation des besoins en Santé Mentale. Comité de la santé mentale du Québec et direction générale de la santé*. Paris: Flammarion Médecine Sciences.
- Kue Young, T. (1998). *Population Health Concepts and Methods*. New York: Oxford University Press.
- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 29(6), 250-264.
- Kumar, R. et Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Lacharite, C., Ethier, L. et Couture, G. (1996). The Influence of Partners on Parental Stress of Neglectful Mothers. *Child Abuse Revue*, 5, 18-33.
- Lambert, V., Luissier, Y., Sabourin, S. et Wright, J. (1995). Attachement, solitude et détresse psychologique chez des jeunes adultes. *J Int Psychol*, 30(1), 109-131.
- Lara, M. E., Leader, J. et Klein, D. N. (1997). The association between social support and course of depression: is it confounded with personality? *J Abnorm Psychol*, 106(3), 478-482.
- LaRocco, J. M., House, J. S. et French, J. R., Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *J Health Soc Behav*, 21(3), 202-218.
- Laroche, J. (1979). A critical look at American community psychology. *Connexions*, 27, 117-124.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Le Bosse, Y. et Dufort, F. (2001). L'approche centrée sur le pouvoir d'agir: une autre façon d'intervenir. In F. Dufort & J. Guay (Eds.), *Agir au cœur des communautés: la psychologie communautaire et le changement social* (pp. 94). Québec: Les Presses de l'Université Laval.

- Le Pape, A. et Lecomte, T. (1996). *Aspects socio-économiques de la dépression: Evolution 1980/81 – 1991/2*. Paris: CREDES.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y. et Chung, T. K. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *Br J Psychiatry*, 184, 34-40.
- Lepage, L. (1984). *Application et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Mémoire de Maîtrise, Université de Montréal.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C. et Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med*, 67(6), 869-878.
- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *J Abnorm Psychol*, 84(6), 729-731.
- Lin, N., Dean, A. et Ensel, W. (1986). *Social support, life events and depression*. Orlando: Academic Press.
- Lin, N., Simeone, R. S., Ensel, W. M. et Kuo, W. (1979). Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J Health Soc Behav*, 20(2), 108-119.
- Logsdon, M. C., Birkimer, J. C., Simpson, T. et Looney, S. (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(1), 46-54.
- Logsdon, M. C., Cross, R., Williams, B. et Simpson, T. (2004). Prediction of postpartum social support and symptoms of depression in pregnant adolescents: a pilot study. *J Sch Nurs*, 20(1), 36-42.
- Logsdon, M. C., McBride, A. B. et Birkimer, J. C. (1994). Social support and postpartum depression. *Res Nurs Health*, 17(6), 449-457.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach Delie, J. et Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *Br J Psychiatry*, 190, 293-298.
- Luoma, I., Kaukonen, P., Mantymaa M, Puura K, Tamminen T et R, S. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(12), 1367-1374.
- Luoma, I., Kaukonen, P., Mantymaa M, Puura K, Tamminen T et R, S. (2004). A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry Hum Dev*, 35(1), 37-53.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R. et van Veldhuisen, D. J. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs*, 20(3), 162-169.
- Lyons-Ruth, K. et Melnick, S. (2004). Dose-response effect of mother-infant clinical home visiting on aggressive behavior problems in kindergarten. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43(6), 699-707.
- Lyyra, T. M. et Heikkinen, R. L. (2006). Perceived social support and mortality in older people. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 61(3), S147-152.
- Main, M., Kaplan, N. et Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (Vol. 50, pp. 66-104): Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Main, M. et Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disorientated attachment pattern. In T. Brazelton & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood: Ablex.
- Main, M. et Weston, D. (1981). quality of the toddler's relationship to mother and to father as related to conflict behavior and readiness to establish new relationships. *Child Dev*, 52, 932-940.
- Main, M. et Weston, D. (1982). Avoidance of the attachment figure in infancy: Descriptions and interpretations. In C. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* (pp. 31-59). New York: Basic.
- Mallikarjun, P. (2005). Prevention of postnatal depression. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(5), 221-226.
- Manzano, J., Righetti-Veltema, M. et Conne Perreard, E. (1997). Le syndrome de dépression du pré-partum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. *Psychiatrie de l'enfant*, 40(2).
- Marcé, L. (1858). *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et des considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris: Baillière et fils.
- Marcoux, I., Angelique, H. et Culley, M. (2008). La psychologie communautaire en Amérique du Nord: historiques et applications. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 17-27.
- Martinez-Schallmoser, L., Telleen, S. et MacMullen, N. J. (2003). The effect of social support and acculturation on postpartum depression in Mexican American women. *J Transcult Nurs*, 14(4), 329-338.
- Maslow, A. (1943). Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- McDowell, T. et Serovich, J. (2007). The effect of perceived and actual social support on the mental health of HIV-positive persons. *AIDS Care*, 19(10), 1223-1229.

- McLewin, L. A. et Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse Negl*, 30(2), 171-191.
- McMillan, D. et Chavis, D. (1986). Sense of Community: A Definition and Theory. *J Community Psychol*, 14, 6-23.
- Mercer, R. et Ferketich, S. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. *Nurs Res*, 43(1), 38-43.
- Mikulincer, M. et Florian, V. (1997). Are emotional and instrumental supportive interactions banaficial in times of stress? The impact of attachment style. *Anxiety, stress and coping*, 10(109-127).
- Mikulincer, M., Florian, V. et Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol*, 64(5), 817-826.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et coll. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*, 108(1-2), 147-157.
- Miller, L. J. (2002). Postpartum depression. *Jama*, 287(6), 762-765.
- Mitchell, G. W. et Glicksman, A. S. (1977). Cancer patients: knowledge and attitudes. *Cancer*, 40(1), 61-66.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C. et Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Arch Womens Ment Health*, 9(5), 273-278.
- Montigny, F. et Lacharite, C. (2005). Perceived parental efficacy: concept analysis. *J Adv Nurs*, 49(4), 387-396.
- Moreira, J., de Fatima Silva, M., Moleiro, C., Aguiar, P., Andrez, M., Bernardes, S., et coll. (2003). Percieved social support as an offshoot of attachment style. *Personality and Individual Differences*, 34, 485-501.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(3), 543-561.
- Murray, L. et Cooper, J. (1997). *Post partum depression and child development*. NY: The Guilford Press.
- Murray, L. et Cox, J. (1990). Identifying depression during pregnancy with the EPDS. *Journal of Reproductive and Infant psychology*, 8, 99-107.
- Murray, L. et Trevarthen, C. (1986). The infant's role in mother-infant communications. *J Child Lang.*, 13(1), 15-29.
- Nadel, J. (2001). Chercher l'enfant, trouver l'humain. *Enfance*, 53(1), 67-74.
- Nikoletti, S., Kristjanson, L. J., Tataryn, D., McPhee, I. et Burt, L. (2003). Information needs and coping styles of primary family caregivers of women following breast cancer surgery. *Oncol Nurs Forum*, 30(6), 987-996.
- Norbeck, J., Lindsey, A. et Carrieri, V. (1981). Development of an Instrument to Measure Social Support. *Nursing Research*, 30, 264-269.
- O'Brien, R. et Pilar Baca, R. (1997). Application of solution-focused interventions to nurse home visitation for pregnant women and parents of young children. *J Community Psychol*, 25(1), 47-57.
- O'Hara, M. W. et Swain, A. M. (1996). Rates and risk of post partum depression - a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Oates, M. R., Cox, J. L., Neema, S., Asten, P., Glangeaud-Freudenthal, N., Figueiredo, B., et coll. (2004). Postnatal depression across countries and cultures: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184(46), s10-s16.
- Observatoire National de l'Enfance en Danger. (2007). *Troisieme rapport annuel au parlement et au gouvernement*. Paris.
- Okabayashi, H., Liang, J., Krause, N., Akiyama, H. et Sugisawa, H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Soc Sci Med*, 59(11), 2259-2270.
- Oldershaw, L. (2002). *A national survey of parents of young shildren*. Toronto: Invest in kids foundation.
- Olds, D. (1992). Home visitation for pregnant women and parents of young children. *Am J Dis Child*, 146(6), 704-708.
- Olds, D. (2003). Reducing program attrition in home visiting: what do we need to know? *Child Abuse Negl*, 27(4), 359-361.
- Olds, D. (2006). The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
- Olds, D., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Jr., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., et coll. (1997a). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278(8), 637-643.
- Olds, D. et Kitzman, H. (1990). Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics*, 86(1), 108-116.
- Olds, D., Kitzman, H., Cole, R. et Robinson, J. (1997b). Theoretical foundations of a program of home visitation for pregnant women and parents of young children. *J Community Psychol*, 25(1), 9-25.
- Olds, D., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D., Pettitt, L., Henderson, C., et coll. (2002). Home Visiting by Paraprofessionals and by Nurses: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 110, 486-496.

- Olds, D. L., Henderson, C. R., Jr., Chamberlin, R. et Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78(1), 65-78.
- OMS. (2001). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). Process of translation and adaptation of instruments. from http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/index.html
- Ostberg, M. (1998). Parental stress, psychosocial problems and responsiveness in help-seeking parents with small (2–45 months old) children. *Acta Paediatr*, 87, 69-76.
- Palazzolo, J., Brousse, G., Favre, P. et Llorca, P. M. (2005). L'information du sujet schizophrène en pratique clinique: données actuelles. *Encephale*, 31(2), 227-234.
- Pattison, E. (1977). A theoretical-empirical base for social system therapy. In E. Foulks, R. Wintro, J. Westermeyer & A. Favassa (Eds.), *Current perspectives in cultural psychiatry* (pp. 217-253). New York: Spectrum.
- Pawlby, S., Sharp, D., Hay, D. et O'Keane, V. (2008). Postnatal depression and child outcome at 11 years: the importance of accurate diagnosis. *J Affect Disord*, 107(1-3), 241-245.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J. et Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry*, 136, 339-346.
- Perdereau, F. et Atger, F. (2006). Evaluation de l'attachement chez l'adolescent et l'adulte. In A. Guedeney & N. Guedeney (Eds.), *L'attachement, concepts et applications, 2e édition*. Paris: Masson.
- Philips, D. et Feldman, K. (1973). A dip in deaths before ceremonial occasions: some new relationships between social integration and mortality. *Am Soc Rev*, 38, 678-696.
- Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry*, 114(516), 1325-1335.
- Pols, H. (2000). Between the laboratory, the school, and the community: The psychology of human development, Toronto, 1916-1956. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(2), 13-30.
- Prilleltensky, I. et Nelson, G. (1997). Community Psychology: Reclaiming social justice. In D. Fox & I. Prilleltensky (Eds.), *Critical Psychology: An Introduction*. London: Sage.
- Prilleltensky, I. et Nelson, G. (2002). *Doing psychology critically: Making a difference in diverse settings*. New York: Palgrave-Macmillan.
- Procidano, M. E. et Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *Am J Community Psychol*, 11(1), 1-24.
- Rahman, A., Iqbal, Z. et Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychol Med*, 33(7), 1161-1167.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Community Psychol*, 15(2), 121-148.
- Rappaport, J. et Seidman, E. (2000). *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Rasclé, N. et Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs: implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le Travail Humain*, 64(2), 97-118.
- Ray, C. (1992). Positive and negative social support in a chronic illness. *Psychol Rep*, 71(3 Pt 1), 977-978.
- Reinhardt, J. (2001). Social support and well-being in later life: studying the negative with the positive. *Applied Developmental Science*, 5, 76-77.
- Rogers, R. G. (1996). The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality. *J Health Soc Behav*, 37(4), 326-338.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Rosengren, A., Orth-Gomer, K., Wedel, H. et Wilhelmsen, L. (1993). Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *Bmj*, 307(6912), 1102-1105.
- Ross, L. E., Campbell, V. L., Dennis, C. L. et Blackmore, E. R. (2006). Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*, 51(11), 704-710.
- Sagami, A., Kayama, M. et Senoo, E. (2004). The relationship between postpartum depression and abusive parenting behavior of Japanese mothers. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(2), 174-187.
- Saias, T. (2002). Apport du test de Rorschach à la compréhension des phénomènes dépressifs en post-partum. Paris: Ecole de Psychologues Praticiens - Mémoire de DESS.
- Saias, T. (2007). L'identité du psychologue: de la confusion des genres à l'intégration des modèles. L'apport du paradigme communautaire. *Bulletin de Psychologie*, 60(HS), 149-155.

- Saïas, T. (2009). Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15(1), 7-16.
- Saïas, T. et Greacen, T. (2006). Réussir la psychologisation de l'intervention sociale. In M. Bresson (Ed.), *La psychologisation de l'intervention sociale: mythes et réalités*. Paris: L'Harmattan, coll. Logiques Sociales.
- Saïas, T., Greacen, T., Brengard, D., Lejoyeux, M. et Bourdais, M. (2008). Troubles de santé mentale, recours aux soins et au soutien social chez une population vulnérable: l'exemple des centres maternels de Paris. *L'Encéphale*, 34(6), 584-588.
- Saito-Nakaya, K., Nakaya, N., Fujimori, M., Akizuki, N., Yoshikawa, E., Kobayakawa, M., et coll. (2006). Marital status, social support and survival after curative resection in non-small-cell lung cancer. *Cancer Sci*, 97(3), 206-213.
- Sarason, B., Pierce, G. R., Shearin, E., Sarason, I., Waltz, J. et Poppe, L. (1991). Percieved Social Support and Working Models of Self and Actual Others. *J Pers Soc Psychol*, 60(2), 273-287.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R. et Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of personality and social psychology*, 50, 1220-1225.
- Sarason, I., Sarason, B. et Shearin, E. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects. *J Pers Soc Psychol*, 50, 845-855.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Ann Epidemiol*, 6(5), 442-451.
- Segre, L., Losch, M. et O'Hara, M. (2006). Race/Ethnicity and Perinatal Depressed Mood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24 (2), 99-106.
- Seligman, M. (2003). Positive psychology: fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16(3).
- Shankland, R. (2009). Psychologie de la gratitude: l'orientation reconnaissante. In J. Lecomte (Ed.), *Psychologie positive*. Paris: Dunod.
- Shankland, R., Saïas, T. et Friboulet, D. (2008). De la prévention à la promotion de la santé: Intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 14(4).
- Shannon, C. S. et Bourque, D. (2005). Overlooked and underutilized: the critical role of leisure interventions in facilitating social support throughout breast cancer treatment and recovery. *Soc Work Health Care*, 42(1), 73-92.
- Shaw, D. et Vondra, J. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: a longitudinal study of low-income families. *J Abnorm Child Psychol*. 1995 Jun;23(3):335-57, 3(23), 335-357.
- Shaw, D., Vondra, J., Hommerding, K., Keenan, K. et Dunn, M. (1994). Chronic family adversity and early child behavior problems: a longitudinal study of low income families. *J Child Psychol Psychiatry*, 6, 1109-1122.
- Shin, H., Park, Y. J. et Kim, M. J. (2006). Predictors of maternal sensitivity during the early postpartum period. *J Adv Nurs*, 55(4), 425-434.
- Sinclair, F. et Naud, J. (2005). [Social support and emergence of a feeling of parental efficiency: a pilot study on the contribution of the EcoFamille program]. *Sante Ment Que*, 30(2), 193-208.
- Skarsater, I., Dencker, K., Bergbom, I., Haggstrom, L. et Fridlund, B. (2003a). Women's conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues Ment Health Nurs*, 24(4), 419-439.
- Skarsater, I., Dencker, K., Haggstrom, L. et Fridlund, B. (2003b). A salutogenetic perspective on how men cope with major depression in daily life, with the help of professional and lay support. *Int J Nurs Stud*, 40(2), 153-162.
- Smith, S. (1874). *On the limitations and modifying conditions of human longevity*. Communication orale. The Basis of Sanitary Work, New York: American Public Health Association.
- Société Canadienne de psychiatrie. (2004). La dépression de la mère et le développement de l'enfant. *Paediatr Child Health*, 9(8), 589-598.
- Srisaeng, P. (2004). Self-esteem, stressful life events, social support and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand. *Diss Abstr Int [B]*, 64(10-B), 4867.
- Sroufe, L., Egeland, B. et Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*, 61, 1363-1373.
- Stern, D. (1971). A micro-analysis of mother-infant interaction. *J Am Acad Child Psychiatry*, 10, 501-517.
- Stern, G. et Kruckman, L. (1983). Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: an anthropological critique. *Soc Sci Med*, 17(15), 1027-1041.
- Stewart, D. E., Gagnon, A., Saucier, J. F., Wahoush, O. et Dougherty, G. (2008). Postpartum depression symptoms in newcomers. *Can J Psychiatry*, 53(2), 121-124.
- Stewart, J., O'Halloran, C., Harrigan, P., Spencer, J. et Barton, J. (1999). Identifying appropriate tasks for the preregistration year: modified Delphi technique. *Bmj*, 319, 224-229.

- Storms, M. et McCaul, K. (1976). Attribution processes and emotional exacerbation of dysfunctional behavior. In J. Harvey, W. Ickes & R. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research (Vol 1)*. New York: Wiley.
- Streeter, C. et Franklin, C. (1992). Defining and Measuring Social Support: Guidelines for Social Work Practitioners. *Research in Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- Surkan, P. J., Peterson, K. E., Hughes, M. D. et Gottlieb, B. R. (2006). The Role of Social Networks and Support in Postpartum Women's Depression: A Multiethnic Urban Sample. *Matern Child Health J*, 10(4), 375-383.
- Sutter, A., Leroy, V., Dallay, D. et Bourgeois, M. (1995). Post-partum blues et dépression post-natale: étude d'un échantillon de 104 accouchées. *Annales médico-psychologiques*, 153, 414-417.
- Tabachnik, B. et Fidell, L. (2006). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tanguy, L. (1994). Les usages sociaux de la notion de compétence. *Sciences Humaines*, 12.
- Tarabulsy, G., Provost, M., Larose, S., Moss, E., Lemelin, J., Morane, G., et coll. (2008). Similarities and differences in mothers' and observers' ratings of infant security on the Attachment Q-Sort. *Infant Behavior & Development*, 31, 10-22.
- Tardy, C. (1985). Social Support Measurement. *Am J Community Psychol*, 13(2), 187-203.
- Tarkka, M. (2003). Predictors of maternal competence by first-time mothers when the child is 8 months old. *J Adv Nurs*, 41(3), 233-240.
- Tarkka, M. T., Paavilainen, E., Lehti, K. et Astedt-Kurki, P. (2003). In-hospital social support for families of heart patients. *J Clin Nurs*, 12(5), 736-743.
- Taylor, S., Repetti, R. et Seeman, T. (1997). Health Psychology: What Is an Unhealthy Environment and how Does It Get under the Skin? *Annual Review of Psychology*, 48, 411-447.
- Temkin-Greener, H., Bajorska, A., Peterson, D. R., Kunitz, S. J., Gross, D., Williams, T. F., et coll. (2004). Social support and risk-adjusted mortality in a frail older population. *Med Care*, 42(8), 779-788.
- Thibault, J., Jetté, M. et Derosiers, H. (2001). Aspects conceptuels et opérationnels, section I – Conception de la phase I de l'ÉLDEQ, instruments et déroulement. In *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002)*, (Vol. 1-12). Québec: Institut de la statistique du Québec.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav, Spec No*, 53-79.
- Tolsdorf, C. C. (1976). Social networks, support, and coping: an exploratory study. *Fam Process*, 15(4), 407-417.
- Tönnies, F. (1922). *Communauté et société. Catégories fondamentales de la sociologie pure*. Paris: Presses universitaires de France.
- Tracy, E. et Abell, N. (1994). Social network map: Some further refinements on administration. *Social Work Research*, 18(1), 56-60.
- Tremblay, R. E. (2002). Prevention of injury by early socialization of aggressive behavior. *Inj Prev*, 8 Suppl 4, IV17-21.
- Trotter, C., Wolman, W., Hofmeyr, J. et Nikodem, C. (1992). The effect of social support during labour on postpartum depression. *South African Journal of Psychology*, 22(3), 134-139.
- Turner, R. et Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J Health Soc Behav*, 35(3), 193-212.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. et Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull*, 119(3), 488-531.
- van Rijen, E. H., Utens, E. M., Roos-Hesselink, J. W., Meijboom, F. J., van Domburg, R. T., Roelandt, J. R., et coll. (2004). Styles of coping and social support in a cohort of adults with congenital heart disease. *Cardiol Young*, 14(2), 122-130.
- Vaux, A. (1985). Factor structure of the Network Orientation Scale. *Psychol Rep*, 57(3), 1181 - 1182.
- Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger.
- Vaux, A. (1992). Assessment of Social Support. In H. Veiel & U. Baumann (Eds.), *Meaning and Measurement of Social Support* (pp. 193-216). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Vaux, A. et Harrisson, D. (1985). Social Network Characteristics Associated with Satisfaction and Perceived Support. *Am J Community Psychol*, 13, 256-268.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D. et Stewart, D. (1986). The Social Support Appraisals (SS-A) Scale: Studies of reliability and Validity. *Am J Community Psychol*, 14(2), 195-219.
- Vaux, A., Riedel, S. et Stewart, D. (1987). Modes of Social Support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *Am J Community Psychol*, 15, 209-237.
- Victoroff, V. (1952). Dynamics and management of para partum neuropathic reactions. *Diseases of the Nervous System*, 13, 291-298.

- Vitaro, F., Barker, E., Boivin, M., Brendgen, M. et Tremblay, R. (2006). Do Early Difficult Temperament and Harsh Parenting Differentially Predict Reactive and Proactive Aggression? *J Abnorm Child Psychol*(34), 685-695.
- Wallace, J. et Vaux, A. (1993). Social support network orientation: The role of adult attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*, 354-365.
- Wandersman, A. et Florin, P. (2000). Citizen Participation and Community Organizations. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Wareham, S., Fowler, K. et Pike, A. (2007). Determinants of depression severity and duration in canadian adults: the moderating effects of gender and social support. *Journal of Applied Social Psychology, 37*(12), 2951-2979.
- Warren, P. (2005). First-time mothers: social support and confidence in infant care. *J Adv Nurs, 50*(5), 479-488.
- Warren, R. (1963). *The Community in America*. Chicago: Rand McNally.
- Webster-Stratton, C. et Hammond, M. (1988). Mammal depression and its relationship to life stress, perceptions of child behavior problems, parenting behaviors and child conduct problems. *J Abnorm Child Psychol, 16*(3), 299-315.
- Weinberg, M. et Tronick, E. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 53-61.
- Weinert, C., Cudney, S. et Winters, C. (2005). Social support in cyberspace: the next generation. *Comput Inform Nurs, 23*(1), 7-15.
- Weiss, R. (1973). Material for a theory of social relationships. In W. Bennis, D. Berlow, E. Schein & F. Steele (Eds.), *Interpersonal dynamics* (pp. 103-110). Homewood: Dorsey.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *J Health Soc Behav, 26*(4), 352-364.
- Wheaton, B. (1996). The Domains and Boundaries of Stress Concepts. In H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial Stress*. : Academic press.
- Whiffen, V. et Gotlib, I. (1989). Infants of post-partum depressed mothers: temperament and cognitive status. *J Abnorm Psychol, 98*, 274-279.
- Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability of postpartum depression: a prospective multivariate study. *J Abnorm Psychol, 97*(4), 467-474.
- Wilkins, K. (2003). Social support and mortality in seniors. *Health Rep, 14*(3), 21-34.
- Willis, T. et Fegan, M. (2001). Social networks and social support. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wills, T. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 61-82). Orlando: Academic Press.
- Winnicott, D. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*: Payot, 1969.
- Winnubst, J., Buunk, B. et Marcelissen, F. (1988). Social support and stress: perspectives and processes. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health*. New York: Wiley.
- Woodgate, R. L. (2006). The importance of being there: perspectives of social support by adolescents with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs, 23*(3), 122-134.
- Zeiss, A., Gallagher-Thompson, D., Lovett, S., Rose, J. et McKibbin, C. (1999). Self-efficacy as a mediator of caregiver coping: development and testing of an assessment model. *Journal of clinical Geropsychology, 5*, 221-230.
- Zugazaga, C. (2008). Understanding social support of the homeless: A comparison of single men, single women, and women with children. *Families in Society, 89*(3), 447-455.

ANNEXES

Annexe 1 : Synthèse des études épidémiologiques internationales réalisée par Halbreich et Karkun (2006)

Annexe 2 : Soutien social et mortalité, selon la proximité de l'anniversaire d'après Philips et Feldman (1973)

Annexe 3 : Soutien social et mortalité, d'après Berkman et Breslow (1983)

Annexe 4 : Mécanismes explicatifs de l'action du soutien social perçu sur la santé, d'après Bruchon-Schweitzer (2002, p.349)

Annexe 5 : Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé, d'après Bruchon-Schweitzer

Annexes 6 : Formulaire d'information et de consentement des participantes

Annexe 7 : Echelle SSR de Vaux

Annexe 8 : Questionnaire de soutien social – QSS CAPEDP

Annexe 9 : Outils CAPEDP utilisés par temps de mesure

Annexe 10 : Zone d'étude

Annexe 11 : Processus Delphi – Partie 1

Annexe 12 : Processus Delphi – Partie 2

Annexe 1 : Synthèse des études épidémiologiques internationales réalisée par Halbreich et Karkun (2006)

A) United States of America					
Country	Study (n)	Criteria for PPD	EPDS cut-off	Time frame (days after delivery)	% of PPD
<i>USA, Mean^a: EPDS: 15.4% Diag. crit.: 8.8%</i>					
O'Hara et al. (1982)	170	BDI	NA	3 months	16.5
Saks et al. (1985)	20	DSM III	NA	2 days–6 weeks	10.0
Pfost Stevens. (1990)	69	BDI > 10	NA		17.0
Roy et al. (1993)	185	EPDS	>12	6 weeks	17.4
Schaper et al. (1994)	287	EPDS	≥ 13	6 months	7.0
Reighard Evans (1995)	181	EPDS	>12	“Postpartum”	19.9
Hobfoll et al. (1995)	192 (Inner city)	SADS, RDC	NA	7–9 months	Depressions: 23.4, MDD: 7.3, Minor depression: 16.1
Stuart et al. (1998)	107	BDI > 10	NA	At 14 weeks	23.9
Bryan et al. (1999)	403	DSM IV and other criterion (not mentioned)	NA	Not mentioned	3.7
Georgiopoulos et al. (1999)	909	EPDS	≥ 12	6 weeks	11.4
Affonso et al. (2000)	95 (low SES)	EPDS	≥ 9/10	1) 4–6 weeks 2) 10–12 weeks	1) 37 2) 29.5
Beck-Gable (2001)	150	EPDS, DSM IV	>12	2–12 weeks	EPDS: 14.6, DSM IV: 12
Chaudron et al. (2001)	465	DIS	NA	1–4 months	5.8
Yonkers et al. (2001)	EPDS: 802, DSM IV: 67	EPDS, SCID for DSM IV	≥ 12	4 weeks	EPDS: 16, DSM IV: 6.5–8.5
Zlotnick et al. (2001)	35—On public assistance of whom 18— “Treatment as usual”	BDI score >10, DSM IV (SCID)	NA	3 months	“Treatment as usual”: BDI: 44, DSM IV: 33
Leiferman (2002)	9953	Mailed questionnaires CES-D ≥ 16	NA	Up to 17 months	15.1
Morris-Rush et al. (2003)	121 (Inner city)	EPDS	> 10	6 weeks	EPDS: 22, Review of patient's charts: 13
Coates et al. (2004)	Records: 25,296; Telephone interview: 354	DSM IV diagnostic criteria; CES-D ≥ 16, 21	NA	Within 1st year PP	Records: Depression: 5.7, Anxiety: 2.0; Interview: 0–4 months: 11.3, 5–9 months: CES-D ≥ 16: 27.4, CES-D ≥ 21: 18.6, Anxiety: 26.6
Chaudron et al. (2004)	60	EPDS	≥ 10	Within 1 year postpartum	27.0
Gorman et al. (2004)	41	EPDS, SCID	≥ 13	6 months	EPDS: 5; Caseness (GAD, mD, MDE): 2.4
Heilemann et al. (2004)	70 (Mexican women in the USA)	CES-D	≥ 24	6 months	36.0
Miller et al. (2004)	280	EPDS	≥ 13	0–4 months	8.0

Country ^a	Study (n)	Criteria for PPD	EPDS cut-off	Time frame (days after delivery)	% of PPD
<i>Guyana</i>					
Afonso et al. (2000)	93	EPDS	≥9/10	4–6 weeks	57.0
<i>Costa Rica</i>					
Wolf et al. (2002)	231	CES-D ≥ 16, DIS	NA	Not mentioned	CES-D ≥ 16: Sample 1: 34, Sample 2: 46; DIS: Sample 1: 40, Sample 2: 48
<i>Brazil</i>					
Da-Silva et al. (1998)	21	EPDS	≥ 13	4 weeks	42.8
<i>Italy, mean: EPDS: 38.1%</i>					
Carpiniello et al. (1997)	61	EPDS, PSE	≥9/10	4–6 weeks	EPDS: 29.5, PSE: 15
Benvenuti et al. (1999)	113	EPDS, DSM III-R (MINI)	≥12/13	Between 8 and 12 weeks	EPDS: 38.9, MINI: 15.9
Afonso et al. (2000)	100	EPDS	≥9/10	4–6 weeks	24.0
Gorman et al. (2004)	21	EPDS, SCID	≥13	6 months	EPDS: 9.5; Caseness (GAD, mD, MDE): 0
<i>Chile, mean: EPDS: 37.4%</i>					
Lemus and Yanez (1986)	60	GHQ-30		4 weeks	40
Alvarado et al (1992)	125	DSM III-R		8 weeks	20.50
Jadresic et al. (1992)	108	EPDS, PAS for RDC	≥9/10	2–3 months	EPDS:28.7, PSE: 10.2
Jadresic and Araya (1995)	542	EPDS		2–3 months	36.7
Da-Silva et al. (1998)	1025	CES-D ≥ 16	NA	Not mentioned	4.6
Risco et al. (2002)	103	EPDS		1) 1st week 2) 12 weeks	1) 27.2 2) 48
Florenzano et al. (2002)	88	EPDS		Within 2 weeks	50
<i>South Africa, mean: EPDS: 36.5%</i>					
Lawrie et al. (1998)	180	EPDS, MADRS >9	>11 (11/12)	6 weeks	EPDS: 36.2, MADRS: 9.8
Lawrie et al. (1998)	103	EPDS, DSM IV	≥12/13	6 weeks	EPDS:36.9, DSM IV: 7.8
Cooper et al. (1999)	147	DSM IV	NA	8 weeks	DSM IV: 34.7
<i>Korea</i>					
Park and Dimigen (1995)	105	BDI >10	NA	6–10 weeks	48.0
Afonso et al. (2000)	97	EPDS	≥9/10	4–6 weeks	36.1
<i>Taiwan, mean: EPDS: 34.5%</i>					
Afonso et al. (2000)	97	EPDS	≥9/10	4–6 weeks	60.8
Heh et al. (2004)	186	EPDS	≥9/10	4 weeks	21
<i>Vietnam</i>					
Fisher et al. (2004)	506	EPDS	≥ 12	6 weeks	33.0
<i>India, mean: EPDS: 32.4%</i>					
Afonso et al. (2000)	102	EPDS	≥9/10	4–6 weeks	32.4
Chandran et al. (2002)	301	CIS-R for ICD-10	NA	9.8 weeks	11.0
Patel et al. (2002)	270	EPDS	≥12	6–8 weeks and 6 months	23.0
Patel et al. (2003)	171	EPDS	≥11	6–8 weeks	23

Country ^a	Study (n)	Criteria for PPD	EPDS cut-off	Time frame (days after delivery)	% of PPD
<i>Turkey, mean: EPDS: 29.8%</i>					
	Ekuklu et al. (2004)	EPDS	≥ 12	6 weeks	40.4
	Gurel, Gurel. (2000)	BDI > 10	NA	1st week	35.2
	Inandi et al. (2002)	EPDS	≥ 13	Within 1 yr	27.2
	Danaci et al. (2002)	EPDS	≥ 12/13	1–6 months	14.0
	Bugdayci et al. (2004)	EPDS	≥ 13	1) 0–2 months 2) 3–6 months 3) 7–12 months 4) ≥ 13 months	1) 29 2) 36.6 3) 36 4) 42.7
	Aydin et al. (2004)	EPDS, SCID	≥ 12.5	Within 1st year PP	EPDS: 35.8; SCID: 14.4
	Ozdemir et al (2005)	Zung ≥ 60	NA	1 week, 4 weeks	1 week: 18.0 (especially in low socio-economic status), 4 weeks: 9.8
<i>Israel</i>					
	Fisch et al. (1997)	EPDS	≥ 12/13	6–12 weeks	5.20
	Glasser et al. (1998)	EPDS	≥ 10	6 weeks	22.6
	Dankner et al. (2000)	EPDS	≥ 9	6–10 weeks	11.0
<i>Ireland, mean: EPDS: 22.5%</i>					
	Lane et al. (1997)	EPDS	≥ 13	6 weeks	11
	Cryan et al. (2001)	EPDS	> 12	Within 1 year	28.6
	Crotty and Sheehan (2004)	EPDS, SCAN	≥ 12	6 weeks	EPDS: 27; SCAN: 14.4
	Gorman et al. (2004)	EPDS, SCID	≥ 13	6 months	EPDS: 14.3; Caseness (GAD, mD, MDE): 0
<i>Canada</i>					
	Bemazzani et al. (1997)	EPDS, BDI ≥ 8	≥ 13	6 months	EPDS: 12.7, BDI: 6.2
	Gotlib et al. (1989)	BDI, SADS, RDC	NA	4.2 weeks	BDI: 24.8; RDC, SADS: 6.8
	Dennis et al. (2004)	EPDS	> 9	1 week, 4 weeks, 8 weeks	1 week: 29.5, 4 weeks: 23, 8 weeks: 20.5
<i>Lebanon</i>					
	Chaaya et al. (2002)	EPDS	Not stated	3–5 months	21.0
<i>Morocco</i>					
	Agoub et al. (2005)	EPDS, MINI	≥ 12	1) 2–3 weeks 2) 6 weeks 3) 6 months 4) 9 months	1) EPDS: 20.1, MINI: 18.7 2) MINI: 6.9 3) MINI: 11.8 4) MINI: 4.6
<i>Japan</i>					
	Tamaki et al. (1997)	EPDS	≥ 13	4 weeks	After 1 month: 18.2
	Yamashita et al. (2000)	EPDS, SADS/RDC	≥ 9	EPDS: 5th day, 4 weeks, 3 months SADS/RDC: 3 weeks, 3 months	EPDS: 5th day: 21.6, SADS/RDC: 3 weeks: 13.6, 3 months: 17.0 Period prevalence: 3 months: 17

Country ^a	Study (n)	Criteria for PPD	EPDS cut-off	Time frame (days after delivery)	% of PPD
<i>Japan</i>					
Nishizono-Maher et al. (2004)	Non-identifiable: 355 Identifiable: 693	EPDS, Nurse interview	≥ 9	3–4 months after birth	EPDS: 13.9 (only 48.9% of self-reported high PPD were also identified by nurses)
Yoshida et al. (2001)	A) 98 Japanese in UK B) 88 Japanese in Japan.	EPDS, SADS, RDC	NA	3 months	RDC: A)12, B)17
<i>United Arab Emirates</i>					
Ghubash and Abou-Saleh (1997)	94	EPDS, PSE	> 11	1 week	EPDS: 18, PSE: 14
<i>China</i>					
Guo et al. (1993)	?	EPDS	?	6 weeks	17.9
Leung et al. (2002)	EPDS: 694, SDSS: 784	EPDS, SDSS ≥ 8	≥ 10	6 weeks	EPDS: 7.2, SDSS: 9.0
<i>Spain, mean: EPDS: 17.4%</i>					
Romero et al. (1999)	190	EPDS	≥ 12	6–8 weeks	13.16
Garcia-Esteve et al. (2003)	1201	EPDS, SCID-NP	≥ 9	6 weeks	EPDS: 21.7
<i>Germany, mean: EPDS: 17.1% Diag. crit.: 4.2%</i>					
Bergant et al. (1998)	110	EPDS, ICD-10	≥ 9.5	4th day	EPDS: 19, ICD-10: 9
Ballestrem et al. (2005)	772	EPDS, HAM-D, DSM IV	≥ 9.5	1) 6–8 weeks; 2) 9–12 weeks	1) EPDS: 17; 2) EPDS: 3.6, DSM IV: 3.6
<i>Finland, mean: EPDS: 16.62%</i>					
Affonso et al. (2000)	29	EPDS	≥ 9/10	4–6 weeks	20.7
Luoma et al. (2001)	147	EPDS	≥ 13	2 months	10.0
Hiltunen et al. (2004)	185	EPDS	≥ 13	2–7 days; 1–9 months	2–7 days: 16.2, 1–9 months: 13
<i>Hong Kong, (China): EPDS: 16.1% Diag. crit.: 9.5%</i>					
Cheng et al. (1994)	143	EPDS	≥ 12	6 weeks	18.2
Lee et al. (1998)	145	EPDS, SCID-NP for DSM III-R	≥ 12/13	6 weeks	EPDS: 11.3, DSM III-R: 5.5
Lee et al. (2000)	145	EPDS-GHQ, SCID-NP for DSM III-R	> 10	6 weeks	EPDS-GHQ: 12.41, SCID-NP DSM III-R: 11.7
Lee et al. (2001)	781	GHQ, SCID-DSM III	NA	3 months	GHQ: 12, SCID: Major depression: 7.5
Leung et al. (2005)	269	EPDS	≥ 12	6 weeks	19.8
<i>Nigeria</i>					
Adewuya et al. (2005)	876	EPDS, BDI ≥ 9, SCID-NP	≥ 9	6 weeks	SCID-NP: 14.61
<i>Greece</i>					
Thorpe et al. (1992)	165	EPDS	≥ 12	4 weeks	13
<i>United Kingdom, mean: EPDS: 12.8%, Diag. crit.: 7.2%</i>					
Cox et al. (1982)	105	SPI	NA	3–5 months	SPI: 13
Cox et al. (1983)	158	EPDS	≥ 12/13	45 days	12.0
Cox et al. (1987)	84	SPI for RDC	12	6 weeks	EPDS: 48.8, RDC: 25
Kendell et al. (1987)	120	RDC	NA	Successive 90 days	Major depression: 31

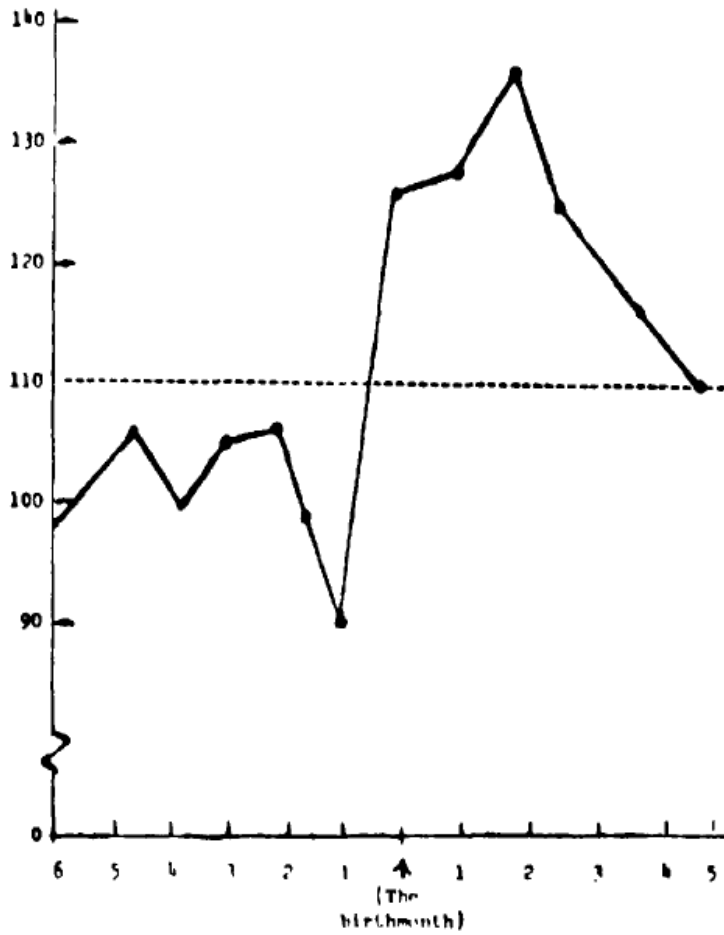
Country ^a	Study (n)	Criteria for PPD	EPDS cut-off	Time frame (days after delivery)	% of PPD
<i>United Kingdom, mean: EPDS: 12.8%, Diag. crit.: 7.2%</i>					
Green et al. (1990)	825: 1st questionnaire, 751: 2nd questionnaire, 710: 3rd questionnaire (postnatal EPDS)	Not mentioned clearly	Not mentioned	6 weeks	EPDS: Mildly depressed: 50, Quite depressed: 7, Severe depressed: 2
Thorpe et al. (1992)	101	EPDS, CCEI	≥ 12	4 weeks	EPDS: 12
Cox et al. (1993)	232	EPDS, RDC	≥ 12/13	6 months	RDC: Point prevalence: 9.1, Period prevalence: 13.8
Park and Dimigen (1995)	52	BDI > 10	NA	6–10 weeks	17.0
Cooper et al. (1996)	n=5124 (EPDS), n=4954 (DSM III-R)	EPDS, DSM III-R	≥ 9	6–8 weeks	EPDS: 31.8, DSM III-R: 15.3
Warner et al. (1996)	2375	EPDS	> 12	6–8 weeks	11.8
Yoshida et al. (1997)	98	SADS, RDC	EPDS	4 weeks	RDC: 12
Baker et al. (1997)	9208	EPDS	≥ 10	8 weeks	23.5
Brugha et al. (1998)	427	GHQ, SCAN	NA	3 months	GHQ: 24.6, SCAN: 5.9
Hearn et al. (1998)	176	EPDS	≥ 12	Up to 42nd day	17.0
Thompson et al. (1998)	149	EPDS, RDC	≥ 13	12 weeks	EPDS: 18.8, RDC: 11.4
Brugha et al. (2000)	190	EPDS, SCAN	≥ 11	3 months	EPDS: 17.4, SCAN: 4.7
Evans et al. (2001)	9028	EPDS, Diagnostic clinical interview	> 12	At 8 weeks	EPDS 9.1, Interview: 2.7
Honey et al. (2001)	223	EPDS	≥ 13	6 weeks	17
Edge et al. (2004)	White: 200, Black Caribbean: 101	EPDS	≥ 12	6 weeks	White: 38, Black Caribbean : 26
O'Brien et al. (2004)	Index group (small toddlers): 196, Control group: 567	EPDS, ICD-10	≥ 13	Birth—2 years	Index group: EPDS: 14.8, ICD-10: 21.4; Control group: EPDS: 7.8, ICD-10: 11.1
Ramchandani et al. (2005)	11,833	EPDS	≥ 12	8 weeks	10.0
<i>Portugal</i>					
Augusto et al. (1996)	352 + 118 + 118 = 588	EPDS	≥ 13	2–5 months	Grp A: 13.1, Grp B: 16.1, Grp C: 7.6
Areias et al. (1996)	54 mothers and 42 husbands	RDC, SADS	Not mentioned	12 months	Women: Major—61.5, Men: Major—28.5
Goman et al. (2004)	48	EPDS, SCID	≥ 13	6 months	EPDS: 9.5; Caseness (GAD, mD, MDE): 29.2
<i>Nepal</i>					
Regmi et al. (2002)	100	EPDS, DSM IV	≥ 13	2–3 months	EPDS: 12, DSM IV: 5
<i>New Zealand, mean: EPDS: 10.1% Diag. crit.: 3.1%</i>					
Webster et al. (1994)	206	EPDS, RDC	> 12	4 weeks	EPDS: 7.8, RDC: 2
McGill et al. (1995)	1330	EPDS	≥ 12	6–9 months	20.0
Holt et al. (1995)	121	EPDS, DSM III	≥ 12.5	6 weeks	EPDS: 14, DSM III: 5
<i>Uganda</i>					
Cox (1983)	183	SPI, ICD	NA	6–15 weeks	10.0
<i>Switzerland</i>					
Righetti-Veltema et al. (1998)	570	EPDS	≥ 13	3 months	10.2

Country ^a	Study (n)	Criteria for PPD	EPDS cut-off	Time frame (days after delivery)	% of PPD
<i>Switzerland</i>					
Gorman et al. (2004)	60	EPDS, SCID	≥13	6 months	EPDS: 6.7; Caseness (GAD, mD, MDE): 1.7
<i>Sweden, mean: EPDS: 12.3%</i>					
Lundh et al. (1993)	258	EPDS	≥9/10	6 weeks	8
Wickberg and Hwang (1996)	1655	EPDS, DSM III-R	≥11.5	2 months	EPDS: 12, DSM III-R: 3.38
Wickberg et al. (1997)	1584	EPDS	≥11/12	At 8 weeks	8
Bagedahl-Strindlund, Borjesson, (1998)	309	EPDS, RDC	>12	3 months	EPDS: 14.5, RDC: 8.4
Affonso et al. (2000)	79	EPDS	>12	4–6 weeks	15.2
Josefsson et al. (2001)	1192	EPDS	≥10	6–8 weeks	13
Rubertsson et al. (2005)	2,430	EPDS	>12	1) 2 months postpartum 2) 1 year postpartum	1) 11.1, 2) 13.7
<i>Norway, mean: EPDS: 9.3%</i>					
Eberhard-Gran et al. (2001)	56	EPDS, DSM IV	≥10	6 weeks	EPDS: 26.8, DSM IV: 16
Berle et al. (2001)	411	EPDS, MINI	≥11	6–12 weeks	DSM IV: Major depression: 6.6; Minor depression: 3.4
Eberhard-Gran et al. (2002)	2370	EPDS	≥10	6 weeks	8.9
<i>Australia, mean: EPDS: 9.0%, Diag. crit.: 9.2%</i>					
Boyce et al. (1993)	103	EPDS, DSM III-R	>12.5	4–6 weeks	EPDS: 12.7, DSM III-R: 8.7
Griepsma et al. (1994)	185	EPDS	>12 (12/13)	3 months	57.8
Stamp et al. (1994)	222	EPDS	>12	4–6 weeks	6 weeks: 9
Stamp et al. (1996)	108	EPDS	>12	4–6 weeks	17.0
MacLennan et al. (1996)	3004	Selfreport	NA	Not mentioned	18.58
Condon, Corkindale. (1997)	212	EPDS, HADS-D, Zung Self rating scale, Profile of mood states-depression subscale	≥13	4–6 weeks	EPDS: 6.1, ZUNG: 4.2, HADS-D: 4.2, Any 1 instrument: 14.6
Matthey et al. (1997)	AC-105, V-113, A-98	DIS	AC-12/13, V-14/15, A-5/6	4–6 weeks	AC: 6.7, V: 4.4, A:9.2
Matthey et al. (1999)	31 (Cambodian)	EPDS, HTQ, HSCL	EPDS scores continuous	4–6 weeks	Not mentioned clearly but it seems that 16% had elevated EPDS scores
Maloney (1998)	399	EPDS	Not stated	Not mentioned in the abstract	18.0
Brown, Lumley. (1998)	1331	EPDS	≥13	4–6 weeks	19.6
Treloar et al. (1999)	2128	DSM IV	Not stated	4–6 weeks	PNDS: 11.7, DSM IV: 9.2
Affonso et al. (2000)	100	EPDS	≥9/10	4–6 weeks	16.0
Willinck and Cotton (2004)	358	EPDS	≥12	6–8 weeks	7.0
McMahon et al. (2005)	100 (With infant difficulty)	CIDI-Depressive module, CES-D	≥16	1) 4 months 2) 12 months	1) CES-D: 30, CIDI: 62 2) CES-D: 18

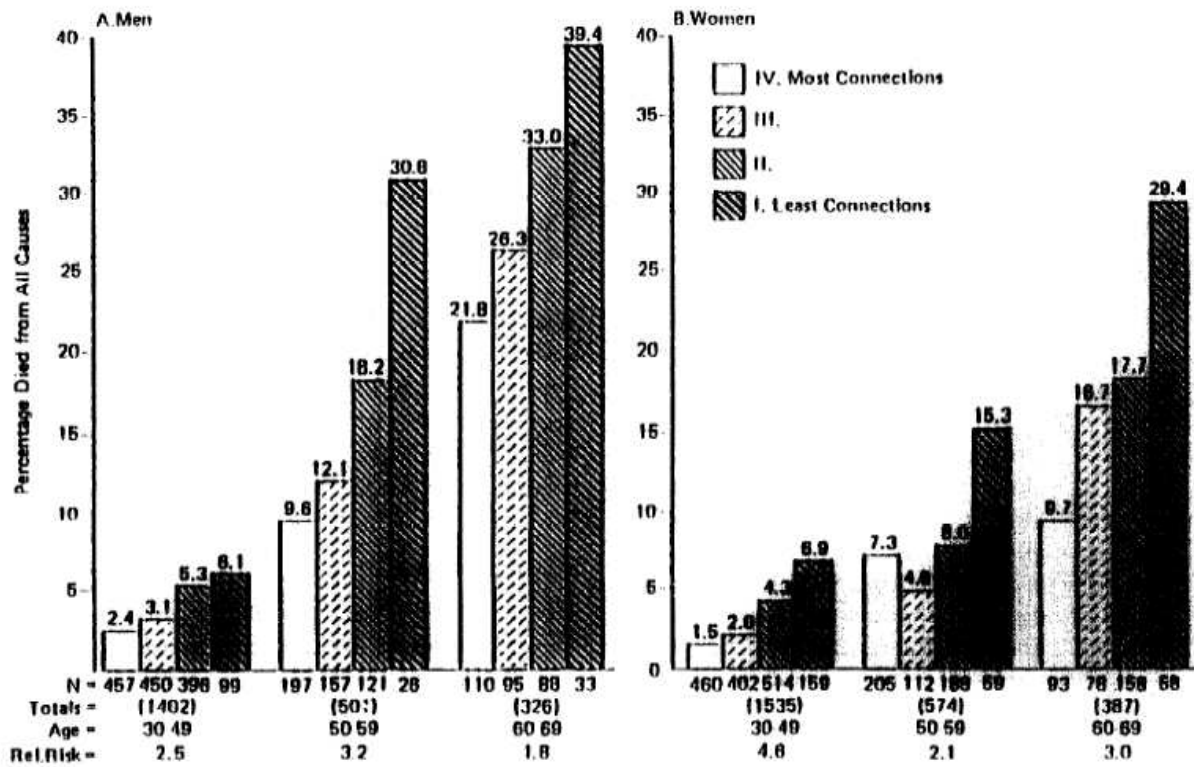
Country ^a	Study (n)	Criteria for PPD	EPDS cut-off	Time frame (days after delivery)	% of PPD
<i>France, mean: EPDS: 8.5%</i>					
Fossey et al. (1997)	126	EPDS, PSE	≥ 12	3 days	EPDS: 11
Guedeny, Ferமான. (1998)	87	EPDS, RDC and PSE for DSM III R	≥ 10.5	4 months	EPDS: 73.5, RDC: 51.7
Glangeaud-Freudenthal (1999)	604	EPDS	≥ 12.5	2 months	11.0
Sutter-Dallay et al. (2004)	497	EPDS	≥ 12	6 weeks	5.8
Goman et al. (2004)	17	EPDS, SCID	≥ 13	6 months	EPDS: 0; Caseness (GAD, mD, MDE): 11.8
Goman et al. (2004)	20	EPDS, SCID	≥ 13	6 months	EPDS: 0; Caseness (GAD, mD, MDE): 15
<i>Denmark</i>					
Nielsen Foman et al. (2000)	5091	EPDS, GHQ	≥ 13	6 weeks	EPDS: 5.5
<i>Austria</i>					
Goman et al. (2004)	20	EPDS, SCID	≥ 13	6 months	EPDS: 5; Caseness (GAD, mD, MDE): 0
<i>Malaysia</i>					
Kit et al. (1997)	154	EPDS	> 13	6 weeks	3.9
<i>Malta</i>					
Felice et al. (2004)	229	EPDS, ICD-10	Not mentioned	8 weeks	ICD-10: 3.9
<i>Singapore</i>					
Kok et al. (1994)	200	EPDS	≥ 16	12 weeks	0.5

PPD: Postpartum disorders; BDI: Beck's Depression Inventory; CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale; CIS-R: Clinical Interview Schedule; DIS: Diagnostic Interview Schedule; DSM: Diagnostic and Statistical Manual; EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; GHQ: General Health Questionnaire; HADS-D: Hospital Anxiety Depression Scale; HSCL: Hopkins Syndrome Checklist; HTQ: Harvard Trauma Questionnaire; ICD-10: International Classification of Diseases; MADRS: Montgomery Asberg Depression Rating Scale; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; NIMH: National Institute of Mental Health; PAS: Psychiatric Assessment Schedule; PNDS: Postnatal Depression Scores; PSE: Present State Examination; RDC: Research Diagnostic Criteria; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SCAN: Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry; SCID: Structured Clinical Interview for DSM IV; SCID-NP: Structured Clinical Interview for DSM IV-Non-patient Version; SDSS: Stein's Daily Scoring System; SPI: Standardized Psychiatric Interview; A: Arabic; AC: Anglo Celtic; PTSD: Post-traumatic Stress Disorders; UK: United Kingdom; V: Vietnamese.

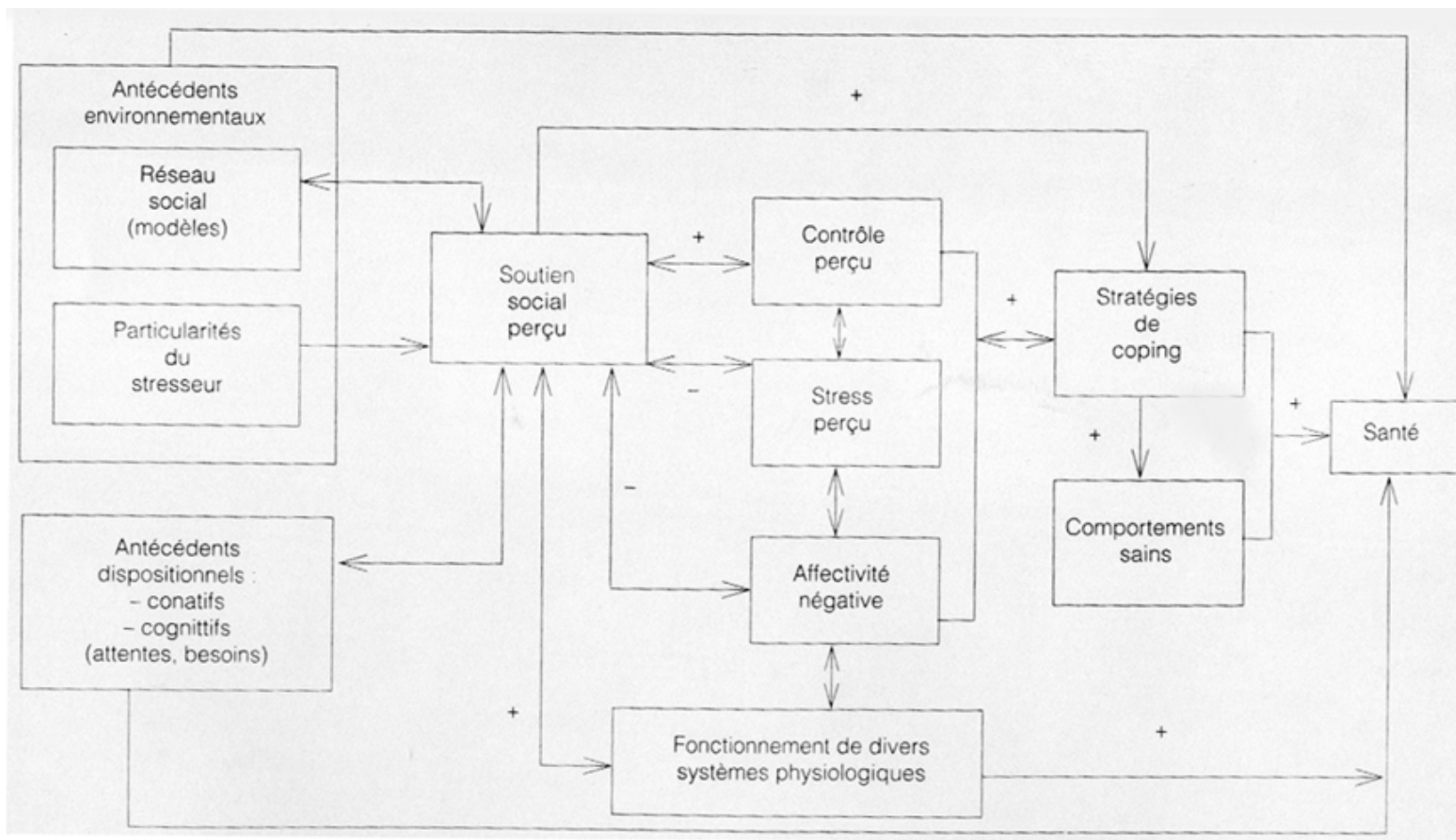
Annexe 2 : Soutien social et mortalité, selon la proximité de l'anniversaire d'après Philips et Feldman (1973)



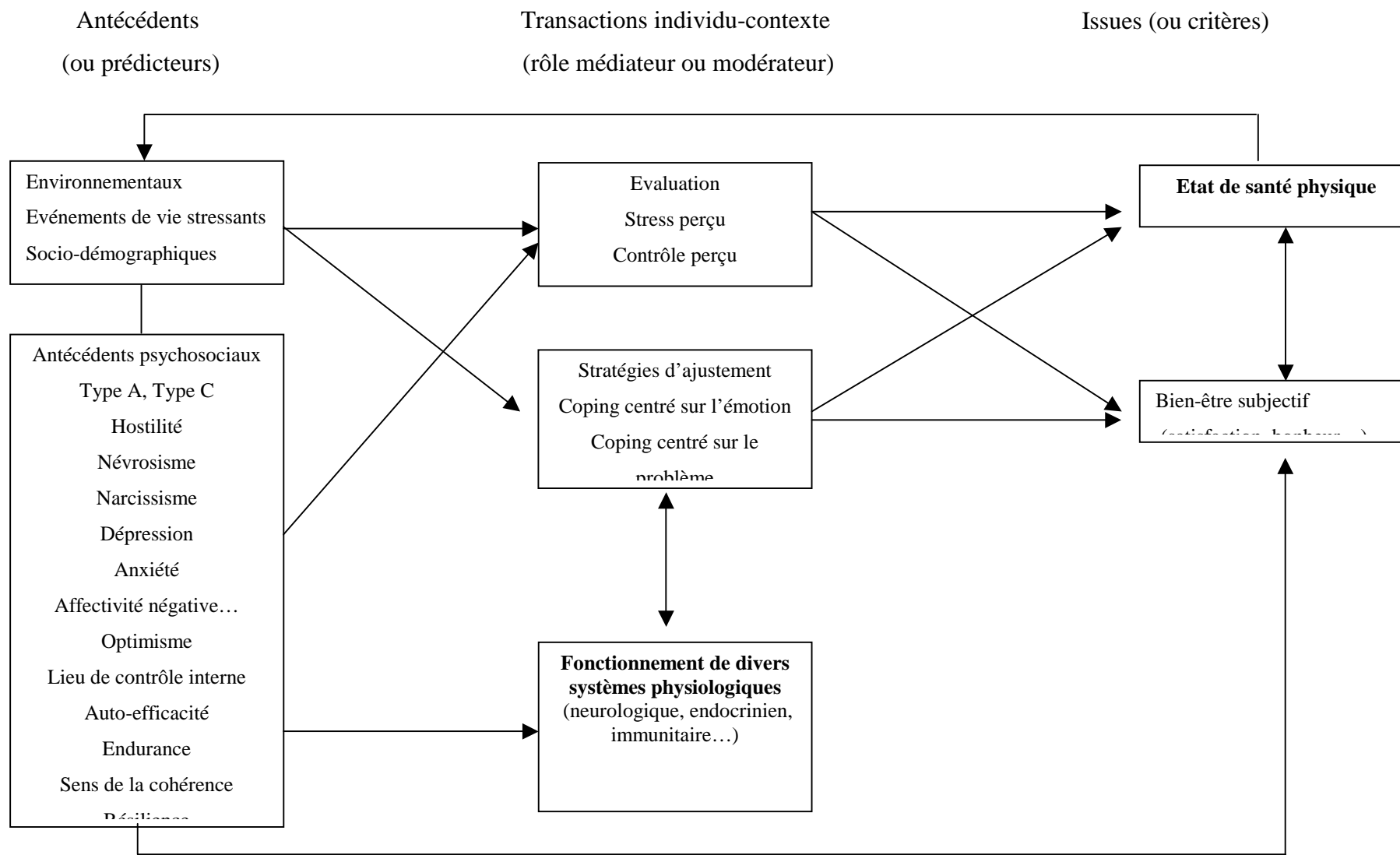
Annexe 3 : Soutien social et mortalité, d'après Berkman et Breslow (1983)



Annexe 4 : Mécanismes explicatifs de l'action du soutien social perçu sur la santé, d'après Bruchon-Schweitzer (2002, p.349)



Annexe 5 : Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé, d'après Bruchon-Schweitzer (2002, p.92)



Annexe 6a : Formulaires d'information et de consentement des participantes

<p style="text-align: center;">Formulaire d'information et de consentement pour une personne participant à une recherche biomédicale</p> <p style="text-align: center;">Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience</p> <p style="text-align: center;">Etude CAPEDP</p> <p style="text-align: center;">Consentement pour la mère</p>
--

Les pages de ce document doivent être numérotées (1/nombre total de pages), paraphées par le médecin investigateur et les personnes donnant leur consentement ; la dernière page doit être datée et signée par ces mêmes personnes.

Le docteur (1)....., médecin investigateur, m'a proposé de participer à la recherche biomédicale intitulée " Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience " (CAPEDP).

Le médecin m'a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et bien compris les informations suivantes :

La grossesse et les deux premières années de la vie du bébé sont une période essentielle pour le développement de l'enfant. La mère a souvent besoin d'information et de soutien pour faire face aux questionnements et aux problèmes et élever son enfant – plus particulièrement si c'est son premier enfant, si elle est jeune et si elle a d'autres défis à relever en même temps. Le but de cette recherche est d'évaluer l'effet d'un programme d'aide supplémentaire pour ces mères, fait de visites régulières à domicile par des intervenantes formées aux enjeux de la petite enfance. Il s'agit dans cette recherche de comprendre de quelle manière ce programme d'aide peut favoriser la création de relations solides entre la mère et son enfant, et si ce soutien diminue le risque pour la mère de se sentir triste après la naissance, et s'il aide à consolider le développement et la santé mentale de l'enfant. 440 jeunes femmes enceintes de leur premier enfant, toutes habitant Paris et la petite couronne, participeront à cette étude. Elles entreront dans l'étude avant le dernier trimestre de grossesse. Pour savoir si cette aide est utile pour le développement psychologique de l'enfant et la santé de la mère, deux groupes de mères seront comparés. Le premier groupe a accès aux soins usuels, la maternité, la PMI, les services sociaux, le personnel des haltes-garderies et des crèches et recevra six visites à domicile par l'équipe d'évaluateurs. L'autre groupe bénéficiera, en plus des soins habituels ci-dessus, du programme d'aide fait de visites à domicile : tous les 10 à 15 jours pendant les 6 premiers mois puis toutes les 3 semaines jusqu'aux 18 mois de l'enfant et 1 fois par mois entre les 18^{ème} et 24^{ème} mois de l'enfant. Lors de ces visites, l'intervenante me proposera de discuter de l'évolution de ma grossesse, puis de celle de mon enfant, des choses agréables ou moins agréables, des difficultés qui pourraient survenir. Des moments plus informatifs pourront également m'être proposés. Les visiteurs sont des psychologues, femmes, formées spécialement à ce type d'intervention, qui travaillent avec les spécialistes de la petite enfance

C'est un tirage au sort qui décidera dans quel groupe je serai (soins comme d'habitude ou programme d'aide).

Dans les deux groupes, chaque femme aura une visite à domicile vers le 7^e mois de grossesse, un appel téléphonique après l'accouchement, puis d'autres visites à domicile aux 3^e, 6^e, 12^e, 18^e et 24^e mois de l'enfant pour faire des observations et répondre à des questionnaires sur sa santé et celle de son enfant. Chaque visite durera de 60 à 90 minutes environ. Les évaluateurs ne connaîtront pas le groupe dans lequel j'ai été tiré au sort. Je m'engage à ne pas lui révéler.

Bien évidemment, je pourrai interrompre les visites si je le souhaite.

En tout, l'étude durera pour moi 32 mois maximum.

Il n'y a pas de prise de sang ni d'examen physique (en dehors de ceux habituellement pratiqués), ni pour moi ni pour mon enfant.

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, promoteur de cette recherche biomédicale a contracté une assurance conformément aux dispositions législatives, garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant

auprès de la compagnie Gerling France, 111 rue de Longchamp, 75116 Paris, par l'intermédiaire de BIOMEDIC INSURE (02 97 69 19 19) courtier en assurances.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité Consultatif de Protection des Personnes participant à une Recherche Biomédicale de Paris Saint-Louis, le

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris me propose de participer, un traitement informatique de mes données personnelles et de celles de mon enfant va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui m'a été présenté.

A cette fin, les données médicales me concernant et les données relatives à mes habitudes de vie ainsi que, mes origines ethniques ou des données relatives à ma vie personnelle ainsi que les données concernant mon enfant qui sont nécessaires à la recherche seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et mes initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification. Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Je peux également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix à l'ensemble de mes données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Ces droits s'exercent auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité.

Le fichier informatique utilisé pour la recherche a fait l'objet d'une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en application des articles 40-1 et suivants de la loi "informatique et libertés".

J'ai bien noté que pour pouvoir participer à cette recherche je dois être affiliée à ou bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Je confirme que c'est bien le cas.

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus. Je suis parfaitement consciente que je peux retirer à tout moment mon consentement à participer à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec le médecin investigateur qui me proposera, si je le souhaite et si besoin, une autre prise en charge.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. Antoine GUEDENEY (n° de téléphone : 01 42 55 03 09).

Si je le souhaite, à son terme, je serai informée par l'investigateur qui recueille mon consentement des résultats globaux de cette recherche.

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

L'investigateur :

Personne donnant le consentement :

Fait à le.....

Fait à, le

Nom, prénom :

Nom, prénom :

Signature

Signature

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires originaux, dont l'un doit être gardé 15 ans par l'investigateur, un autre remis à chaque personne donnant son consentement et le dernier transmis au promoteur.

Annexe 6b : Formulaire d'information et de consentement 2

Formulaire d'information et de consentement pour une personne participant à une recherche biomédicale

Etude CAPEDP : Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience – **Etude ancillaire** : ATTACHEMENT MERE-ENFANT

Les pages de ce document doivent être numérotées (1/nombre total de pages), paraphées par le médecin investigateur et les personnes donnant leur consentement ; la dernière page doit être datée et signée par ces mêmes personnes.

Nous participe à la recherche biomédicale intitulée "Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience (CAPEDP)", qui évalue l'impact d'un programme d'aide supplémentaire pour les jeunes mères, constitué de visites régulières à domicile par des intervenantes formées aux enjeux de la petite enfance.

Le docteur (1)....., médecin investigateur, m'a proposé de participer, avec notre enfant, à une recherche d'évaluation biomédicale supplémentaire intitulée " Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience **Etude ancillaire Attachement Mère-Enfant** ".

Le médecin nous a précisé que j'étais libre d'accepter ou de refuser que notre enfant et nous-même participions à cette recherche.

Afin d'éclairer ma décision, nous avons reçu et bien compris les informations suivantes :

Entre le 12^e et le 15^e mois, cent femmes avec leur enfant, sélectionnés au hasard parmi les 440 femmes de l'étude principale, participeront si elles le souhaitent, à un entretien consistant en une évaluation supplémentaires nécessitant de se déplacer à l'Université de Bichat, à la Porte de Saint-Ouen. Nous avons été sélectionnés pour être invités, avec notre enfant, à participer à cette évaluation supplémentaire. Elle est composée d'une introduction et de courts épisodes (de 3 minutes) de séparations brèves de l'enfant de sa mère ainsi que de mise en situation avec une personne inconnue de lui. Il s'agit d'observer comme l'enfant s'adapte à ces différentes situations.

Il n'y a pas de prise de sang ni d'examen physique, ni pour nous ni pour notre enfant. Tout frais lié à ce déplacement nous sera remboursé.

L'évaluation en question dure environ soixante minutes. Bien évidemment, nous pourrions interrompre cette évaluation si nous le souhaitons.

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, promoteur de cette recherche biomédicale a contracté une assurance conformément aux dispositions législatives, garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant auprès de la compagnie Gerling France, 111 rue de Longchamp, 75116 Paris, par l'intermédiaire de BIOMEDIC INSURE (02 97 69 19 19) courtier en assurances.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité Consultatif de Protection des Personnes participant à une Recherche Biomédicale de Paris Saint-Louis, le

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris nous propose de participer, un traitement informatique de nos données personnelles et de celles de notre enfant va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui nous a été présenté.

A cette fin, les données médicales nous concernant et les données relatives à nos habitudes de vie ainsi que nos origines ethniques ou des données relatives à notre vie personnelle ainsi que les données concernant notre enfant qui sont nécessaires à la recherche seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et nos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux

autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, nous disposons d'un droit d'accès et de rectification. Nous disposons également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Nous pouvons également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de notre choix à l'ensemble de mes données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Ces droits s'exercent auprès du médecin qui nous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît notre identité.

Le fichier informatique utilisé pour la recherche a fait l'objet d'une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en application des articles 40-1 et suivants de la loi " informatique et libertés ".

Nous avons bien noté que pour pouvoir participer à cette recherche nous devons être affiliés à ou bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Nous confirmons que c'est bien le cas.

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, nous acceptons librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci-dessus. Nous sommes parfaitement conscients que nous pouvons retirer à tout moment mon consentement à participer à cette recherche et cela quelles que soient nos raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à nos relations avec le médecin investigateur qui nous proposera, si nous le souhaitons et si besoin, une autre prise en charge.

Nous pourrions à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. Antoine GUEDENEY (n° de téléphone : 01 42 55 03 09).

Si nous le souhaitons, à son terme, nous serons informés par l'investigateur qui recueille mon consentement des résultats globaux de cette recherche.

Notre consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et nous conservons tous nos droits garantis par la loi.

L'investigateur :

Fait à le.....

Nom, prénom :

Signature

Signature des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale :

Fait à , le : Fait à , le :

Nom, prénom :

Qualité

Signature

Nom, prénom :

Qualité

Signature

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires originaux, dont l'un doit être gardé 15 ans par l'investigateur, un autre remis à chaque personne donnant son consentement et le dernier transmis au promoteur.

Annexe 6c : Formulaire d'information et de consentement 3

**Formulaire d'information et
de consentement pour une personne participant
à une recherche biomédicale**

Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance -
Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience
Etude CAPEDP
Pour la femme mère mineure

Les pages de ce document doivent être numérotées (1/nombre total de pages), paraphées par le médecin investigateur et les personnes donnant leur consentement ; la dernière page doit être datée et signée par ces mêmes personnes.

Le docteur (1)....., médecin investigateur nous a proposé que notre enfant (Nom, Prénom) participe à la recherche biomédicale intitulée “ Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance - Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience ”.

Le médecin nous a précisé que nous étions libres d'accepter ou de refuser qu'il participe à cette recherche.

Afin d'éclairer notre décision, nous avons reçu et bien compris les informations suivantes :

La grossesse et les deux premières années de la vie du bébé sont une période essentielle pour le développement de l'enfant. La mère a souvent besoin d'information et de soutien pour faire face aux questionnements et aux problèmes et élever son enfant – plus particulièrement si c'est son premier enfant, si elle est jeune et si elle a d'autres défis à relever en même temps. Le but de cette recherche est d'évaluer l'effet d'un programme d'aide supplémentaire pour ces mères, fait de visites régulières à domicile par des intervenantes formées aux enjeux de la petite enfance. Il s'agit dans cette recherche de comprendre de quelle manière ce programme d'aide peut favoriser la création de relations solides entre la mère et son enfant, et si ce soutien diminue le risque pour la mère de se sentir triste après la naissance, et s'il aide à consolider le développement et la santé mentale de l'enfant. 440 jeunes femmes enceintes de leur premier enfant, toutes habitant Paris et la petite couronne, participeront à cette étude. Elles entreront dans l'étude avant le dernier trimestre de grossesse. Pour savoir si cette aide est utile pour le développement psychologique de l'enfant et la santé de la mère, deux groupes de mères seront comparés. Le premier groupe a accès aux soins usuels, la maternité, la PMI, les services sociaux, le personnel des haltes-garderies et des crèches et recevra six visites à domicile par l'équipe d'évaluateurs. L'autre groupe bénéficiera, en plus des soins habituels ci-dessus, du programme d'aide fait de visites à domicile : tous les 10 à 15 jours pendant les 6 premiers mois puis toutes les 3 semaines jusqu'aux 18 mois de l'enfant et 1 fois par mois entre les 18^{ème} et 24^{ème} mois de l'enfant. Lors de ces visites, l'intervenante proposera de discuter de l'évolution de la grossesse, puis de celle de l'enfant, des choses agréables ou moins agréables, des difficultés qui pourraient survenir. Des moments plus informatifs pourront également être proposés. Les visiteurs sont des psychologues, femmes, formées spécialement à ce type d'intervention, qui travaillent avec les spécialistes de la petite enfance

C'est un tirage au sort qui décidera de l'attribution du groupe (soins comme d'habitude ou programme d'aide).

Dans les deux groupes, chaque femme aura une visite à domicile vers le 7^e mois de grossesse, un appel téléphonique après l'accouchement, puis d'autres visites à domicile aux 3^e, 6^e, 12^e, 18^e et 24^e mois de l'enfant pour faire des observations et répondre à des questionnaires sur sa santé et celle de son enfant. Chaque visite durera de 60 à 90 minutes environ. Les évaluateurs ne connaîtront pas le groupe dans lequel la femme enceinte aura été tirée au sort. Celle-ci s'engage à ne pas lui révéler.

Bien évidemment les visites pourront être interrompues..

En tout, le durée de participation à l'étude sera de 32 mois maximum.

Il n'y a pas de prise de sang ni d'examen physique (en dehors de ceux habituellement pratiqués), ni pour la mère, ni pour l'enfant.

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, promoteur de cette recherche biomédicale a contracté une assurance conformément aux dispositions législatives, garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant auprès de la compagnie Gerling France, 111 rue de Longchamp, 75116 Paris, par l'intermédiaire de BIOMEDIC INSURE (02 97 69 19 19) courtier en assurances.

Cette recherche a reçu l'avis favorable du Comité Consultatif de Protection des Personnes participant à une Recherche Biomédicale de le

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris me propose de participer, un traitement informatique de mes données personnelles et de celles de mon enfant va être mis en oeuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui m'a été présenté.

A cette fin, les données médicales me concernant et les données relatives à mes habitudes de vie ainsi que, mes origines ethniques ou des données relatives à ma vie personnelle ainsi que les données concernant mon enfant qui sont nécessaires à la recherche seront transmises au promoteur de la recherche ou aux personnes ou sociétés agissant pour son compte, en France ou à l'étranger. Ces données seront identifiées par un numéro de code et mes initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, à d'autres entités de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification. Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Je peux également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix à l'ensemble de mes données médicales en application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique.

Ces droits s'exercent auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité.

Le fichier informatique utilisé pour la recherche a fait l'objet d'une autorisation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en application des articles 40-1 et suivants de la loi "informatique et libertés".

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes nos questions, nous acceptons librement et volontairement que notre enfant participe à la recherche décrite ci-dessus. Nous sommes parfaitement conscients que nous pouvons retirer à tout moment notre consentement à sa participation à cette recherche et cela quelles que soient nos raisons et sans supporter aucune responsabilité. Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à nos relations avec le médecin investigateur qui nous proposera, si nous le souhaitons et si besoin, une autre prise en charge pour notre enfant.

Nous avons bien noté que pour pouvoir participer à cette recherche notre enfant doit bénéficier d'un régime de sécurité sociale. Nous confirmons que c'est bien le cas.

Nous pourrions à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. Antoine GUEDENEY (n° de téléphone : 01 42 55 03 09).

Si nous le souhaitons, à son terme, nous serons informé (es) par l'investigateur qui recueille notre consentement des résultats globaux de cette recherche.

Notre consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et nous et notre enfant conservons tous nos droits garantis par la loi.

L'investigateur :

Nom, prénom :

Fait à , le : Signature

Signature des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale :

Fait à , le : Fait à , le :

Nom, prénom :

Qualité

Signature

Nom, prénom :

Qualité

Signature

Le consentement de l'enfant sera recherché Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement.

L'enfant :

Nom, prénom :

Signature

(1) Indiquer le nom, prénom, adresse, téléphone.

Ce document est à réaliser en 3 exemplaires originaux, dont l'un doit être gardé 15 ans par l'investigateur, un autre remis à la personne donnant son consentement et le troisième transmis au promoteur.

Annexe 7 : Echelle SSR de Vaux

Nous voudrions vous poser quelques questions à propos de vos amis et de votre famille, et de vos relations sociales en général. Tout d'abord, nous voudrions vous poser des questions à propos des personnes qui vous sont importantes, dans différents domaines spécifiques :

1. les personnes qui vous donnent un soutien émotionnel
2. les personnes qui font partie de votre vie sociale
3. les personnes qui vous aident avec vos problèmes pratiques
4. les personnes qui vous aident financièrement
5. les personnes qui vous donnent un avis ou des conseils

NOTA : Nous n'avons pas besoin de savoir exactement qui sont ces personnes, bien que nous ayons besoin que vous les listiez (le prénom et l'initiale de leur nom), afin que vous puissiez répondre à des questions à propos de personnes spécifiques.

Les questions sont indiquées dans ce livret. Nous souhaiterions que vous indiquiez vos réponses sur la feuille de réponses qui vous est fournie.

De manière générale, nous vous demandons de lister jusqu'à dix personnes qui sont importantes pour vous dans les domaines ci-dessus. Certaines de ces personnes peuvent, bien entendu, être importantes dans différents domaines (par exemple vous donnant un support émotionnel mais faisant aussi partie de votre vie sociale). Si cela est le cas, merci de les lister dans chacune des catégories appropriées. Quand vous aurez listé les personnes importantes de votre réseau social, nous vous poserons des questions à propos d'elles.

Quand la même personne est listée dans différentes catégories, ne répondez qu'une seule fois à ces questions.

QUESTIONS

1. Soutien émotionnel

Tout d'abord, nous voudrions que vous listiez (le prénom et l'initiale de leur nom) jusqu'à dix personnes qui vous donnent un support émotionnel. Pour vous aider à penser à ces personnes, posez-vous les questions suivantes :

- Qui vous reconforte, ou vous calme, quand vous êtes agacé(e)?
- De qui vous sentez-vous proche ?
- A qui vous confiez-vous, et à qui vous discutez de vos sentiments personnels ?

(Ces questions sont destinées à vous aider. Des personnes peuvent fournir un support émotionnel d'autres manières aussi)

2. Socialisation

Ensuite, listez jusqu'à dix personnes qui font partie de votre vie sociale. Pour vous aider à penser à ces personnes, posez-vous ces questions:

- Qui allez-vous visiter, qui invitez-vous à votre maison/appartement/foyer ?
- Avec qui faites-vous des choses pour vous détendre, par exemple déjeuner, aller au cinéma, boire un verre ?

3. Assistance pratique

Ensuite, listez jusqu'à dix personnes qui vous aident pour vos problèmes pratiques. Posez-vous ces questions:

- A qui demanderiez-vous de vous aider pour déménager ou faire une tâche qui demande

des bras en plus ?

- A qui demanderiez-vous de veiller sur votre maison, sur vos enfants, vos animaux ou vos plantes, pendant un certain moment ?

4. Assistance financière

Ensuite, listez jusqu'à dix personnes qui vous aident pour vos problèmes financiers (ou qui vous aideraient si vous aviez besoin d'aide). Posez-vous ces questions :

- A qui emprunteriez-vous de l'argent, par exemple l'équivalent d'un mois de loyer, ou d'hypothèque ?

Qui vous achète des choses (nourriture, vêtements, approvisionnements), quand vous n'avez pas assez d'argent ?

5. Ensuite, listez jusqu'à dix personnes vers qui vous vous tournez quand vous avez besoin d'avis ou de conseils. Posez-vous ces questions :

- A qui parlez-vous quand vous n'êtes pas sûr(e) de ce qu'il faut faire ?
- A qui parlez-vous quand vous ne savez plus où vous en êtes ?
- Qui vous donne souvent des informations utiles et importantes ?

Maintenant que vous avez listé la plupart des personnes importantes de votre réseau social, nous voudrions vous poser quelques questions à propos de chacune de ces personnes. Les questions et les réponses proposées sont listées ci-dessous. Répondez en entourant le cercle sur la feuille de réponses, correspondant à la réponse que vous aurez choisi ci-dessous.

Nous souhaiterions vous poser huit questions à propos de chaque personne dans votre liste

IMPORTANT : Si vous avez cité une personne plusieurs fois, ne répondez à ces questions que la première fois.

A. Fréquence A quelle fréquence parlez-vous à cette personne, soit en personne soit par téléphone ?

- Environ tous les jours
- Environ deux fois par semaine
- Environ une fois par semaine
- Environ deux fois par mois
- Environ une fois par mois ou moins

B. Proximité Comment vous sentez-vous proche de cette personne ?

- Pas du tout ou très peu proche
- Assez proche
- Très proche
- Extrêmement proche

C. Equilibre. Ressentez-vous qu'il y a un "donnant-donnant" dans cette relation, ou une personne donne-t-elle plus qu'une autre ?

- Je donne bien plus que je ne reçois
- Je donne plus que je ne reçois
- Nous donnons de manière égale
- Je reçois plus que je ne donne
- Je reçois beaucoup plus que je ne donne

D. Complexité. Certaines relations sont simples, c'est-à-dire que nous ne faisons qu'une ou deux choses avec la personne, ou que nous ne la voyons que dans un seul contexte (par exemple juste déjeuner avec un collègue, ou faire du sport avec quelqu'un, mais sans rien faire d'autre ensemble). D'autres relations sont plus complexes, en ce qu'on voit les personnes dans plusieurs contextes, et que nous faisons plein de choses différentes avec elles. Quelle est la complexité de vos relations avec chacune des personnes citées ?

1. simple, nous ne faisons que peu de choses ensemble
2. assez complexe, nous nous voyons dans différents rôles et contextes
3. très complexe, nous nous voyons dans plein de contextes différents, et faisons plein de choses différentes ensemble.

E. Relations. Quelle est la nature de votre relation à cette personne : est-elle de la famille, un(e) ami(e), etc. ?

- mari/femme ou concubin(e)
- famille proche
- famille élargie (cousins, oncles, tantes, belle-famille, etc.)
- petit ami(e)/partenaire sexuel
- ami proche
- connaissance
- autres

F. Secteur. Cette personne est-elle un voisin, un collègue/camarade, etc. ?

- voisin
- collègue/camarade
- co-membre d'une église/synagogue ou autre organisation
- sœur de sororité / frère de fraternité
- autres

G. Sexe. Cette personne est-elle du même sexe que vous ?

- Oui
- Non

H. Qui connaît qui ? Nous souhaiterions savoir combien chaque personne que vous avez citée connaît d'autres personnes de votre liste. Par « connaître », nous voulons dire plus que simplement connaître son nom, qui a une certaine sorte de connaissance ou de rapport. En partant de la première personne listée, combien de personnes dans la liste entière connaît-elle ? Notez le nombre puis passez à la deuxième personne, etc.

I. Satisfaction. Enfin, nous souhaiterions vous demander dans quelle mesure vous êtes satisfait(e) dans chacun des types de support/assistance que vous recevez. Considérez, par exemple, le support émotionnel que vous recevez de l'ensemble des personnes que vous avez listées dans cette catégorie, dans quelle mesure en êtes-vous satisfait(e). En utilisant l'échelle ci-dessous, indiquez votre réponse dans l'espace approprié.

Et à propos de votre vie sociale et des autres types de support, d'assistance ?

	Extrêmement Satisfait	Pas du tout Satisfait	Un peu Satisfait	Modérément Satisfait	Très Satisfait	
1.	Support Émotionnel	1	2	3	4	5
2.	Vie sociale	1	2	3	4	5
3.	Assistance Pratique	1	2	3	4	5
4.	Assistance Financière	1	2	3	4	5
5.	Avis/Conseils	1	2	3	4	5

Merci, c'est la fin de cette section de l'étude.

Annexe 8 : Questionnaire de soutien social

A- Soutien émotionnel

1. Si vous vouliez parler à quelqu'un concernant des sujets qui sont personnels et intimes, à qui parleriez vous ?

		Oui	Non
Mère		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Oncle, Tante, Cousin(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Grands-parents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Ami(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____			

2. Au cours du dernier mois, avec lesquelles de ces personnes avez-vous réellement parlé de sujets personnels et intimes ?

		Oui	Non
Mère		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Oncle, Tante, Cousin(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Grands-parents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Ami(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____			

3. Echelle de 1 à 6 : 1.Très satisfait, 2.Assez satisfait, 3.Un peu satisfait, 4.Un peu insatisfait, 5. Assez insatisfait, 6. Très insatisfait.

A) Globalement, face à ce genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien que vous avez reçu, en général, 1__1
sur une échelle de 1 à 6 ?

B) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre mère sur une échelle de 1 à 6 ? 1__1

ou Pas de soutien / Mère absente ou décédée

C) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre conjoint sur une échelle de 1 à 6 ?

ou Pas de soutien / Conjoint absent ou décédé

B- Conseils et avis

1. À qui vous adresseriez-vous si se présentait une situation face à laquelle vous auriez besoin de conseils ou d'avis ? A qui parlez-vous quand vous n'êtes pas sûr(e) de ce qu'il faut faire ?

	Oui	Non	
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Oncle, Tante, Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Grands-parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____			
Préciser, _____			

2. Au cours du dernier mois, lesquelles de ces personnes vous ont réellement donné d'importants conseils/avis ?

	Oui	Non	
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Oncle, Tante, Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Grands-parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>			
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____			

2. Echelle de 1 à 6 : 1.Très satisfait, 2.Assez satisfait, 3.Un peu satisfait, 4.Un peu insatisfait, 5.Assez insatisfait, 6. Très insatisfait.

A) Globalement, face à ce genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien que vous avez reçu, en général,

sur une échelle de 1 à 6 ?

B) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre mère sur une échelle de 1 à 6 ? 1__1

ou Pas de soutien / Mère absente ou décédée

C) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre conjoint sur une échelle de 1 à 6 ? 1__1

ou Pas de soutien / Conjoint absent ou décédé

C- Valorisation

1. Quelles sont les personnes qui vous valorisent en montrant qu'elles apprécient vos idées ou ce que vous faites ?

	Oui	Non
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Oncle, Tante, Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Grands-parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____		
Préciser, _____		

2. Au cours du dernier mois, lesquelles de ces personnes vous ont réellement donné le sentiment d'être valorisée ?

	Oui	Non
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Oncle, Tante, Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Grands-parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien 1__1__1		
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____		

3. Echelle de 1 à 6 : 1.Très satisfait, 2.Assez satisfait, 3.Un peu satisfait, 4.Un peu insatisfait, 5.Assez insatisfait, 6. Très insatisfait.

A) Globalement, face à ce genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien que vous avez reçu, en général, _ _ _ _ _ _ sur une échelle de 1 à 6 ?

B) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre mère sur une échelle de 1 à 6 ? _ _ _ _ _ _ ou Pas de soutien / Mère absente ou décédée

C) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre conjoint sur une échelle de 1 à 6 ? _ _ _ _ _ _ ou Pas de soutien / Conjoint absent ou décédé

D- Aide concrète

1. Quelles sont les personnes que vous pourriez appeler pour qu'elles donnent de leur temps et de leur énergie pour vous aider à réaliser vos activités quotidiennes, comme par exemple, vous reconduire à un endroit où vous aviez besoin d'aller, vous aider avec les tâches ménagères, faire des courses pour vous, etc. ?

	Oui	Non
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Oncle, Tante, Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Grands-parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____		
Préciser, _____		

2. Au cours du dernier mois, lesquelles de ces personnes se sont réellement impliquées pour vous aider à accomplir des tâches pour lesquelles vous aviez besoin d'aide ?

	Oui	Non
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Oncle, Tante, Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Grands-parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _ <input type="text"/> _		
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser, _____

3. Echelle de 1 à 6 : 1.Très satisfait, 2.Assez satisfait, 3.Un peu satisfait, 4.Un peu insatisfait, 5.Assez insatisfait, 6. Très insatisfait.

A) Globalement, face à ce genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien que vous avez reçu, en général, 1__1
sur une échelle de 1 à 6 ?

B) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre mère sur une échelle de 1 à 6 ? 1__1
ou Pas de soutien / Mère absente ou décédée

B) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre conjoint sur une échelle de 1 à 6 ? 1__1
ou Pas de soutien / Conjoint absent ou décédé

E- Vie sociale

1. Quelles sont les personnes avec lesquelles vous vous réunissez dans vos moments de loisirs et de détente ? Pour identifier ces personnes, posez-vous les questions suivantes :

- Qui allez-vous visiter, qui invitez-vous à votre maison/appartement/foyer ?
- Avec qui faites-vous des choses pour vous détendre, par exemple déjeuner, aller au cinéma, boire un verre ?

	Oui	Non
Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1	
Oncle, Tante, Cousin(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1	
Grands-parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1	
Ami(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____		
Préciser, _____		

2. Au cours du dernier mois, avec lesquelles de ces personnes vous êtes-vous réellement retrouvées dans vos moments de loisirs et de détente ?

Oui Non

Mère		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Père		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sœur / Frère		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Oncle, Tante, Cousin(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Grands-parents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Ami(e)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien	1__1__1		
Autres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser, _____			

3. Echelle de 1 à 6 : 1.Très satisfait, 2.Assez satisfait, 3.Un peu satisfait, 4.Un peu insatisfait, 5.Assez insatisfait, 6. Très insatisfait.

A) Globalement, face à ce genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien que vous avez reçu, en général, 1__1 sur une échelle de 1 à 6 ?

B) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre mère sur une échelle de 1 à 6 ? 1__1
ou Pas de soutien / Mère absente ou décédée

C) Face à ce même genre de situation, quel est votre degré de satisfaction concernant le soutien reçu de votre conjoint sur une échelle de 1 à 6 ? 1__1
ou Pas de soutien / Conjoint absent ou décédé

F- Echelle de solitude

Pour chacune des questions suivantes, je vous demanderai de me dire à quelle fréquence vous vous sentez comme ça :

- Ressentez-vous que vous manquez de compagnie...
 - Quasiment jamais
 - De temps en temps
 - Souvent
- Vous sentez-vous exclue...
 - Quasiment jamais
 - De temps en temps
 - Souvent
- Vous sentez-vous isolée des autres...
 - Quasiment jamais
 - De temps en temps
 - Souvent

Annexe 9 : Outils utilisés par temps de mesure

Annexe 3 : Contenu des visites d'évaluation

Structure du cahier d'observation (N=440)								
	A mesurer	Outil	N minutes pour le sujet	Temps supplémentaire pour l'évaluateur	T1 (-3mois) Accrochement	T2 (3mois)	T3 (6mois)	T4 (
Objectifs principaux	Diminuer la dépression pré et post-natale	EPDS	5		5	5	5	
	Favoriser les compétences parentales	HOME	0	30		0		
	Diminuer la prévalence des troubles psychosociaux de la petite enfance	CBCCL	20					
		BEH	15					
Objectifs secondaires		AOBB	0	5				
	Favoriser les liens d'attachement de l'enfant	AQS	0	30				
		SE	60*					
	Faciliter la compréhension et l'utilisation des réseaux médico-sociaux de la famille	SERVICES	5 à 15		15	5	5	
	Favoriser le réseau social et le soutien social perçu des mères	QSS	15		15	15		
	Favoriser le sentiment de compétence parentale	PACOTIS	10			10		
	Favoriser le développement moteur, émotionnel, cognitif et social de l'enfant	BL-R	20				20	
	Connaissances du développement de l'enfant	KIDI	10		10	10		
	Stress Parental / attitudes par rapport au caregiving	PSI	5			5	5	
	Attachement de la mère	VASQ	5		5			
Autres données		ASI	60*		prénatal			
	Santé mentale de la mère	SCL-90	15		15	15		
	Alliance de Travail N=220 (uniquement pour le groupe bénéficiant de l'intervention)	WAI	5			5	5	
	Données néonatales		5 à T3			5		
	- habitudes de vie							
	- expériences de vie							
	- données socio-éco		15		15	15	15	
	Répartition des tâches parentales							
	consommations tabac/alcool							
			total	total (tout hétéroadministré)	80	90	55	
					1h20	1h30	55mn	

* SE et ASI seront proposées à 50 mètres par groupe (2 visites supplémentaires)

Annexe 11 : Processus Delphi – Partie 1

CONTEXTE ET CONSIGNE

Ce travail de doctorat porte sur l'importance du soutien social chez de jeunes mères venant d'accoucher de leur premier enfant.

Chaque individu possède un réseau social plus ou moins large, qui peut lui fournir différentes formes de soutien social :

- un soutien émotionnel
- un soutien matériel
- des conseils, de la guidance
- de la socialisation
- de la valorisation

Pour chacune de ces formes de soutien, on distingue donc :

- la taille du réseau de soutien : les personnes disponibles pour offrir telle ou telle forme de soutien
- le soutien effectivement reçu
- le soutien subjectivement perçu par les individus

La littérature a montré que la santé mentale postnatale de jeunes mères est dépendante du soutien social reçu. On a ainsi pu mettre en évidence des liens entre la dépression post-natale ou le stress parental et le soutien social (réseau, soutien reçu ou soutien perçu).

L'objet de mon travail sera de tester un certain nombre de variables liées au soutien social sur la santé mentale postnatale. Je dispose pour cela d'un questionnaire important qui a été proposé dans le cadre de la recherche CAPEDP. Cependant, afin de ne pas tester l'ensemble des données disponibles, je cherche par votre concours à identifier les variables qui seront les plus pertinentes à tester.

Ce questionnaire comporte 5 parties. Chacune de ces parties correspond à une facette du soutien social qui peut être reçu par des jeunes mères.

La question qui vous est posée est de savoir, pour chacune des 25 propositions, si vous jugez intéressant de tester l'effet de la variable proposée sur les troubles de santé mentale postnataux (dépression post-natale et stress parental).

Les items ont été pré-sélectionnés en fonction des données principales de la littérature.

Une échelle de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (extrêmement pertinent) vous permettra d'exprimer votre jugement.

Par exemple :

Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de <u>soutien émotionnel</u>									
Pas du tout pertinent					Extrêmement pertinent				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

signifie : "je trouve très pertinent de tester l'effet du nombre de personnes disponibles pour offrir du soutien émotionnel aux jeunes mères sur leur santé mentale postnatale".

Recevoir effectivement du <u>soutien matériel</u> lors du dernier mois									
Pas du tout pertinent					Extrêmement pertinent				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signifie : "j'estime que le soutien matériel effectivement reçu par des jeunes mères au cours du dernier mois a peu d'incidence sur leur santé mentale postnatale"

PARTIE 1 : Le soutien émotionnel

(rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP : " Si vous vouliez parler à quelqu'un concernant des sujets qui sont personnels et intimes, à qui parleriez vous ?")

2. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien émotionnel

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien émotionnel

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mentionner la disponibilité de son conjoint dans son de soutien émotionnel

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Recevoir effectivement du soutien émotionnel lors du dernier mois

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Se déclarer satisfaite du soutien émotionnel reçu

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Se déclarer satisfaite du soutien émotionnel reçu de sa mère

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Se déclarer satisfaite du soutien émotionnel reçu de son conjoint

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 2 : Le soutien matériel

(rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "Quelles sont les personnes que vous pourriez appeler pour qu'elles donnent de leur temps et de leur énergie pour vous aider à réaliser vos activités quotidiennes, comme par exemple, vous reconduire à un endroit où vous aviez besoin d'aller, vous aider avec les tâches ménagères, faire des courses pour vous, etc. ?")

9. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien matériel

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Recevoir effectivement du soutien matériel lors du dernier mois

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Se déclarer satisfaite du soutien matériel reçu

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 3 : Guidance/Conseils (soutien informatif)

(rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "À qui vous adresseriez-vous si se présentait une situation face à laquelle vous auriez besoin de conseils ou d'avis ? A qui parlez-vous quand vous n'êtes pas sûr(e) de ce qu'il faut faire ?")

12. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien informatif

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien informatif

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Recevoir effectivement du soutien informatif lors du dernier mois

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Se déclarer satisfaite du soutien informatif reçu

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Se déclarer satisfaite du soutien informatif reçu de sa mère

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 4 : Valorisation

(rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "Quelles sont les personnes qui vous valorisent en montrant qu'elles apprécient vos idées ou ce que vous faites ?")

17. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien à base de valorisation

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien à base de valorisation

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Recevoir effectivement du soutien à base de valorisation lors du dernier mois

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Se déclarer satisfaite du soutien à base de valorisation reçu

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Se déclarer satisfaite du soutien à base de valorisation reçu de sa mère

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 5 : Socialisation

(rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "Quelles sont les personnes avec lesquelles vous vous réunissez dans vos moments de loisirs et de détente ? Pour identifier ces personnes, posez-vous les questions suivantes : Qui allez-vous visiter, qui invitez-vous à votre maison/appartement/foyer ? Avec qui faites-vous des choses pour vous détendre, par exemple déjeuner, aller au cinéma, boire un verre ?")

22. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien à base de socialisation

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien à base de socialisation

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Recevoir effectivement du soutien à base de socialisation lors du dernier mois

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Se déclarer satisfaite du soutien à base de socialisation reçu

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Se déclarer satisfaite du soutien à base de socialisation reçu de sa mère

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE "DELPHI". Thèse T.Saïas
2^e PARTIE

CONTEXTE ET CONSIGNE

Le travail de doctorat pour lequel vous avez été sollicités courant décembre porte sur l'importance du soutien social chez de jeunes mères venant d'accoucher de leur premier enfant.

L'objet de mon travail est de tester un certain nombre de variables liées au soutien social sur la santé mentale postnatale. Je dispose pour cela d'un questionnaire important qui a été proposé dans le cadre de la recherche-action CAPEDP. Cependant, afin de ne pas tester l'ensemble des données disponibles, je cherche par votre concours à identifier les variables qui seront les plus pertinentes à tester.

Vous avez répondu à un premier questionnaire, pour sélectionner les items qui vous paraissaient particulièrement pertinents à traiter.

Je souhaite aujourd'hui vous faire part des résultats de l'ensemble des experts et vous demander si, à la lecture de ces résultats, vous souhaitez modifier vos appréciations initiales.

Ce second questionnaire se remplit exactement comme le premier. Il comporte 5 parties. Chacune de ces parties correspond à une facette du soutien social qui peut être reçu par des jeunes mères.

La question qui vous est posée est de savoir, pour chacune des 25 propositions, si vous jugez intéressant de tester l'effet de la variable proposée sur les troubles de santé mentale postnataux (dépression post-natale et stress parental).

Les réponses globales des experts vous sont fournies, et votre réponse initiale vous est rappelée.

Une échelle de 1 (pas du tout pertinent) à 9 (extrêmement pertinent) vous permettra d'exprimer votre jugement.

--

Par exemple :

Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien émotionnel

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent	
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

signifie : "je trouve très pertinent de tester l'effet du nombre de personnes disponibles pour offrir du soutien émotionnel aux jeunes mères sur leur santé mentale postnatale".

Recevoir effectivement du soutien matériel lors du dernier mois

Pas du tout pertinent									Extrêmement	
1	2	3	4	5	6	7	8	9		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

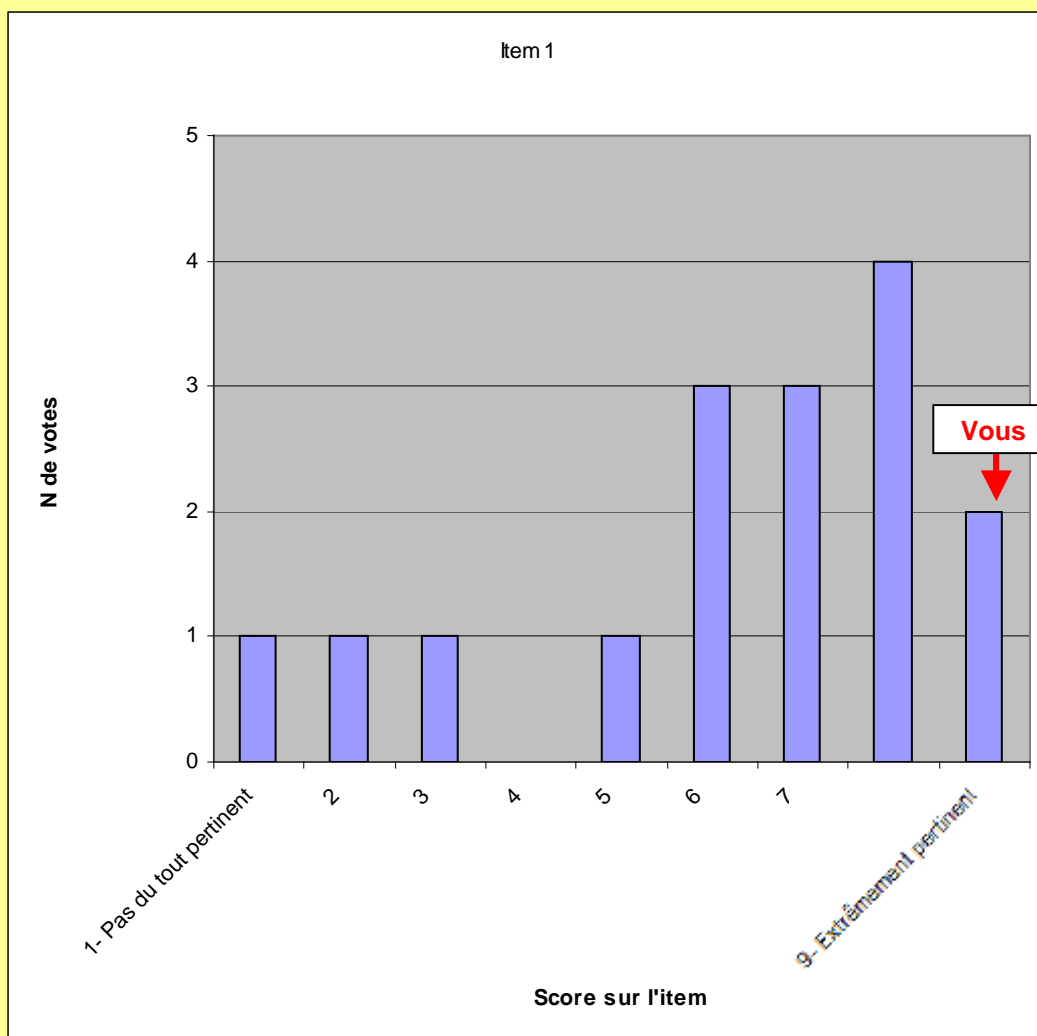
Signifie : "j'estime que le soutien matériel effectivement reçu par des jeunes mères au cours du dernier mois a peu d'incidence sur leur santé mentale postnatale"

Merci d'avance !
Thomas Saïas

PARTIE 1 : Le soutien émotionnel^a

1. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien émotionnel

Evaluations des experts

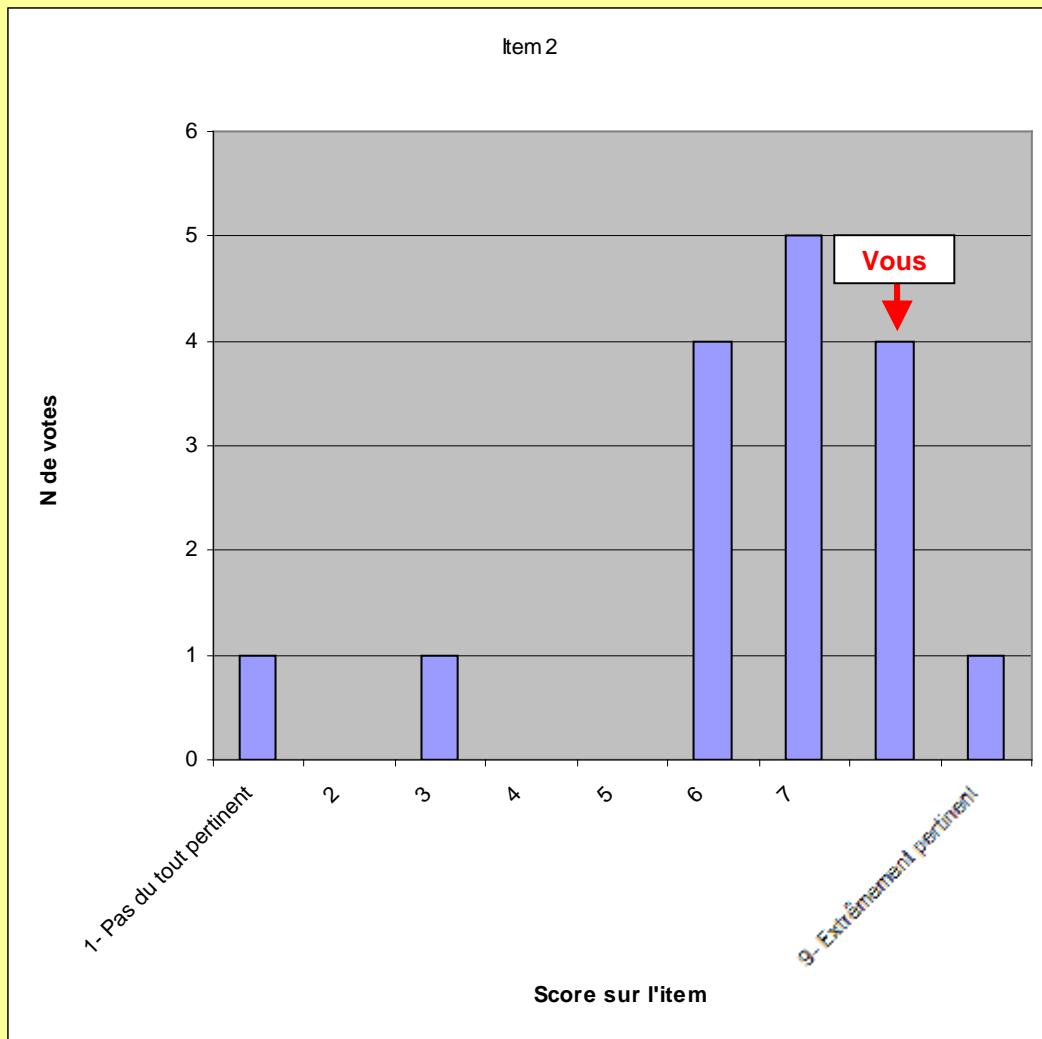


Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent										Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

^a rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP : " Si vous vouliez parler à quelqu'un concernant des sujets qui sont personnels et intimes, à qui parleriez vous ?"

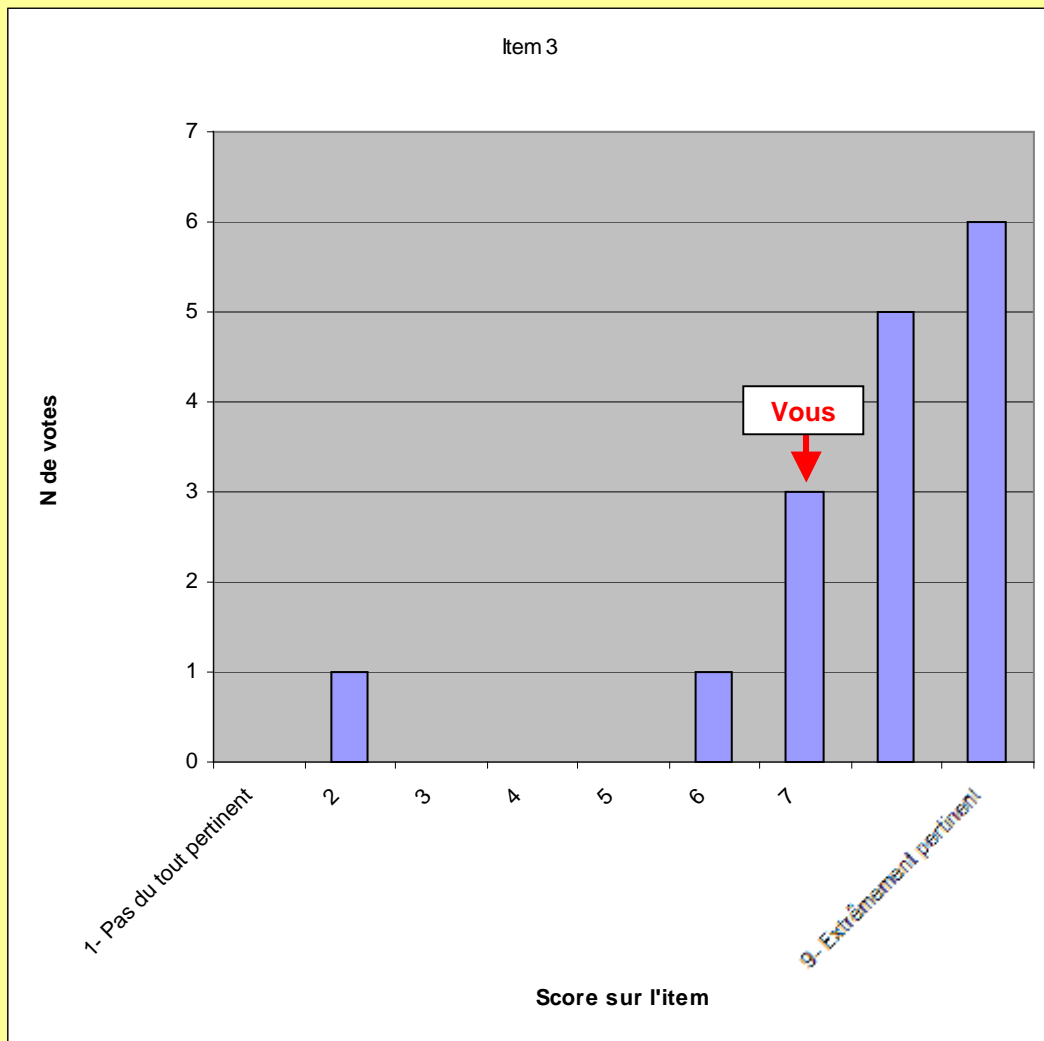
2. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien émotionnel
 Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mentionner la disponibilité de son conjoint dans son de soutien émotionnel
 Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

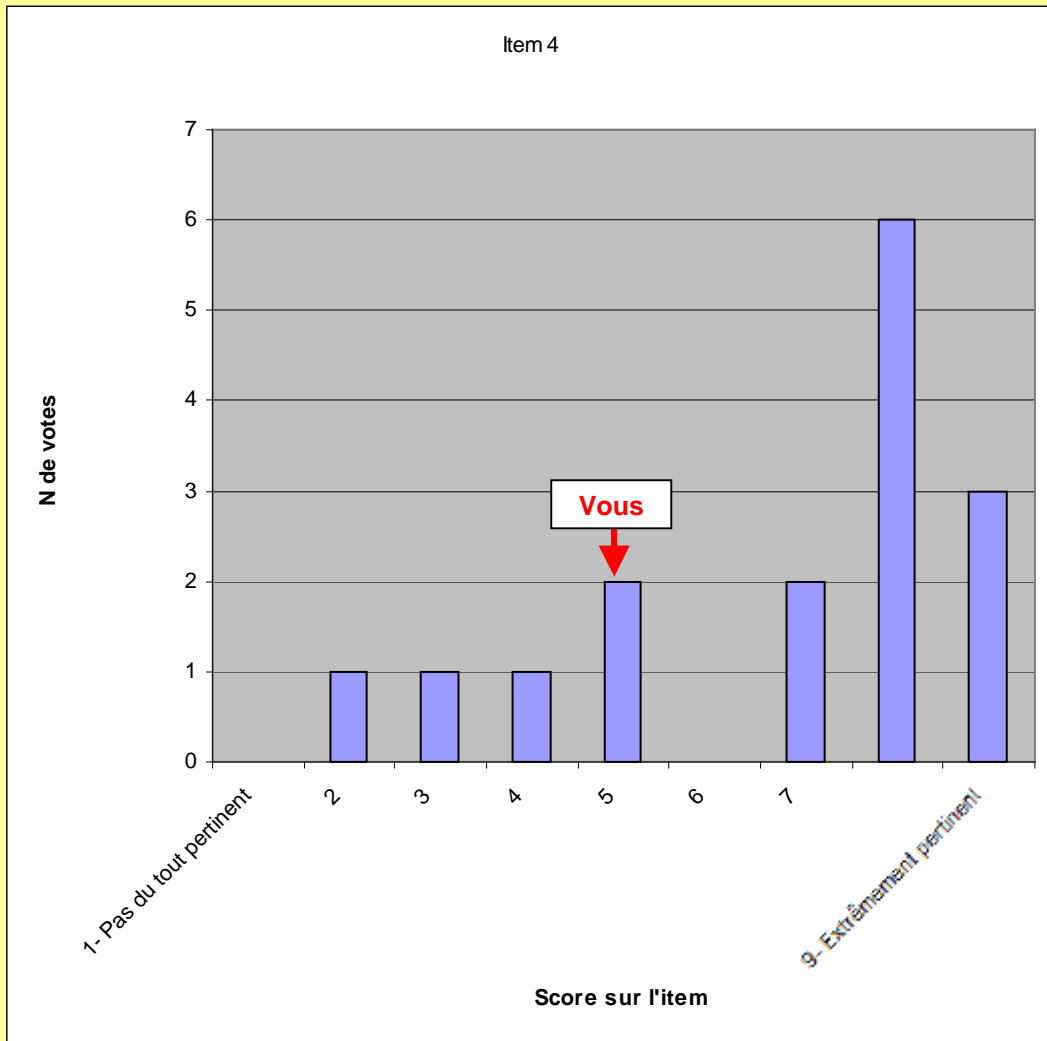
Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Recevoir effectivement du soutien émotionnel lors du dernier mois
 Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1

2

3

4

5

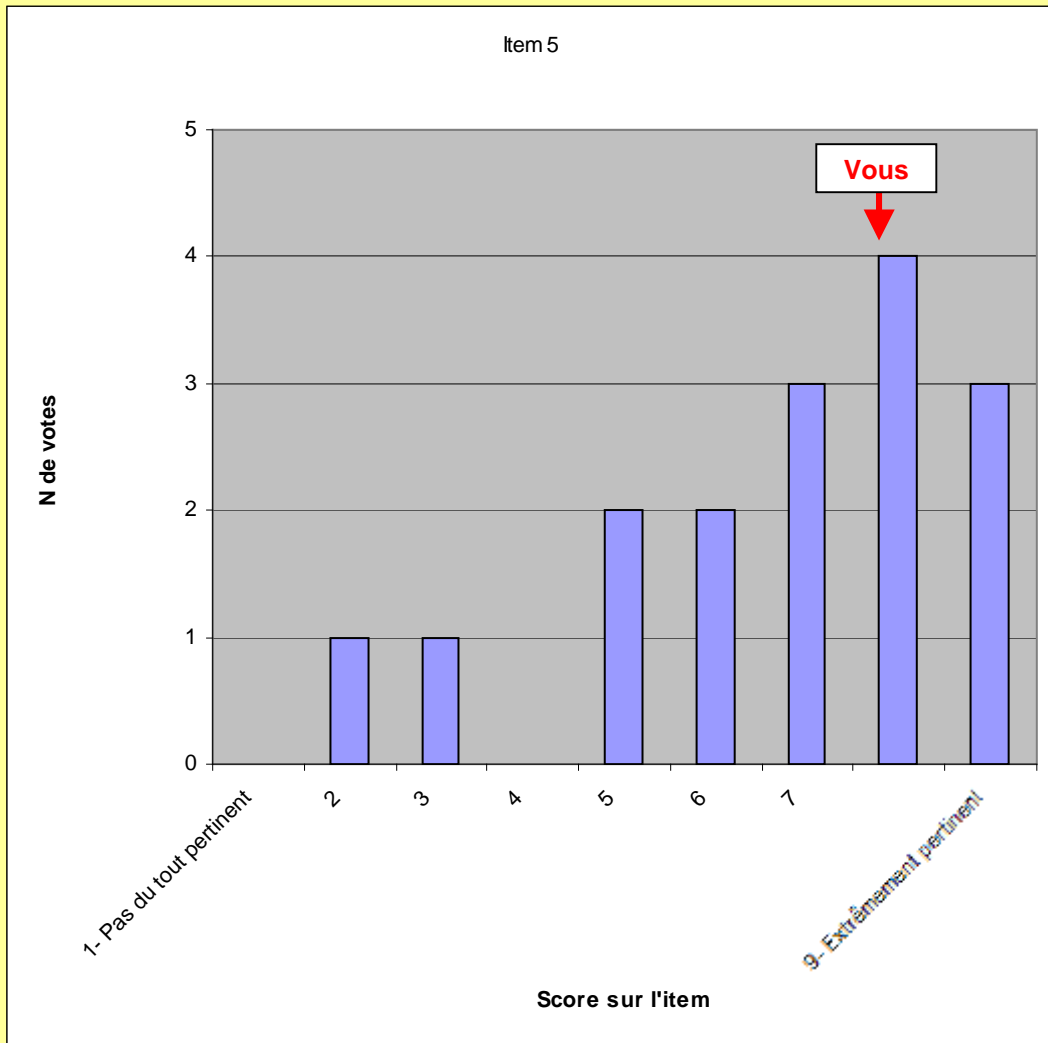
6

7

8

9

5. Se déclarer satisfaite du soutien émotionnel reçu
 Evaluations des experts

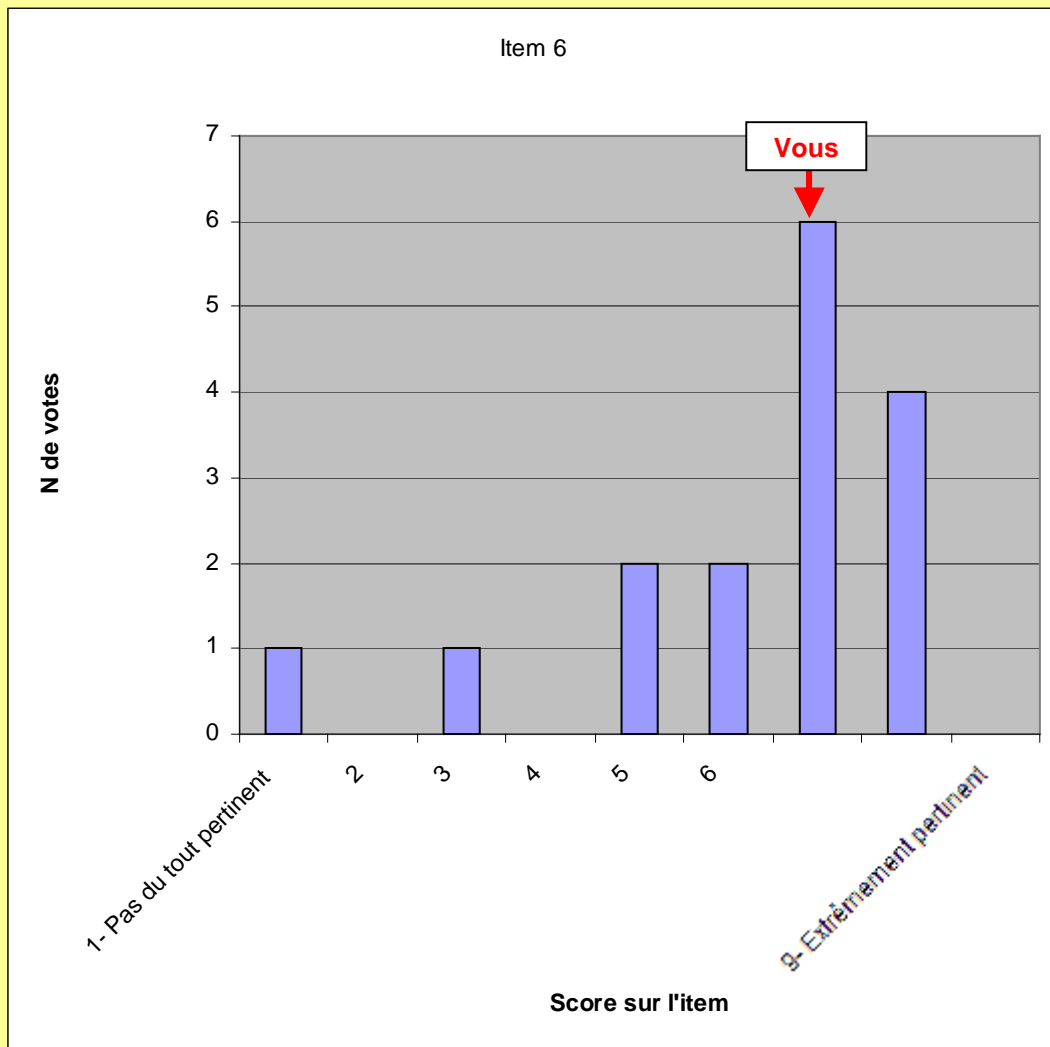


Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

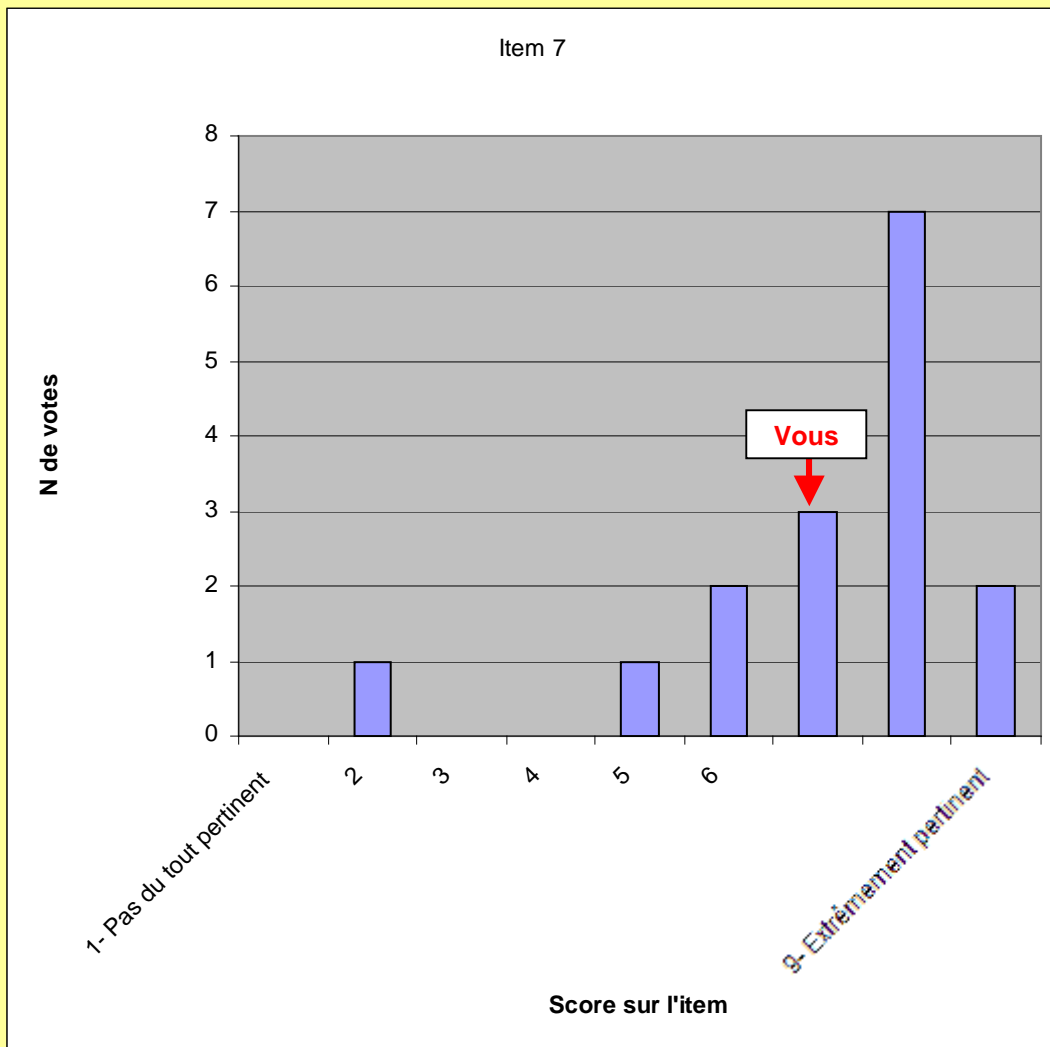
6. Se déclarer satisfaite du soutien émotionnel reçu de sa mère
 Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Se déclarer satisfaite du soutien émotionnel reçu de son conjoint
 Evaluations des experts

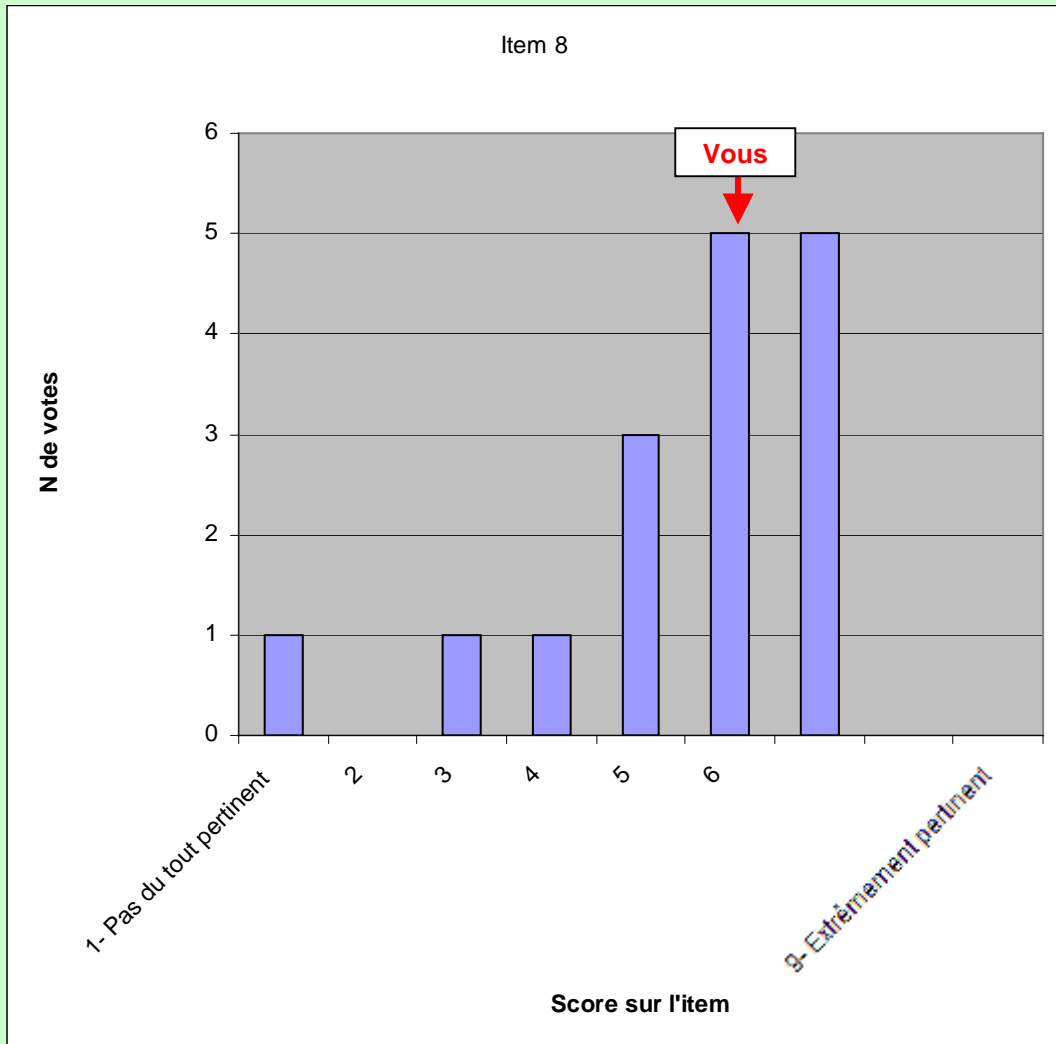


Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Extrêmement pertinent
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PARTIE 2 : Le soutien matériel^a

8. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien matériel
 Evaluations des experts

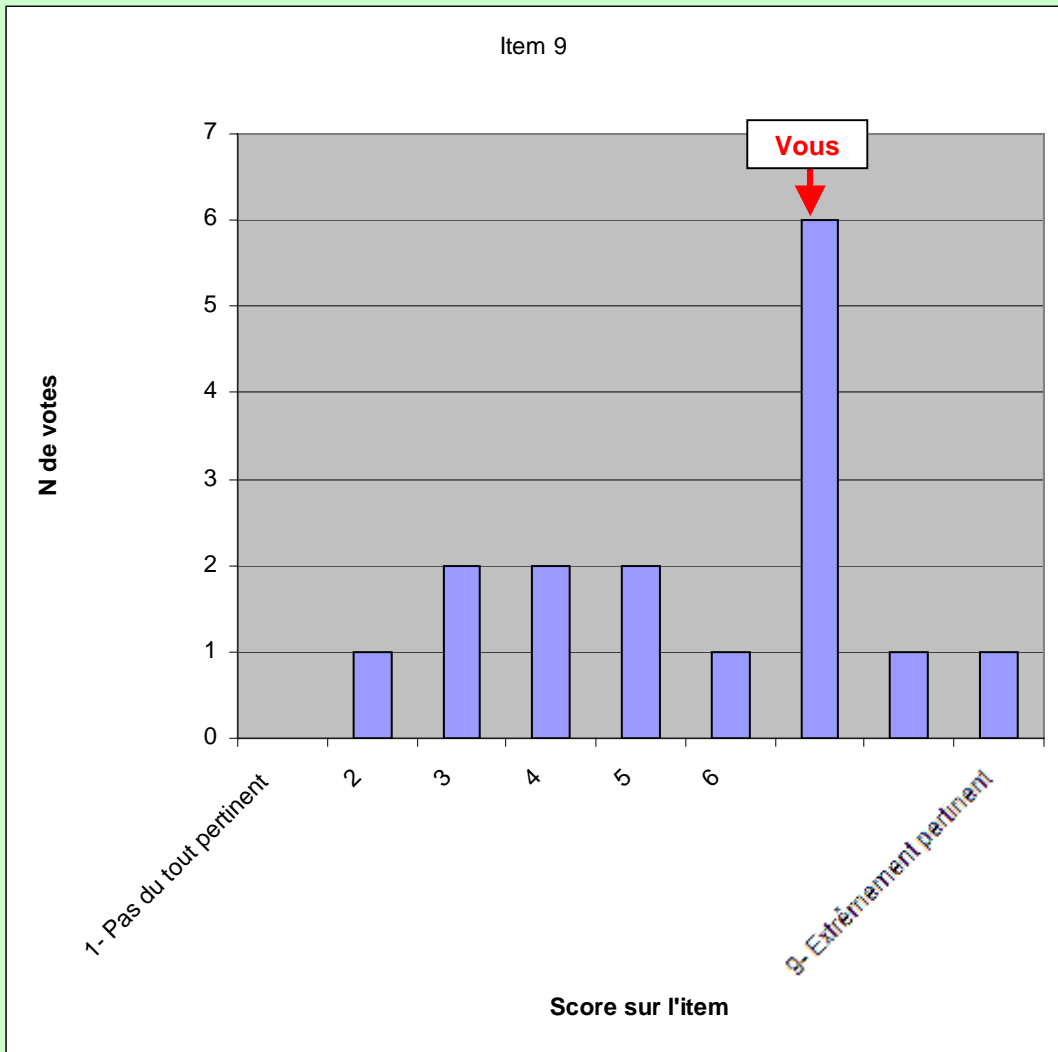


Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

^a rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "Quelles sont les personnes que vous pourriez appeler pour qu'elles donnent de leur temps et de leur énergie pour vous aider à réaliser vos activités quotidiennes, comme par exemple, vous reconduire à un endroit où vous avez besoin d'aller, vous aider avec les tâches ménagères, faire des courses pour vous, etc. ?"

9. Recevoir effectivement du soutien matériel lors du dernier mois
 Evaluations des experts

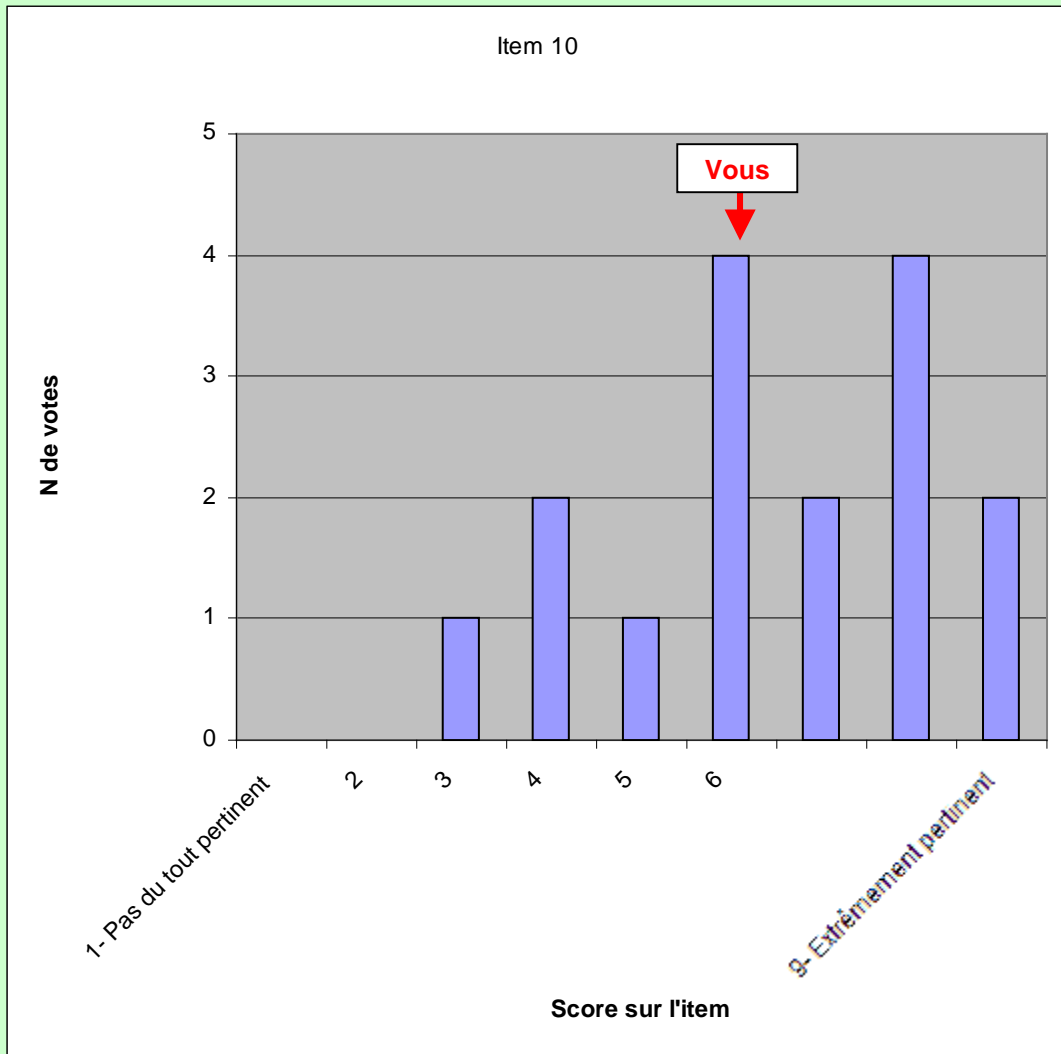


Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Se déclarer satisfaite du soutien matériel reçu
 Evaluations des experts



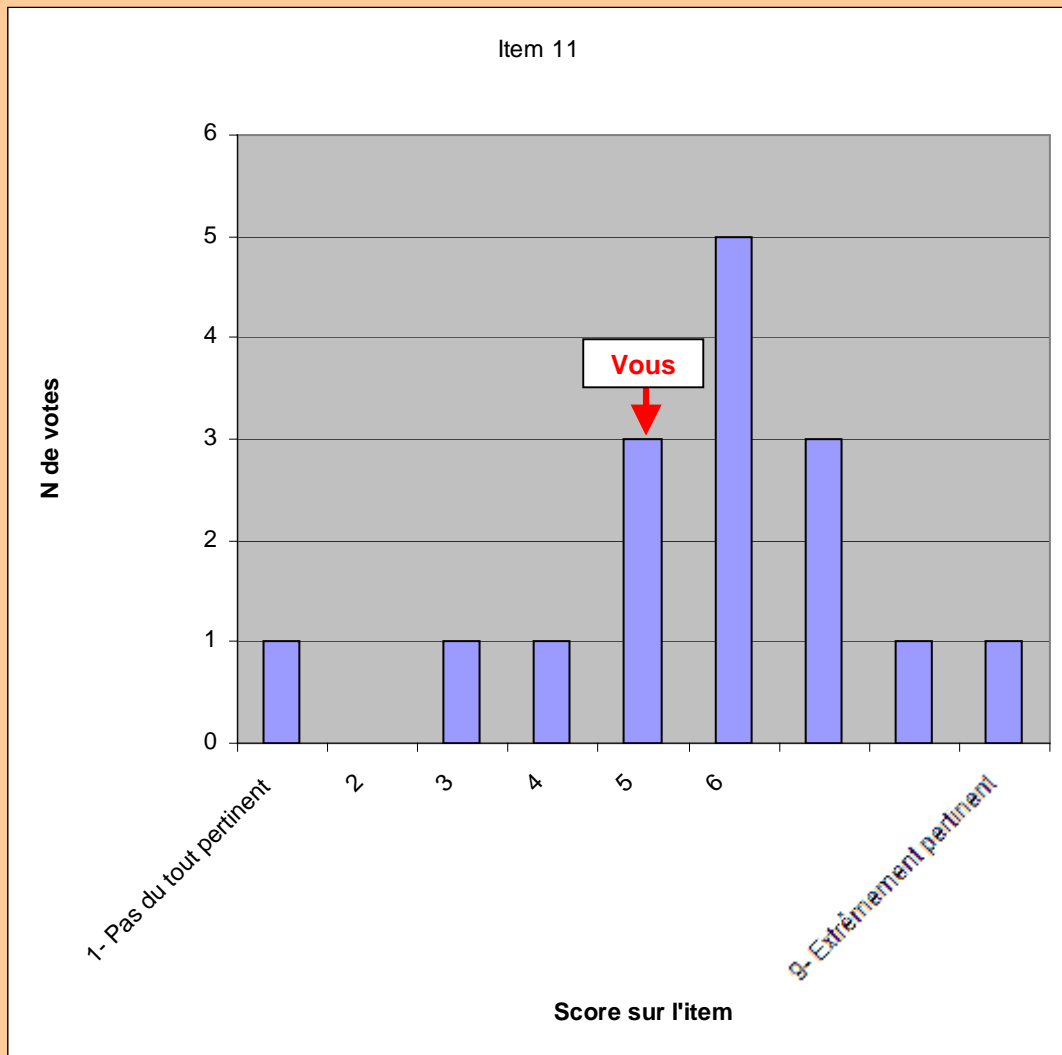
Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 3 : Guidance/Conseils (soutien informatique)^a

11. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien informatique

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

1

2

3

4

5

6

7

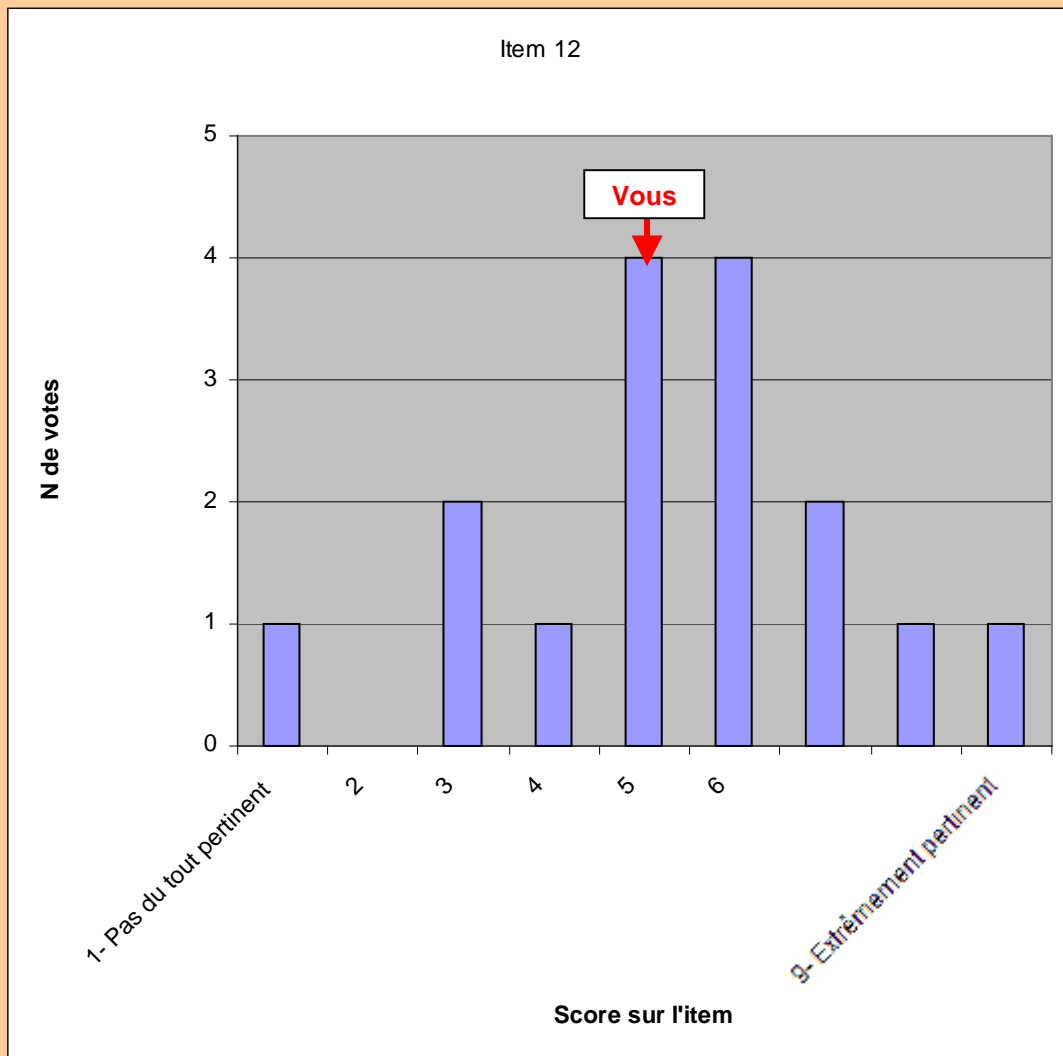
8

9

Extrêmement pertinent

^a rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "À qui vous adresseriez-vous si se présentait une situation face à laquelle vous auriez besoin de conseils ou d'avis ? A qui parlez-vous quand vous n'êtes pas sûr(e) de ce qu'il faut faire ?"

12. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien informatif
 Evaluations des experts



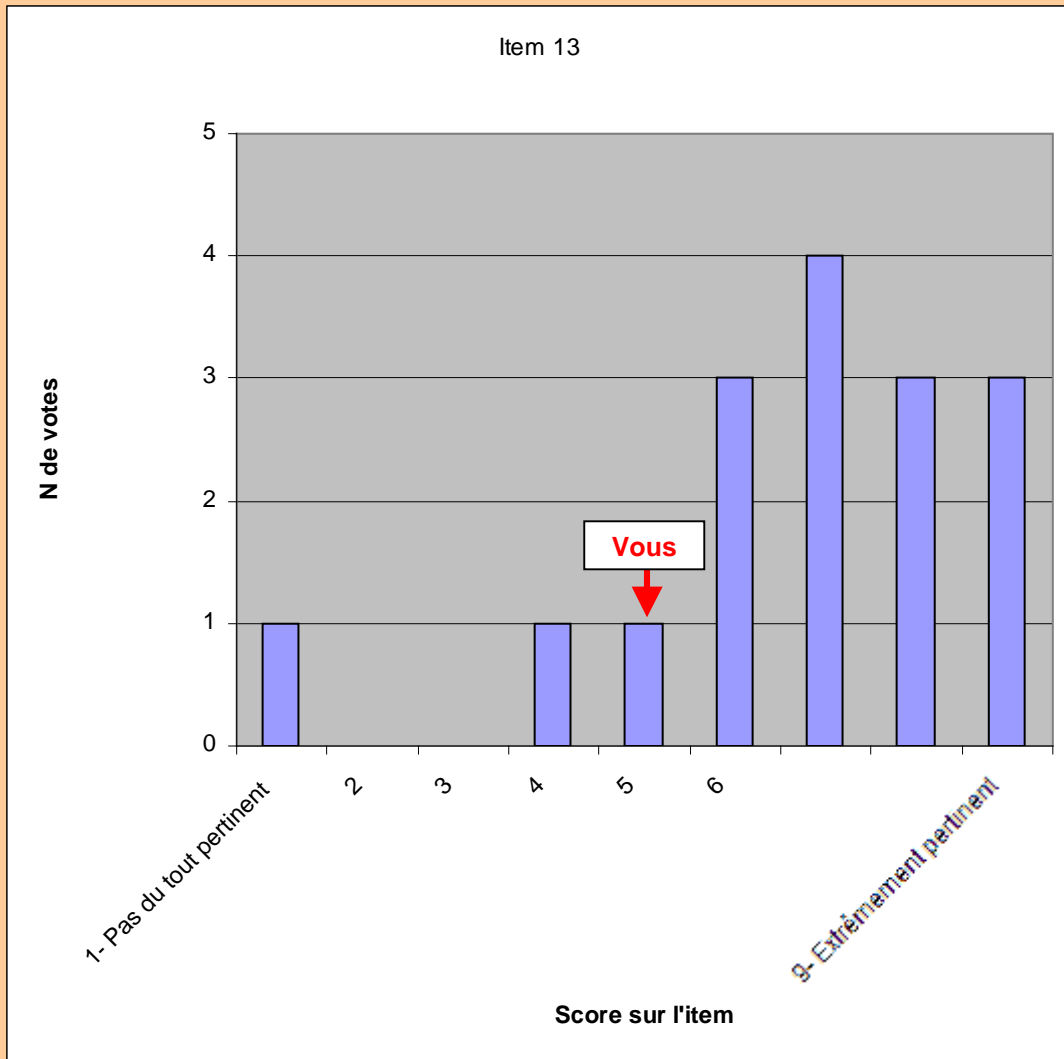
Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Recevoir effectivement du soutien informatif lors du dernier mois

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1

2

3

4

5

6

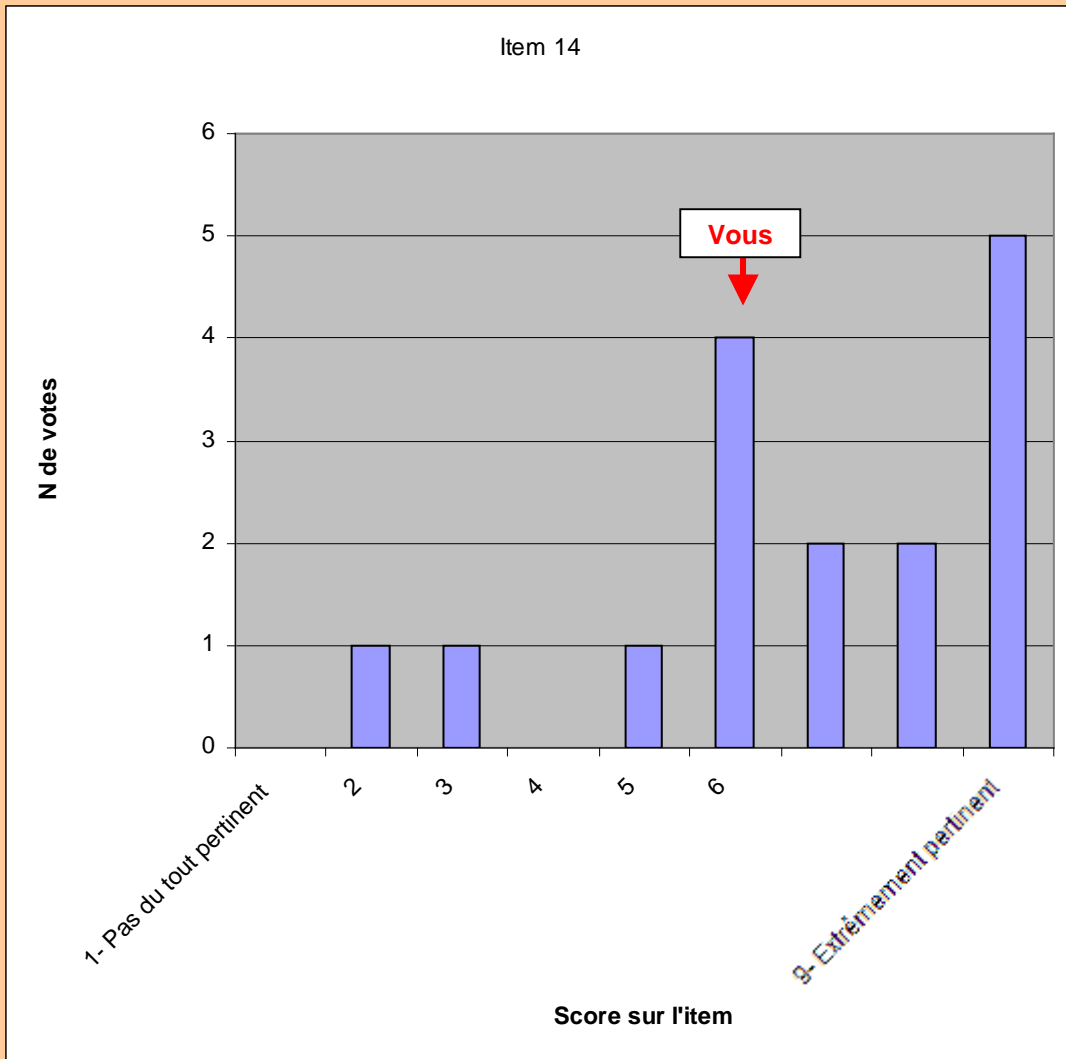
7

8

9

14. Se déclarer satisfaite du soutien informatif reçu

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

1

2

3

4

5

6

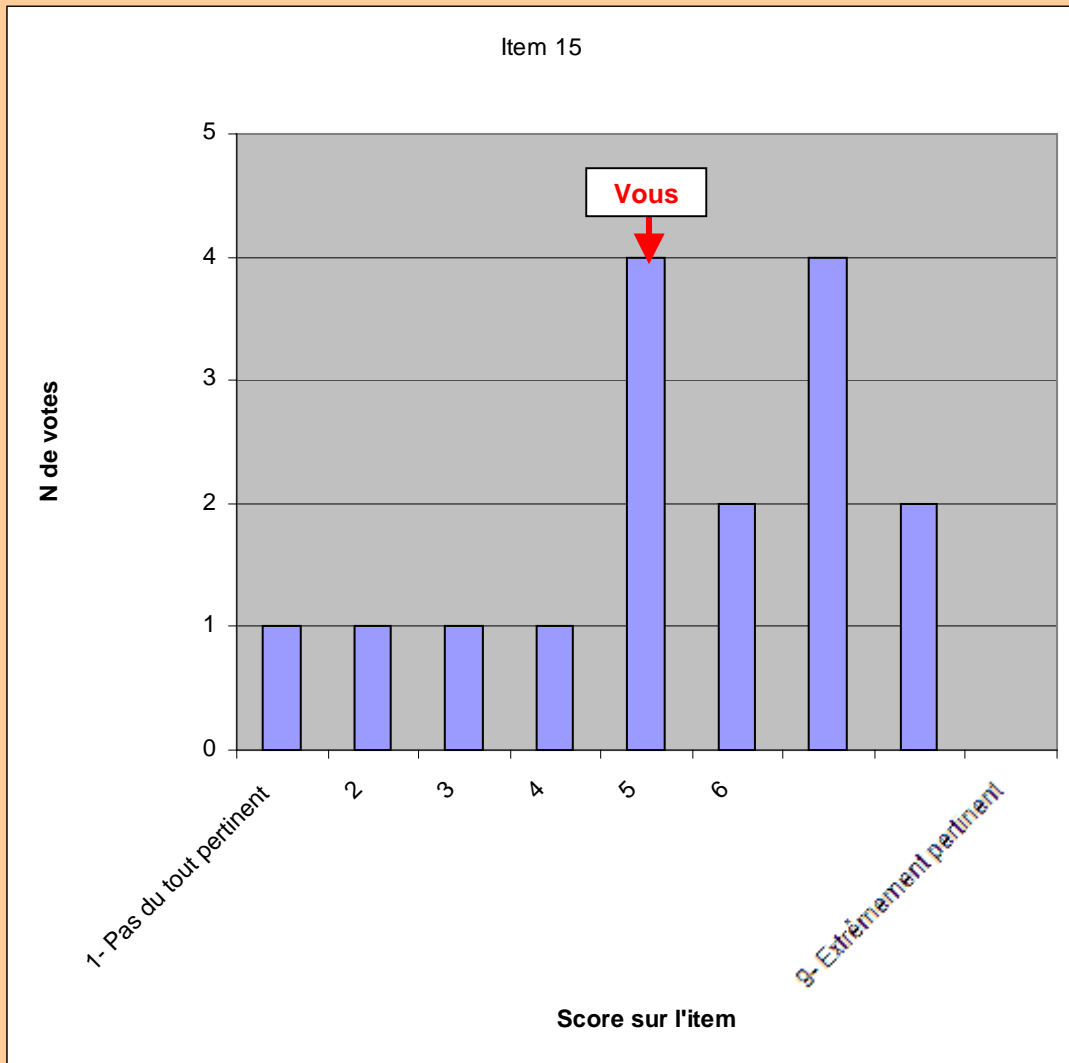
7

8

Extrêmement pertinent

9

15. Se déclarer satisfaite du soutien informatif reçu de sa mère
 Evaluations des experts



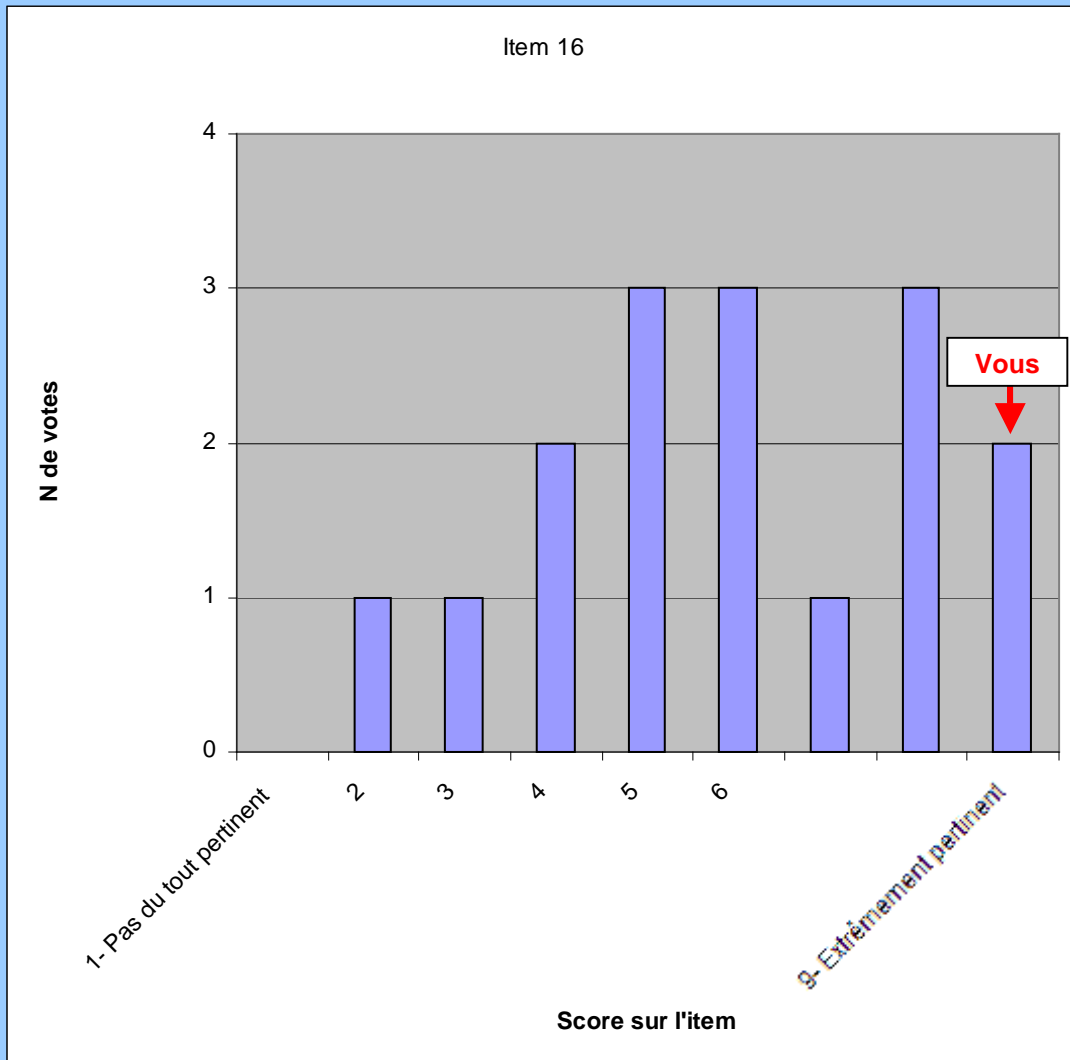
Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 4 : Valorisation^a

16. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien à base de valorisation

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

1

2

3

4

5

6

7

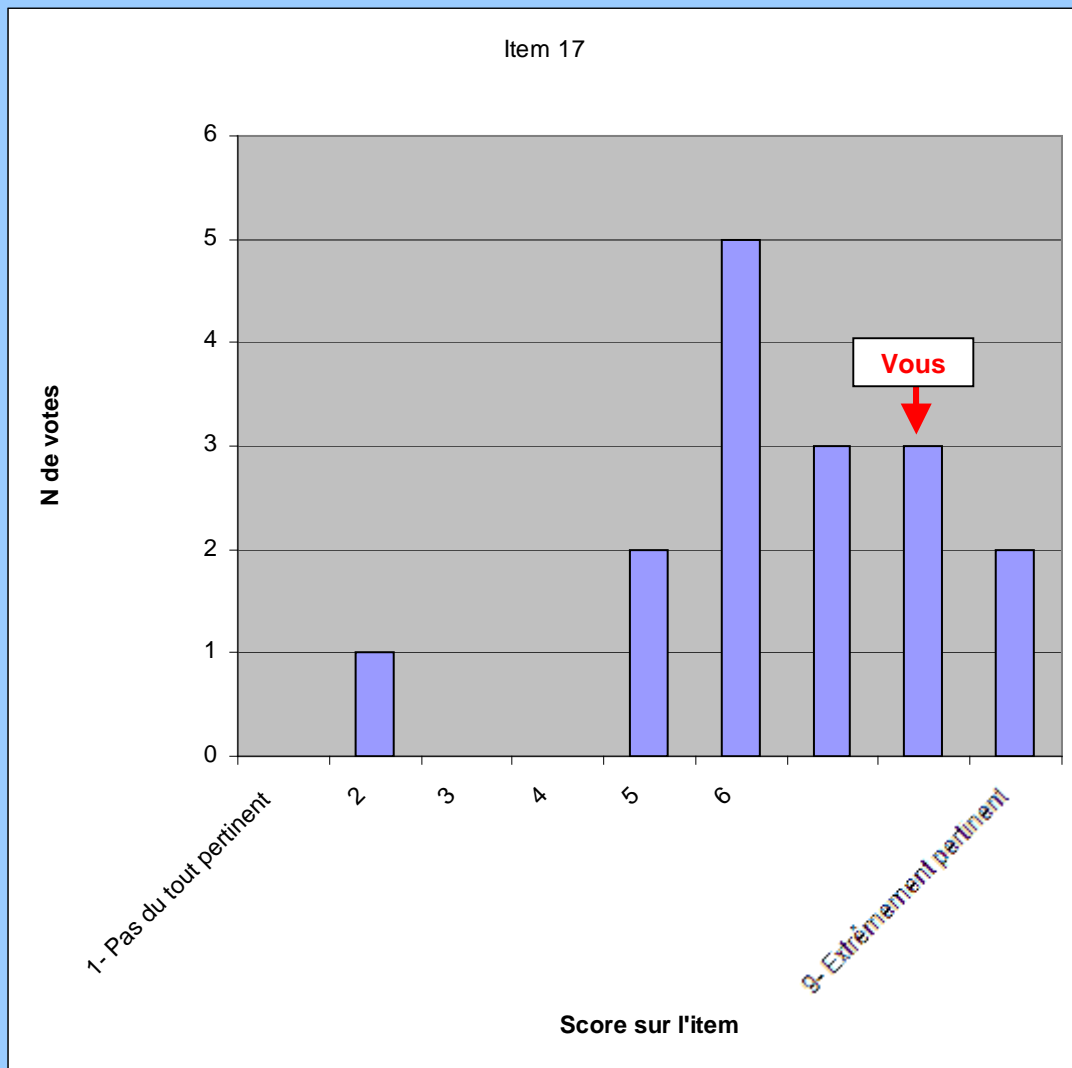
8

Extrêmement pertinent

9

^a rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "Quelles sont les personnes qui vous valorisent en montrant qu'elles apprécient vos idées ou ce que vous faites ?"

17. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien à base de valorisation
 Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1

2

3

4

5

6

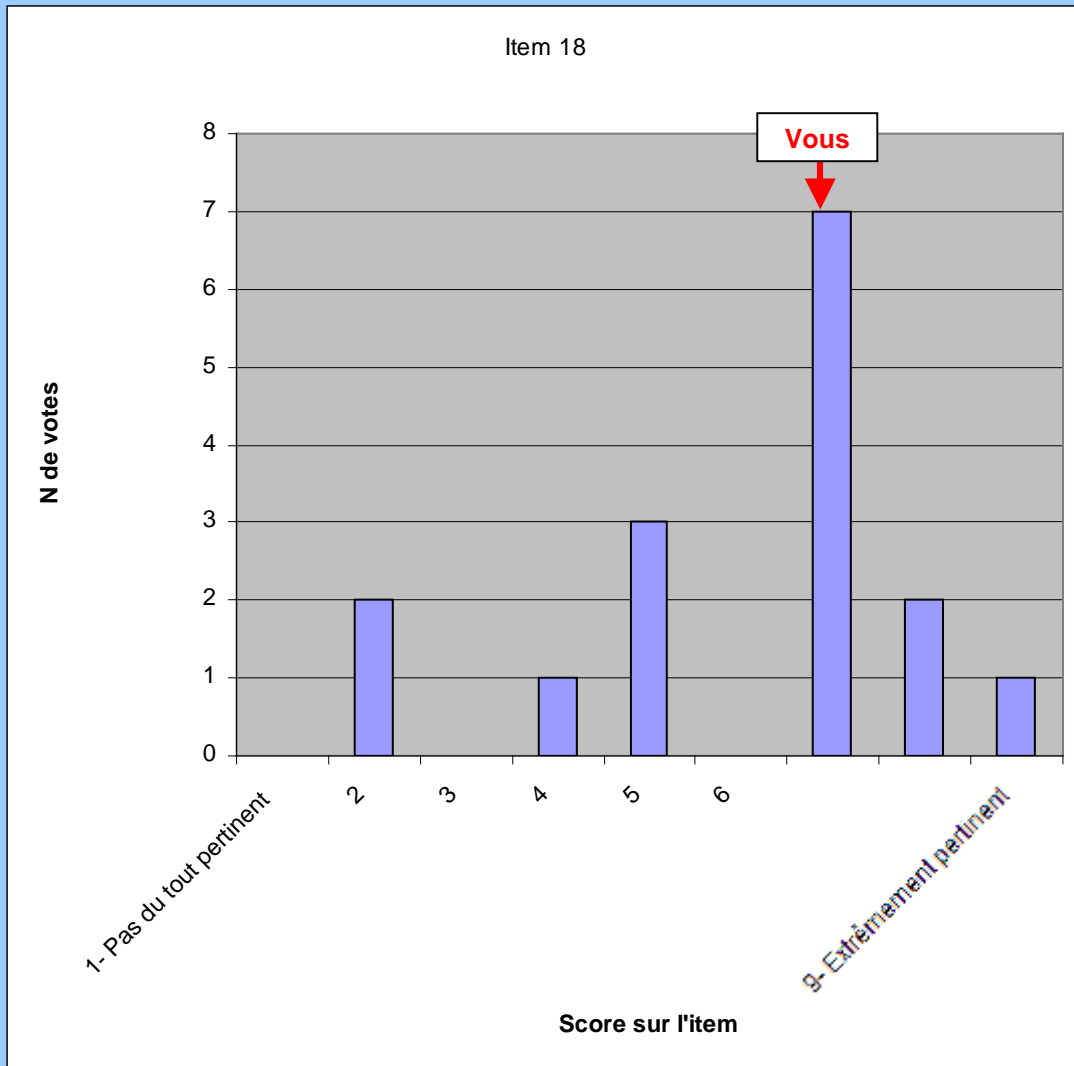
7

8

9

18. Recevoir effectivement du soutien à base de valorisation lors du dernier mois

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1

2

3

4

5

6

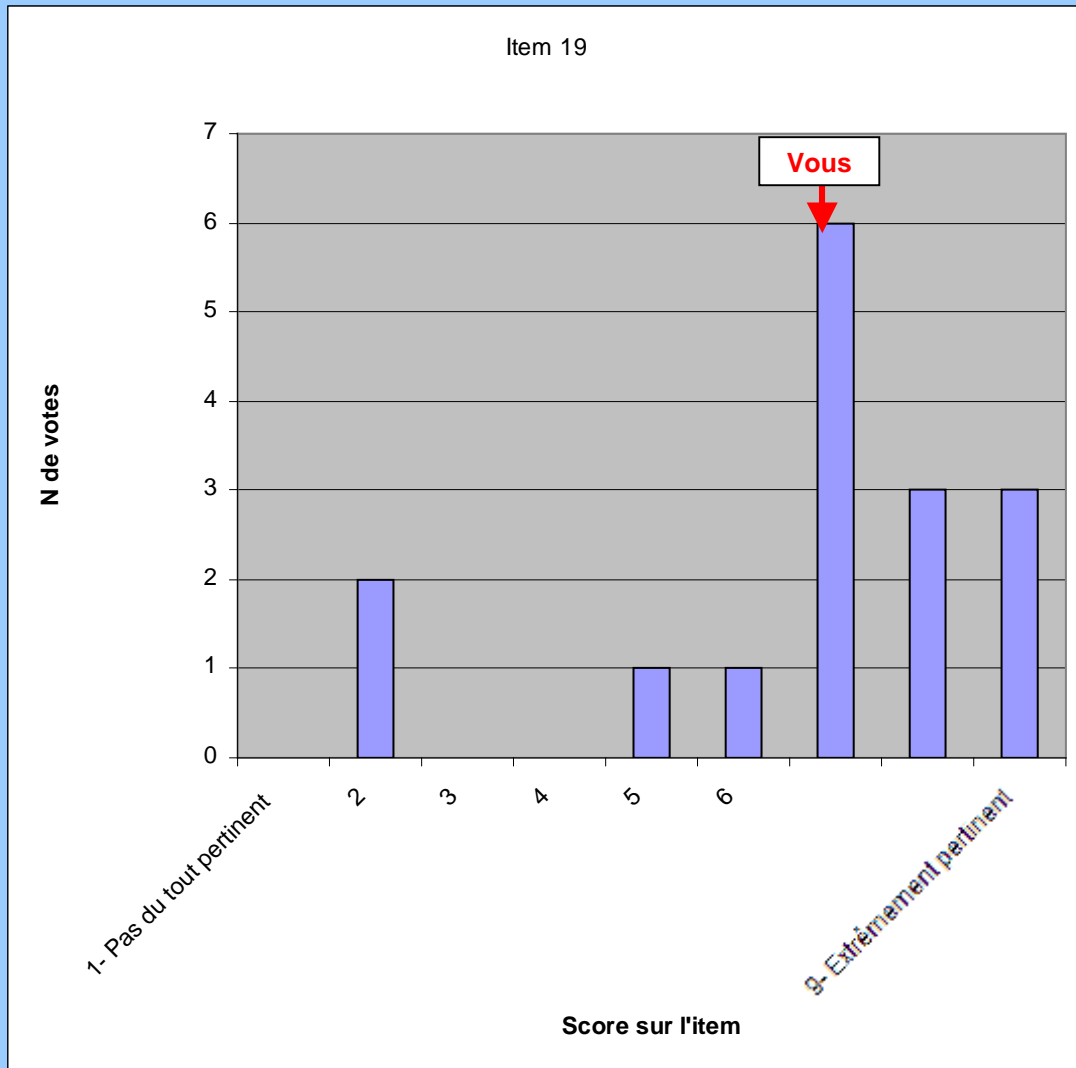
7

8

9

19. Se déclarer satisfaite du soutien à base de valorisation reçu

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

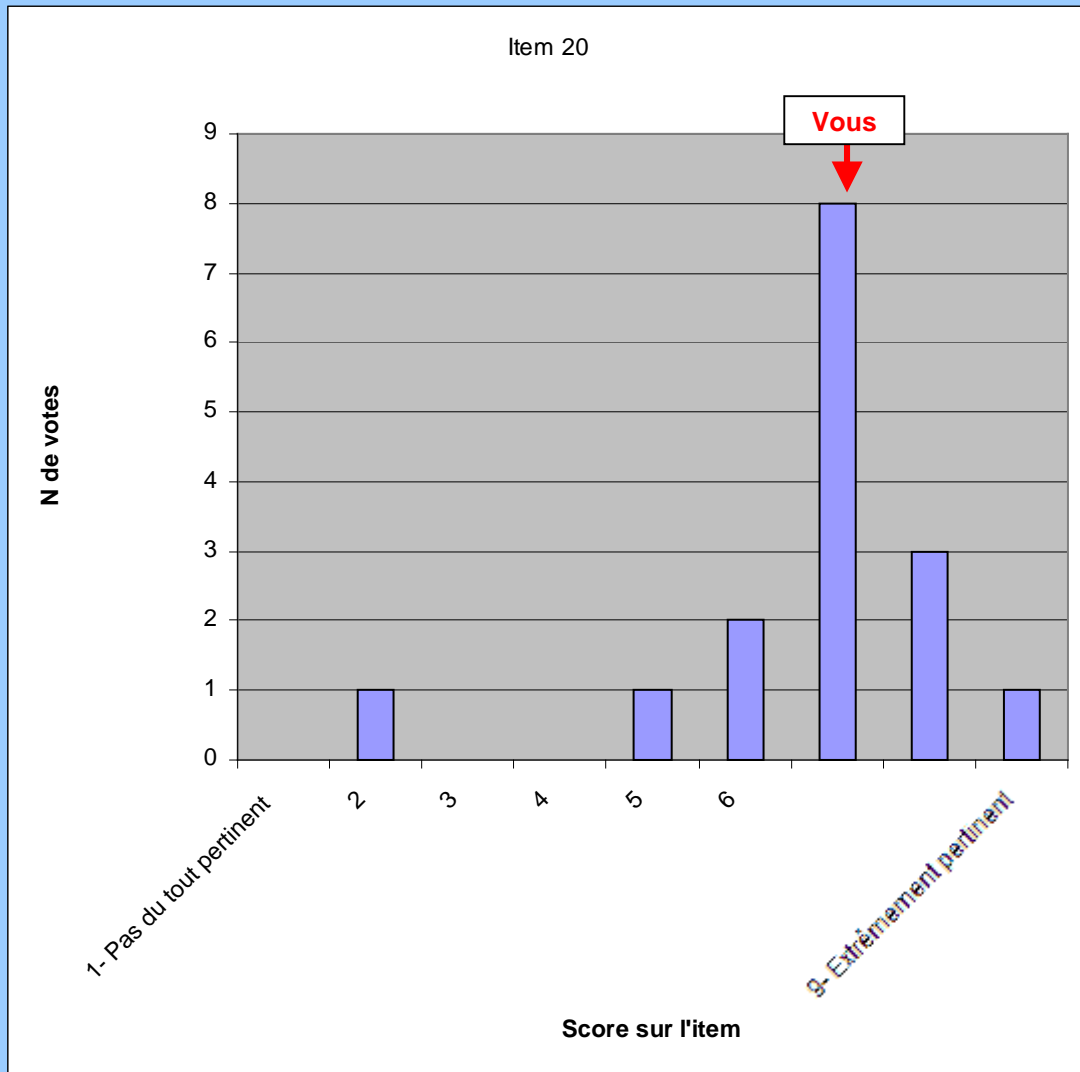
Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Se déclarer satisfaite du soutien à base de valorisation reçu de sa mère
 Evaluations des experts



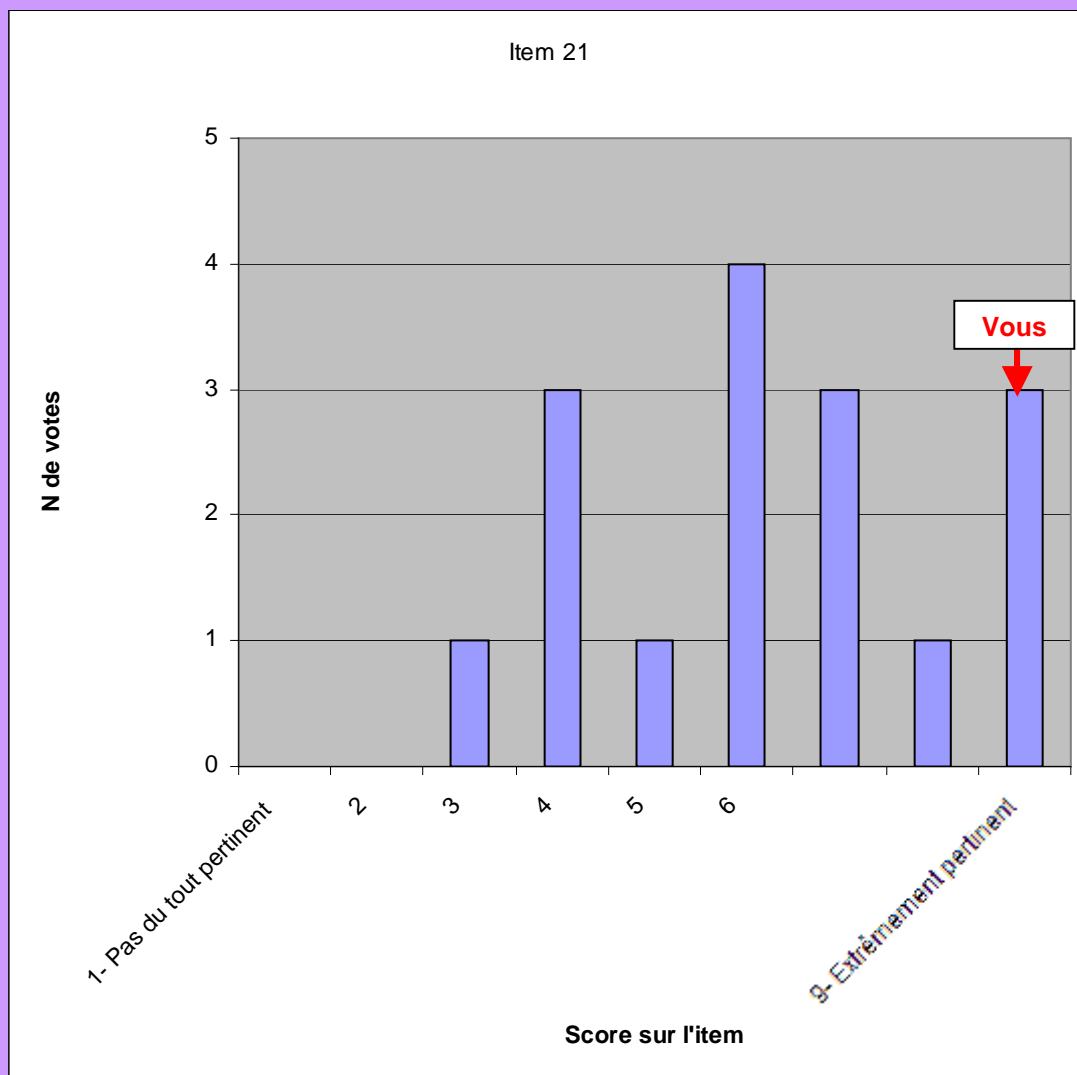
Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent									Extrêmement pertinent
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 5 : Socialisation^a

21. Déclarer un grand nombre de personnes disponibles dans son réseau de soutien à base de socialisation

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

1

2

3

4

5

6

7

8

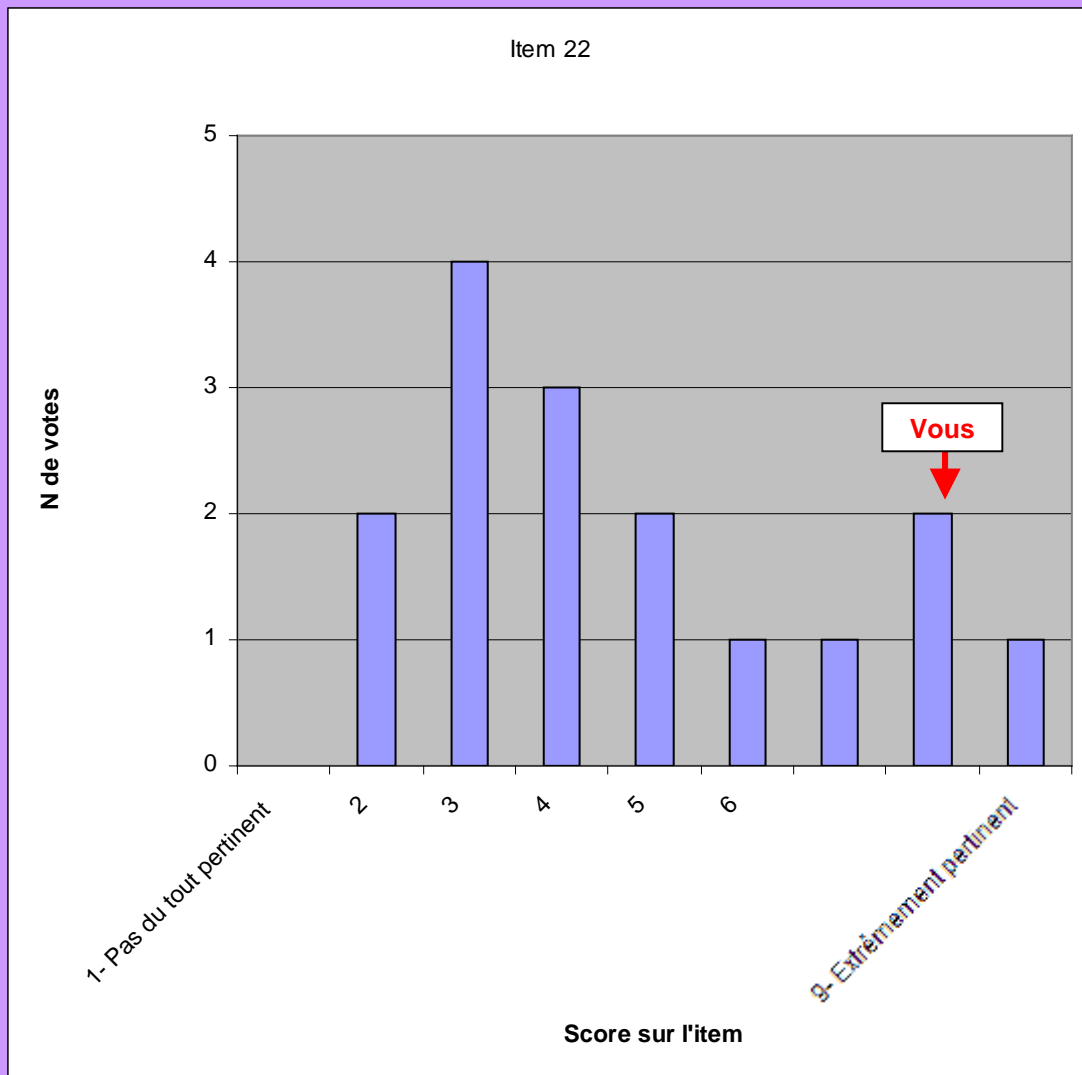
Extrêmement pertinent

9

^a rappel de la consigne du questionnaire aux participantes CAPEDP: "Quelles sont les personnes avec lesquelles vous vous réunissez dans vos moments de loisirs et de détente ? Pour identifier ces personnes, posez-vous les questions suivantes : Qui allez-vous visiter, qui invitez-vous à votre maison/appartement/foyer ? Avec qui faites-vous des choses pour vous détendre, par exemple déjeuner, aller au cinéma, boire un verre ?"

22. Mentionner la disponibilité de sa mère dans son réseau de soutien à base de socialisation

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1

2

3

4

5

6

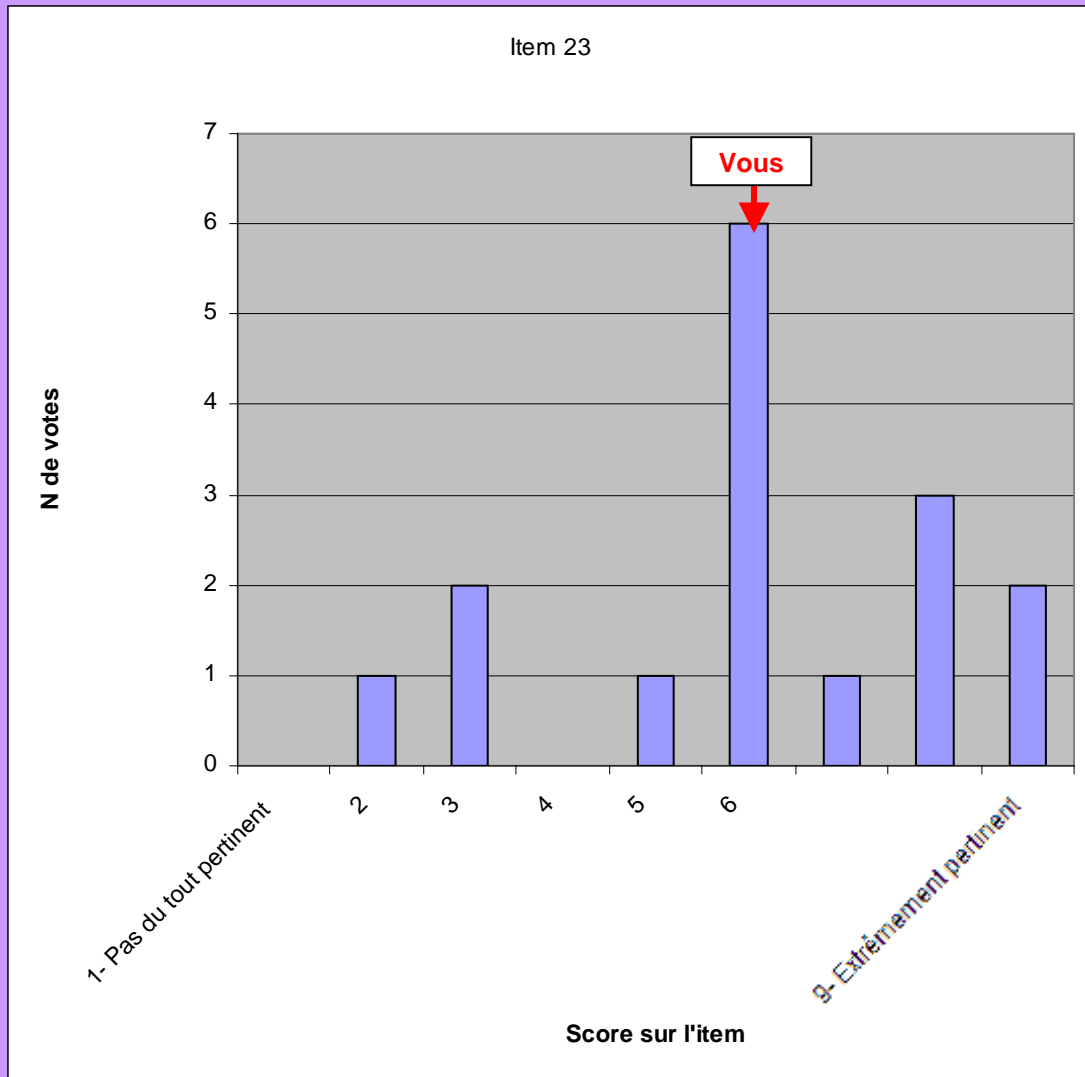
7

8

9

23. Recevoir effectivement du soutien à base de socialisation lors du dernier mois

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

1

2

3

4

5

6

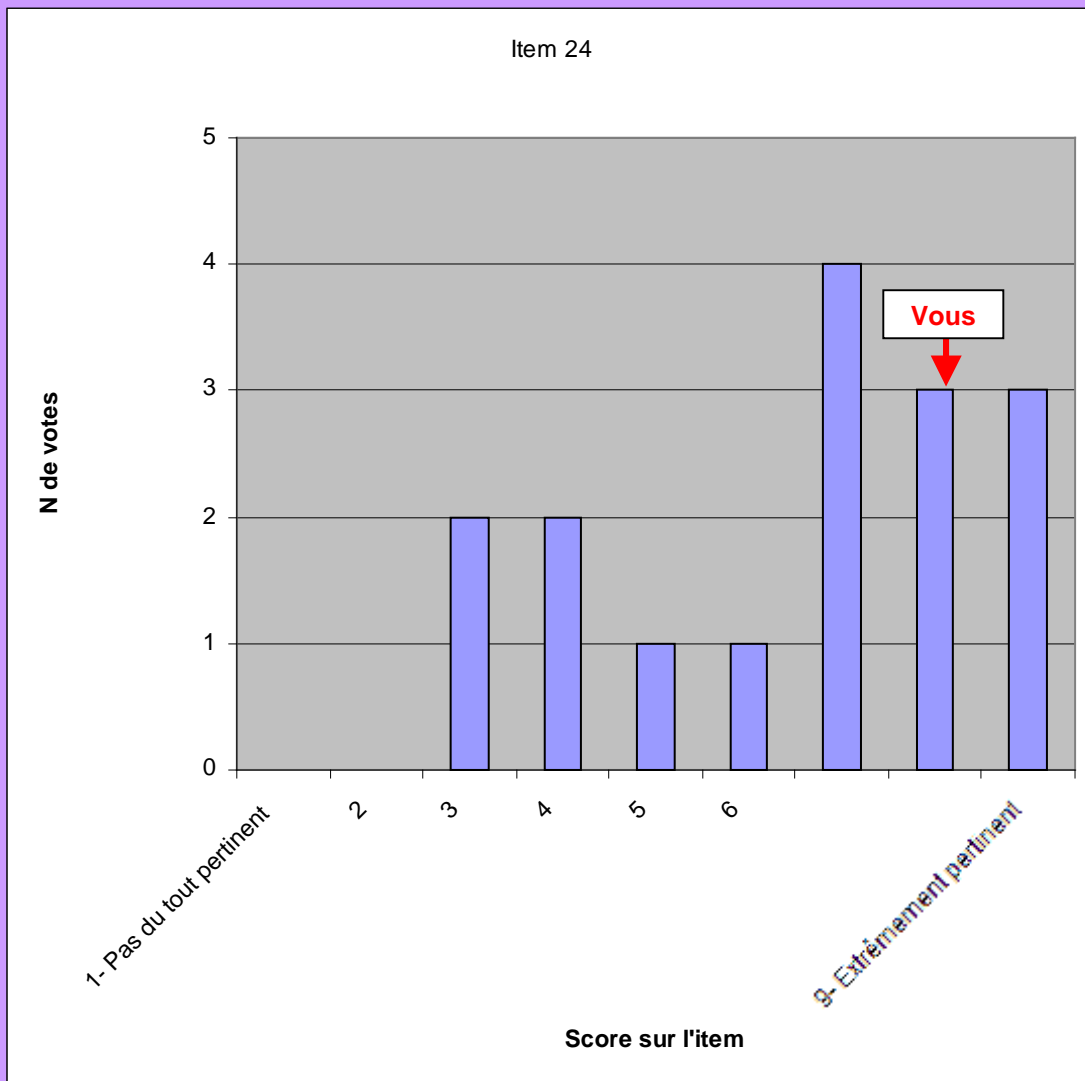
7

8

9

Extrêmement pertinent

24. Se déclarer satisfaite du soutien à base de socialisation reçu
 Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1

2

3

4

5

6

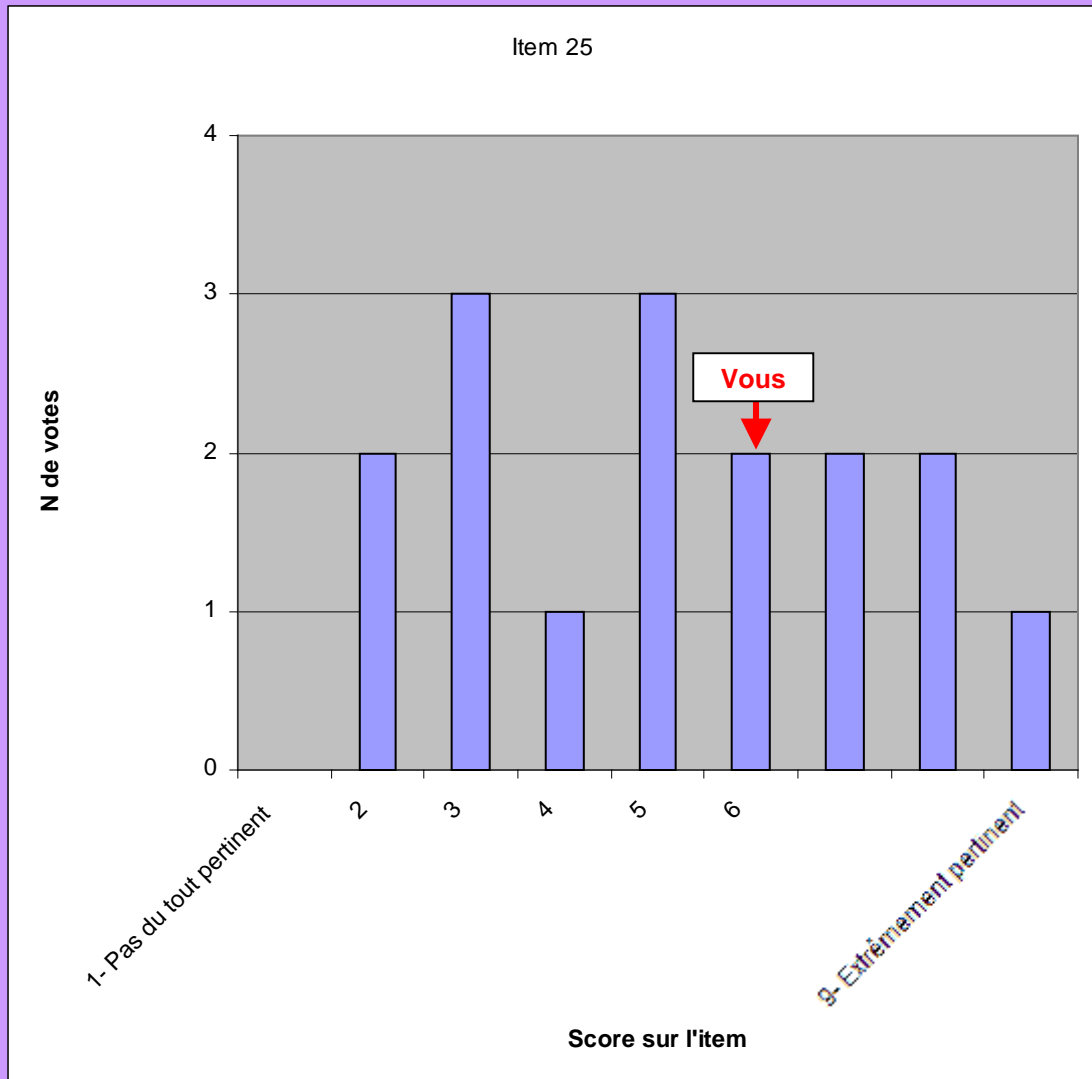
7

8

9

25. Se déclarer satisfaite du soutien à base de socialisation reçu de sa mère

Evaluations des experts



Souhaitez-vous modifier votre première appréciation ? Non

Oui (précisez-ci dessous)

Pas du tout pertinent

Extrêmement pertinent

1

2

3

4

5

6

7

8

9

TITRE EN FRANCAIS

Déterminants relationnels de la santé mentale périnatale : approche psychosociale

RESUME

La seconde moitié du XXe siècle a été marquée par un mouvement de médicalisation de la maternité et de la périnatalité, au détriment de l'intérêt porté aux déterminants relationnels de la santé mentale périnatale. L'approche communautaire de la santé mentale périnatale constitue le principe de subsidiarité applicable dans ce champ d'exercice : il est nécessaire de promouvoir les ressources sociales interpersonnelles si celles-ci peuvent se substituer à l'action médico-sociale. Ce travail de doctorat questionne l'impact du support social et de ses différentes formes (émotionnel, matériel, financier, informatif, socialisation, valorisation) sur les indicateurs de santé mentale et particulièrement sur la prévention de la dépression post-natale. A l'aide d'une méthodologie de psychologie sociale de la santé, 80 jeunes femmes en situation de grande vulnérabilité sociale et participant à une recherche-action de promotion de la santé mentale ont été questionnées sur leurs réseaux sociaux, sur le soutien social reçu et le soutien social perçu sur chacune des six dimensions du support social. L'analyse des données met en évidence qu'en contexte de grande précarité, on observe des liens différents entre support social et santé mentale que ceux habituellement reportés. La discussion porte sur les modèles de recherche et d'intervention spécifiques aux contextes de vulnérabilité psychosociale. Des perspectives sur les actions en psychologie communautaire sont proposées.

MOTS-CLES

Soutien social, Périnatalité, Dépression post-natale, Psychologie communautaire, Santé mentale, Prévention

TITRE EN ANGLAIS

Relational Determinants of Perinatal Mental Health: A Psychosocial Approach

ABSTRACT

During the second half of the twentieth century, the medical approach has taken the lead in the field of perinatality, over the interest for the community and social determinants of maternal mental health. According to the community model of mental health, social resources should be preferred to medical and professional interventions, as they promote the sustainability of mental health positive outcomes, by the autonomy offered to the community itself. This doctoral thesis aims at identifying the impact of the multiple dimensions of social support (emotional, practical, financial, guidance, socialization, positive feed-back) on mental health outcomes and more specifically on the prevention of postnatal depression. Using a social psychology of health methodology, 80 women have been recruited within a mental health promotion research. They have been evaluated on their social networks, received social support and perceived social support on each of the six dimensions of social support. The data analysis points out that common links reported between social support and mental health can't be found in this high-risk sample. The discussion focuses on research and intervention models for high psychosocial risk populations. Suggestions are made for improving community psychology actions.

KEYWORDS

Social Support, Perinatality, Postpartum Depression, Community Psychology, Mental Health, Prevention

DISCIPLINE

Psychologie

LABORATOIRE OU COMPOSANTE DE L'UNIVERSITE

Ecole Doctorale Sciences Humaines et Sociales
Centre de Recherches en Psychologie, Cognition et Communication
Laboratoire Armoricaire Universitaire de Recherche en Psychologie Sociale

ADRESSE

Place du recteur H. Le Moal CS 24307 - 35043 Rennes cedex
