

Rapport d'évaluation PATH



Contenu

Contenu	2
Partenariat PerinAtal menTal Health (PATH)	5
Auteurs du rapport	9
Merci	10
Liste des abréviations	11
Glossaire	12
Légende	12
Résumé	13
Introduction	15
01 Le Projet PATH	16
02 Évaluation des méthodes	21
Collecte d'informations	22
Questionnaires	23
Impact de la pandémie de COVID-19	25
Work package 1 - services en ligne	25
— WP1.1 Campagne multimédia	25
— WP1.2 Services en ligne - professionnels de la santé et employeurs	26
— WP1.3 Services en ligne - parents et futurs parents	26
Work package 2 - Services en face à face	27
— WP 2.1 Services en face à face - parents et futurs parents	27
— WP2.2 Services en face à face - professionnels de la santé	27
— WP2.3 Services en face à face - soutien par les pairs	28
Analyse des données	29
Évaluation France	29

PATH en quelques chiffres	31
PATH Output 1:	
Campagne multimédia de sensibilisation et de déstigmatisation de la PMI	33
— Flandre, Belgique	33
— Pays-Bas	35
— Royaume-Uni	36
— Résumé output 1	37
PATH Output 2:	
un ensemble de ressources en ligne pour les professionnels de la santé et les employeurs	38
— Flandre, Belgique	38
— Pays-Bas	40
— Royaume-Uni	41
— Résumé output 2	43
PATH Output 3:	
une nouvelle plateforme multimédia de soutien international pour aider les nouvelles familles à sensibiliser les parents et à reconnaître, prévenir et remédier à PMI	44
— Flandre, Belgique	44
— Pays-Bas	47
— Royaume-Uni	48
— Résumé output 3	49
PATH Output 4:	
une série de sessions de soutien pour les nouvelles familles	50
— Flandre, Belgique	50
— Pays-Bas	51
— Royaume-Uni	53
— Résumé output 4	55
PATH Output 5:	
formation en face à face, cours pour les professionnels de la santé	56
— Flandre, Belgique	56
— Pays-Bas	58
— Royaume-Uni	60
— Résumé output 5	61
PATH Output 6:	
formation au soutien par les pairs et par le réseau de groupes de soutien intergénérationnel	62
— Flandre, Belgique	62
— Pays-Bas	64
— Royaume-Uni	64
— Résumé output 6	65
Rapport France	66
— Introduction	66
— Données publiées récemment	67
— Actions	68

Collaboration	72
Évaluation	73
Réflexion	73
COVID-19	75
Publications et présentations	76
— Publications	76
— Conférence finale	79
Durabilité	81

Références	85
Annexes	87
PATH Output 1:	
Campagne multimédia pour sensibiliser et déstigmatiser la PMI	88
— Annexe 1.1 – Flandre, Belgique	88
— Annexe 1.2 – Pays-Bas	93
— Annexe 1.3 – Royaume-Uni	98
PATH Output 2:	
un ensemble de ressources en ligne pour les professionnels de la santé et les employeurs	104
— Annexe 2.1 – Flandre, Belgique	104
— Annexe 2.2 – Pays-Bas	110
— Annexe 2.3 – Royaume-Uni	116
PATH Output 3:	
une nouvelle plateforme de soutien multimédia et internationale pour aider les nouvelles familles à sensibiliser les parents et à reconnaître, prévenir et remédier à la PMI	123
— Annexe 3.1 – Flandre, Belgique	123
— Annexe 3.2 – Pays-Bas	128
— Annexe 3.3 – Royaume-Uni	133
PATH Output 4:	
une série de sessions de soutien pour les nouvelles familles	141
— Annexe 4.1 – Flandre, Belgique	141
— Annexe 4.2 – Pays-Bas	145
PATH Output 5:	
cours de formation en face à face pour les professionnels de la santé	150
— Annexe 5.1 – Flandre, Belgique	150
— Annexe 5.2 – Pays-Bas	155
PATH Output 6:	
formation de pairs supporteurs et réseau de groupes de soutien intergénérationnels	159
— Annexe 6.1 – Flandre, Belgique	159

Partenariat PerinAtal menTal Health (PATH)

PATH est un consortium transnational composé de 13 organisations provenant du Royaume-Uni, des Pays-Bas, de la France et de la Belgique. Le projet PATH a été approuvé et financé par le programme européen Interreg 2 Mers (Innovation sociale - 2019-2022), avec un cofinancement du Fonds européen de développement régional (FEDER). Le projet était censé se dérouler sur quatre ans, de début 2019 à fin 2022, mais a été prolongé jusqu'en 2023 en raison de la pandémie de COVID-19.

The Health and Europe Centre, Chef de file, Kent, UK



Le partenaire principal de PATH, le Health And Europe Centre, une entreprise sociale, est un partenaire expérimenté dans les projets financés par l'Europe. Ses connaissances et son expérience sont utilisées pour soutenir toutes sortes d'organisations de santé en Europe.

Le centre offre diverses possibilités de collaboration et d'apprentissage et possède plus de dix ans d'expérience dans la demande, la gestion et la mise en œuvre de projets de santé financés par l'UE. Cela implique une collaboration intensive avec des collègues d'autres pays.

Devon Mind, partenaire de projet, Plymouth, UK



Devon Mind se bat pour la santé mentale dans le Devon. Devon Mind est une association indépendante de santé mentale affiliée à l'association nationale britannique Mind. Elle fournit des conseils, des informations et un soutien à toute personne du Devon ayant un problème de santé mentale. Elle fait également campagne pour améliorer les services de soutien locaux, sensibiliser et promouvoir la compréhension de la santé mentale dans le Devon.

Conseil municipal de Southampton, partenaire du projet, Southampton, UK



Le SCC travaille en partenariat stratégique avec le gouvernement, les agences gouvernementales régionales, les entreprises, les universités, les services sociaux et les citoyens afin de garantir les investissements étrangers et la croissance, de stimuler les développements majeurs, de soutenir les entreprises et d'accroître les compétences et l'emploi grâce à l'innovation sociale.

L'équipe de soutien à l'emploi du SCC fournit une aide, des conseils et une orientation aux personnes handicapées ou ayant des besoins multiples et complexes pour trouver un emploi durable ou une formation. Pour aider les femmes souffrant ou risquant de souffrir d'une légère maladie mentale périnatale, les travailleurs sociaux collaborent avec les services locaux de santé mentale.

Collège universitaire Odisee, partenaire du projet, St. Niklaas, BE



L'Odisee University College propose un total de 25 programmes de premier cycle pour plus de 10 000 étudiants répartis sur six campus en Flandre. La recherche au sein du pôle Soins de santé est divisée en six domaines : nutrition, soins aux personnes âgées, interventions actives dans la communauté et dans le mode de vie, innovation en matière de soins, soins périnataux et familiaux et modules éducatifs du futur. Le projet PATH est lié au domaine des soins périnataux et familiaux et fait appel à l'expertise de recherche du programme des sages-femmes en matière de promotion de la santé, d'applications mobiles, d'assistance en ligne et de soutien aux parents d'un bébé prématuré ou malade.

Conseil du comté de Kent, partenaire du projet, Maidstone, UK



Le KCC est le gouvernement provincial qui comprend 12 districts et 300 municipalités.

Le département de santé publique du KCC a de l'expérience dans la mise en service et la coordination des services de promotion de la santé pour prévenir et soutenir les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ainsi que dans l'évaluation et la gestion des services dans le comté. Il conseille également les commissaires sanitaires et sociaux locaux sur l'amélioration des résultats en matière de santé et de bien-être.

**Institute of Health Visiting, partenaire du projet,
Emsworth, Royaume-Uni**



L'Institute of Health Visiting est une organisation caritative britannique indépendante et un organisme professionnel qui promeut l'excellence dans la pratique des visites de santé au bénéfice de tous les bébés, enfants, familles et communautés.

L'IHV part du principe qu'un parent sain et une relation parent-enfant saine sont la base d'une bonne santé mentale de l'enfant tout au long de sa vie : la santé physique n'est pas possible sans la santé mentale.

**Kent and Medway NHS and Social Care Partnership
Trust, partenaire du projet, Maidstone, UK**



Le Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust (KMPT) fournit une gamme de services intégrés de santé mentale à environ 1,8 million de personnes dans le Kent et Medway.

Le service communautaire de santé mentale périnatale (PMHCS) du KMPT est spécialisé dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement des femmes présentant des problèmes de santé mentale modérés à graves avant, pendant et après la grossesse. Dans le prolongement de ce service, des services de santé mentale sont fournis au Rosewood Mother and Baby Unit, l'unité régionale d'hospitalisation. Ce service fournit un apport multidisciplinaire, avec des pratiques fondées sur des preuves, notamment des thérapies psychologiques, un soutien et des interventions pour les femmes et leurs familles pendant la période périnatale.

AP Hogeschool, partenaire d'évaluation, Anvers, BE



L'AP Hogeschool est un collège universitaire d'Anvers qui mène des recherches pratiques et innovantes, contribuant ainsi à la société et à l'éducation. L'équipe de recherche du programme de sages-femmes de premier cycle est active dans plusieurs projets de recherche en cours et projets de recherche scientifique, qui s'inscrivent dans le thème de PATH : équilibre de la vie maternelle pendant la transition vers la parentalité, soins de santé mentale périnatale et soins de sages-femmes chez les femmes enceintes en situation vulnérable. Le programme dispose de son propre centre communautaire (Nova Vida) et organise des activités et des ateliers gratuits pour les femmes anversoises et leurs partenaires. Les activités se concentrent sur la recherche, l'établissement et

le maintien de la santé et d'un équilibre de vie optimal pour les femmes à toutes les étapes de leur cycle de vie, par le biais d'informations et de soutien, notamment de la part de leurs pairs. PATH s'aligne sur la conviction que le partage des connaissances, de l'expertise et des expériences est une force commune. AP Hogeschool a reçu un financement supplémentaire de la province d'Anvers pour participer au projet PATH visant à soutenir le bien-être émotionnel des jeunes parents dans la province d'Anvers.

Université de Bournemouth, partenaire du projet, Bournemouth, UK



L'université de Bournemouth est l'une des meilleures universités du monde et a reçu le Queen's Anniversary Prize for Higher Education. L'équipe du projet PATH relève de la faculté des sciences et des technologies, qui dispose d'un équipement de pointe pour les technologies de RV, de RA et de jeu, avec la capacité de développer des logiciels propriétaires pour la recherche et l'innovation.

Vzw Gehechtheid in Ontwikkeling, partenaire du projet, Anvers, BE



Asbl GiO, Attachment in Development, a été fondée pour sensibiliser la société et les politiques à l'importance d'un lien d'attachement chaleureux et sécurisant entre les parents et les jeunes enfants.

L'objectif de l'asbl GiO est de développer des initiatives qui favorisent un changement d'attitude durable autour des conditions fondamentales d'un développement précoce optimal. Cela se fait par le biais de la formation et de l'éducation, d'initiatives de traitement à bas seuil et de la recherche.

Hôpital Maasstad, partenaire du projet, Rotterdam, NL



L'hôpital Maasstad est l'un des sept hôpitaux Santeon des Pays-Bas. Sur le plan régional, l'hôpital de Maasstad collabore avec la [L'alliance obstétricale Rotterdam-Sud \(VSV\)](#). Outre l'hôpital Maasstad, la VSV comprend également l'hôpital Ikazia, huit organisations de soins maternels et 26 cabinets d'obstétrique. Le VSV travaille également en étroite collaboration avec les différents centres pour la jeunesse et la famille, qui sont implantés dans toute la ville et les villages environnants.



EPSM Lille Métropole - Centre collaborateur de l'OMS, partenaire du projet, Lille, FR



Le CCOMS, service de l'Organisation publique de santé mentale de Lille-Métropole, est l'un des 48 centres collaborateurs de l'OMS spécialisés en santé mentale dans le monde et le seul en France.

Pour la période 2022-2026, le WHOCC est désigné pour travailler sur les quatre piliers suivants : (1) aider l'OMS à promouvoir et documenter les bonnes pratiques dans les services communautaires de santé mentale ; (2) soutenir et développer le programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale en France et dans les pays francophones ; (3) aider l'OMS à promouvoir la participation des usagers et des citoyens dans les services, la recherche et la formation en santé mentale ; (4) contribuer à la connaissance et au développement de la e-santé mentale en tant que technologie innovante.

**Karel de Grote Hogeschool, Partenaire du projet,
Anvers, BE**



La KdG Hogeschool est un collège catholique d'Anvers qui compte environ 13 500 étudiants et environ 1 400 employés.

La KdG Hogeschool mène des recherches orientées vers la pratique en obstétrique et en soins infirmiers, dans le but de professionnaliser ces domaines par le développement, la mise en œuvre et la valorisation d'interventions pratiques sur le lieu de travail et dans la société. Une ligne de recherche spécifique se concentre sur l'amélioration de la connaissance et de la position des soins périnataux au sein des soins primaires en Flandre.

KdG dispose d'un vaste réseau d'associations professionnelles régionales et nationales, d'hôpitaux, d'organisations de soins primaires, ainsi que d'associations de patients.

Auteurs du rapport

Prof Y. Kuipers - Chef de projet évaluation - AP Hogeschool Antwerp

Mme C. Brosens - Partenaire d'évaluation - AP Hogeschool Antwerp

Drs. L. Van den Branden - Partenaire d'évaluation - AP Hogeschool Antwerp

Drs. R. Bleijenbergh - Partenaire d'évaluation - AP Hogeschool Antwerp

Mme S. Rimaux - Partenaire d'évaluation - AP Hogeschool Antwerp

Mme S. McGannan - traduction du rapport - Health and Europe Centre

Merci

Avant tout, nos remerciements vont à tous les parents, futurs parents, partenaires, employeurs, soignants, pairs supporters... pour le temps et l'engagement qu'ils ont consacrés à participer aux sessions de formation PATH et à remplir les différents questionnaires d'évaluation. Nous tenons à remercier tous les partenaires du projet pour leur engagement, leur enthousiasme, leur coopération, le développement de produits et d'activités magnifiques et précieux, ainsi que pour leur contribution constructive à la collecte de données pour l'évaluation de ce projet. Enfin, nous souhaitons remercier notre chef de projet Sophie McGannan du Health and Europe Centre pour son enthousiasme, son soutien et sa coordination sans faille du projet.



Note : Certains de tous les partenaires du projet sont représentés sur la photo ci-dessus.

Toutes les autres photos incluses dans le rapport ont été reproduites avec l'autorisation des personnes concernées.

Liste des abréviations





- 2 Mers - Région des 2 Mers dans laquelle le projet a été mis en œuvre, comme détaillé à la page suivante
- BE - Belgique
- BRS - Brève échelle de résilience
- DLQ - Questionnaire sur la dépression
- DSS - Échelle de stigmatisation de la dépression
- EPDS - Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg
- EPSM - l'Établissement Public de Santé Mentale
- FR - France
- GAD-2 - Trouble d'anxiété généralisée 2-item
- GiO - Pièce jointe en cours de développement
- GSE - Échelle d'auto-efficacité générale
- HEC - Health and Europe Centre
- HRA - Autorité de recherche en santé
- IHV - Institut des visiteurs de santé (Institute of Health Visiting)
- KCC - Conseil du comté de Kent
- Collège universitaire KdG - Karel de Grote Hogeschool
- KMPT - Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust (partenariat de soins sociaux et de santé du Kent et de Medway)
- MAAS - Échelle d'attachement maternel et prénatal
- MHSAS - Mental Health Seeking Attitude Scale (Échelle d'attitude face à la santé mentale)
- MHSIS - Échelle d'intention de recherche en santé mentale
- MPAS - Échelle d'attachement maternel postnatal
- NHS - Services de santé nationaux
- PAAS - Échelle d'attachement prénatal paternel
- PATH - Santé masculine périnatale
- PIMMHS - Professional Issues in Maternal Mental Health Scale (Échelle des problèmes professionnels en santé mentale maternelle)
- PMHCS - Service communautaire de santé mentale périnatale
- PMI - Maladie mentale périnatale
- PPAS - Échelle d'attachement postnatal paternel
- PSP GGZ - Spécialiste de la pratique des soins de santé mentale périnatale
- RSES - Échelle d'estime de soi de Rosenberg
- SCC - Conseil municipal de Southampton
- SPSS - Progiciel de statistiques pour les sciences sociales
- UA - Université d'Anvers
- UGent - Université de Gand
- Royaume-Uni - United Kingdom
- VBOV - Organisation professionnelle flamande des sages-femmes
- VOKA - Alliance des chambres d'entrepreneurs flamandes
- RV - Réalité virtuelle
- VSV - Partenariat obstétrique
- OMS - Organisation mondiale de la santé
- CCOMS - Centre collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale

Glossaire

- 2 Seas region - la région dans laquelle le projet était situé, autour de la mer du Nord et de la Manche (voir la carte)
- L'adaptation - la manière dont une personne gère les problèmes et stress
- Le(s) pair(s) - une personne ayant la même expérience ou une expérience similaire à celle de la personne recevant ou ayant besoin de soutien, qui fournit un soutien émotionnel et informatif. Le pair aidant n'est pas nécessairement un professionnel, mais plutôt un expert par expérience.
- Périnatalité - période entourant la naissance, des dernières semaines de la grossesse aux premières semaines du post-partum.
- Post-partum - période qui suit l'accouchement
- Prénatal - période avant la naissance, pendant la grossesse
- Réalité virtuelle - un environnement généré par ordinateur avec des scènes et des objets qui semblent réalistes.



Légende

-  Un effet positif a été démontré sur la base de l'évaluation avant et après la mesure.
-  Aucune différence n'a été constatée entre l'évaluation avant et après la mesure.
-  Un effet négatif a été démontré sur la base de l'évaluation avant et après la mesure.
-  Il n'y a pas eu de mesures ou pas assez de répondants pour montrer un effet.

Résumé

Une grossesse ou un nouveau bébé s'accompagnent d'une grande adaptation et de responsabilités. Les recherches montrent qu'une femme sur cinq dans la région des 2 Mers est confrontée à des symptômes dépressifs et/ou à l'anxiété pendant la grossesse et la première année post-partum (1). C'est ce qui a constitué le déclencheur initial du projet européen PATH. Dès son lancement en 2019, diverses initiatives ont été entreprises pour donner un coup de pouce aux futurs et tout nouveaux parents. L'objectif était de les aider à se préparer physiquement, socialement et mentalement aux nombreux changements qu'apporte une nouvelle famille.

Dans le cadre du projet européen PATH, un large éventail d'outils et de cours ont été développés à l'intention des parents, des professionnels et des employeurs. Toutes ces initiatives visent à préparer au mieux les parents aux montagnes russes émotionnelles de la parentalité. Le consortium PATH regroupe 13 partenaires de France, de Flandre (Belgique), des Pays-Bas et du Royaume-Uni. PATH a débuté fin mars 2019 et a reçu plus de 8 millions d'euros de financement européen par le biais du programme international Interreg 2 Mers. Tout le monde au sein de ce projet a ressenti le besoin de travailler à l'amélioration de la santé mentale périnatale et, surtout, beaucoup d'enthousiasme pour obtenir de grands résultats....

L'un des aspects importants du projet était le développement d'une plateforme numérique en ligne, [le hub en ligne](#). Celle-ci offre une mine d'informations pour soutenir à la fois les familles et les professionnels dans le domaine de la santé mentale périnatale. La plateforme comprend de nombreuses informations, des outils en ligne, des formations en ligne et des liens vers des formations. En outre, des formations en face à face ont également été développées pour différents groupes cibles dans les quatre différents pays.

Tous ces outils et formations ont été cartographiés en fonction de leur contenu et des participants des groupes cibles, et différents résultats ont été évalués à l'aide de mesures avant et après le projet. Ces mesures nous ont permis de décrire les données sociodémographiques des répondants, ainsi que les symptômes dépressifs, la stigmatisation de la santé mentale périnatale, les connaissances sur la dépression,



les sentiments d'anxiété... Grâce à cette évaluation, nous pouvons conclure que certaines formations et certains outils ont donné de bons résultats et ont donc atteint les objectifs prédéfinis, tels que : la réduction des symptômes dépressifs, la réduction de la stigmatisation et l'augmentation des connaissances et de la sensibilisation.

Dans l'ensemble, ce projet PATH a été une excellente occasion de faire connaître la santé mentale périnatale dans les quatre pays concernés. L'accent a été clairement mis sur les besoins des parents, des futurs parents et des professionnels, ce qui a permis de développer de nombreux outils et formations utiles, innovants et permettant d'élargir les connaissances.

Introduction



La grossesse et la parentalité sont des événements majeurs de la vie, impliquant des changements à la fois physiques et émotionnels. Si la période précédant et entourant la naissance de leur enfant est vécue par la plupart des gens comme une période amusante et excitante, pour d'autres c'est aussi souvent une période de stress, certains plus graves que d'autres. Le stress prénatal est souvent causé par les changements corporels et psychologiques, mais l'accouchement à venir, les ajustements familiaux, financiers et professionnels peuvent également être source de stress (1-5).

Les problèmes psychologiques survenant pendant la grossesse peuvent servir de prédicteur pour développer une dépression du post-partum (6-8). La dépression post-partum est l'une des affections les plus connues qui relèvent de la PMI. La PMI affecte à la fois la mère, son enfant, la famille et, par conséquent, la société tout entière. Au cours des mille premiers jours de l'enfant (de la grossesse à 2 ans), les bases du reste de la vie sont posées, en termes d'attachement, de développement social et émotionnel. "Si nous veillons à ce que nos enfants prennent un bon départ, nous créons une société plus saine", affirme Binu Singh, pédopsychiatre attaché au centre psychiatrique universitaire KU Leuven (9).

En outre, la maternité semble avoir un impact majeur sur l'équilibre de vie des mères. Il s'agit de l'équilibre entre le travail, la vie familiale et la santé physique et mentale. Un équilibre de vie positif est nécessaire pour se sentir en bonne santé physique, émotionnelle et sociale (10). Un équilibre de vie réduit est associé à un bien-être émotionnel réduit (11).

Dans la région des 2 Mers, il existe déjà une certaine sensibilisation aux formes graves de PMI. Les différents pays ont des approches différentes du problème, mais sa prévalence reste inchangée et il semble qu'il y ait de grands groupes de personnes présentant des symptômes légers et modérés. Les taux de PMI dans les quatre pays partenaires sont similaires et inchangés depuis des années, alors qu'ils sont nettement inférieurs dans d'autres parties de l'Europe. Les pays individuels n'ont pas réussi à s'attaquer au problème avec succès. Une approche plus large peut aider en apprenant les uns des autres, en partageant les expériences et en apprenant que ce qui peut fonctionner dans une région peut également être utile et pertinent pour une autre. Réunir différentes expertises, au-delà des frontières nationales, peut être une solution pour sensibiliser aux plaintes légères et modérées de la PMI et proposer des solutions appropriées.

01

Le Projet PATH

01

“Le projet PATH a été développé par co-crédation pour répondre au besoin commun des quatre pays partenaires de sensibiliser à la PMI et de fournir une solution aux personnes présentant des symptômes légers et modérés.”

Le projet est un partenariat transfrontalier avec 7 partenaires du Royaume-Uni (HEC, Devon Mind, SCC, KCC, IHV, KMPT, Bournemouth University), 1 partenaire des Pays-Bas (Maastad Hospital), 1 partenaire de France (EPSM Lille Métropole) et 4 partenaires de Flandre (Belgique) (AP Hogeschool Antwerp, Odisee Hogeschool, vzw GiO, KdG Hogeschool). Outre les partenaires du projet, il y a également 24 partenaires observateurs, impliqués à distance : 5 en Flandre, 7 en France, 5 aux Pays-Bas, 5 au Royaume-Uni, 1 en Grèce et 1 aux États-Unis. Le projet a débuté en février 2019 et s'est poursuivi jusqu'en décembre 2022.

PATH souhaitait contribuer à la prévention des formes légères et modérées de PMI et à la capacité de dépister et de soutenir efficacement les femmes, les familles et les soignants en matière de PMI. À cette fin, une approche holistique a été envisagée, élaborée en deux modules de travail, comprenant six résultats différents. Ces résultats sont constitués de diverses formations et interventions développées au sein de PATH. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des modules de travail et des résultats correspondants. Les différents partenaires ont donné leur propre interprétation de chaque résultat, en fonction du contexte et des besoins locaux, avec la contribution des autres partenaires. Un aperçu détaillé des différentes interventions et formations par pays est disponible à la section [résultats et expériences](#).

Les objectifs généraux du projet PATH qui ont été atteints sont les suivants :

- Développement d'une structure de santé holistique et inclusive : axée sur la demande et en collaboration avec les patients existants et les futurs/nouveaux parents.
- Soutenir les parents avant la naissance pour les préparer à leur nouveau rôle
- Grâce aux différents outils de PATH, dont les services en ligne anonymes, les femmes ont pu accéder au soutien de la manière qui leur convenait le mieux
- Amélioration des compétences des agents de santé afin qu'ils puissent traiter efficacement la PMI
- Un nouveau centre de soutien international multimédia a été développé, comprenant des jeux et des avatars, pour aider les familles à prendre conscience de la PMI et à la reconnaître, la prévenir et la surmonter.
- Des cours de formation PMI évalués scientifiquement (sur la base des meilleures preuves disponibles) visant à accroître les connaissances et à améliorer les compétences des soignants/employeurs/parents ont été élaborés et proposés.
- Une campagne multimédia pour sensibiliser et déstigmatiser la PMI
- Soutien par les pairs pour les nouvelles familles, renforcement de l'autonomie par le biais de la communauté élargie et des réseaux sociaux.
- Des soins/un soutien de la part de la communauté et des outils numériques pour le suivi de la PMI ont été proposés.
- Des outils d'aide et de soutien aux parents et futurs parents, aux soignants (étudiants), aux employeurs et au grand public ont été proposés
- Une compréhension collective du PMI a été créée au sein des 4 régions participantes.
- Une solution systémique de longue portée

Ces objectifs primordiaux ont été atteints dans le cadre de deux paquets de travail.

Le premier paquet de travail visait à concevoir, fournir et mettre en œuvre de nouveaux services en ligne durables dans le but de reconnaître précocement et de prévenir les symptômes légers et modérés de la PMI et de soutenir le bien-être mental des nouvelles familles. Cet objectif a été mis en œuvre par le biais de trois résultats.

— **Résultat 1 - Campagne multimédia pour sensibiliser et déstigmatiser la PMI :**

Dans le cadre du premier résultat, une campagne multimédia a permis de sensibiliser, reconnaître, prévenir et déstigmatiser la santé mentale périnatale. Ceci principalement auprès des parents et futurs parents, mais aussi auprès du grand public. Les différents pays partenaires ont abordé cette question de différentes manières.

Le groupe cible de la campagne multimédia était constitué de femmes enceintes et de nouveau-nés, de leur partenaire, de leur famille, de leurs amis et, par conséquent, de l'ensemble de la société.

— **Résultat 2 - un ensemble de ressources en ligne pour les professionnels de la santé et les employeurs :**

Dans le cadre de ce résultat, un ensemble de ressources en ligne a été développé dans le but de sensibiliser à la PMI afin d'aider les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les employeurs à reconnaître plus rapidement la PMI et à la déstigmatiser.

Le public cible de ces outils en ligne sont les professionnels de la santé et les employeurs qui sont en contact avec les femmes enceintes et les nouveau-nés et leurs familles.

— **Résultat 3 - une plateforme multimédia de soutien international pour aider les nouvelles familles à sensibiliser les parents et à reconnaître, prévenir et remédier à la PMI :**

L'objectif de ce produit est de développer, tester et mettre en œuvre une nouvelle plateforme multimédia en ligne sur laquelle les jeunes familles peuvent trouver l'aide nécessaire pour sensibiliser les parents à la PMI, prévenir la PMI et éventuellement la traiter.

Le public cible de cette plateforme est constitué des femmes enceintes et des femmes venant d'accoucher, de leurs partenaires et de leurs familles, des prestataires de soins et des employeurs qui sont en contact avec les femmes enceintes et, par conséquent, de l'ensemble de la société.

Le **deuxième paquet de travail** visait à développer, fournir et mettre en œuvre de nouvelles interventions en face-à-face durables. Ces interventions en face à face visent à sensibiliser à la PMI, à prévenir la PMI et à soutenir le bien-être mental des nouvelles et jeunes familles.

Compte tenu de la pandémie COVID-19, certains de ces produits ont été partiellement organisés en ligne, afin de respecter les mesures corona applicables localement.

— **Résultat 4 - Sessions de soutien pour les nouvelles/jeunes familles :**

L'objectif de ce projet était de développer, d'organiser et de mettre en œuvre une série de sessions en direct pour soutenir les jeunes familles. En promouvant la parentalité préparée dans ces sessions, le projet visait à sensibiliser à la PMI, à aider les parents à reconnaître et à prévenir la PMI plus rapidement et donc à réduire la PMI. De plus, ce résultat visait à augmenter l'auto-efficacité des parents, à les aider à chercher de l'aide plus rapidement, à augmenter la résilience et à promouvoir l'attachement périnatal.

Le groupe cible de ce projet était composé de femmes enceintes ou venant d'accoucher et de leurs partenaires.

— **Résultat 5 - cours de formation en face à face pour les professionnels de la santé :**

L'objectif de ce projet était de développer, d'organiser et de mettre en œuvre une série de sessions en direct pour soutenir les professionnels de santé (étudiants) qui sont en contact avec de jeunes familles. Ces sessions visaient à augmenter la confiance en soi des professionnels de santé (étudiants) pour reconnaître la PMI, référer si nécessaire et avoir des conversations sur la PMI.

Le groupe cible de cette production était constitué de professionnels de la santé (étudiants) qui sont en contact avec de jeunes familles.

— **Résultat 6 : formation au soutien par les pairs et réseau de groupes de soutien intergénérationnels :**

L'objectif de ce produit était de développer, de conduire et de mettre en œuvre une formation pour les pairs qui soutiennent les nouvelles familles et de développer un réseau de soutien intergénérationnel dans la communauté. Le projet visait à déployer et à créer des pairs supporteurs formés qui se sentent suffisamment confiants pour interagir avec les jeunes familles, reconnaître la PMI et référer les jeunes familles si nécessaire.

Ce groupe cible se composait de personnes proches des jeunes familles qui pouvaient agir en tant que pairs supporteurs (non expérimentés).

02

Évaluation des méthodes

02

La méthode d'évaluation et la manière dont les données ont été collectées ont été déterminées en fonction des différents résultats à atteindre qui ont été prédéfinis dans ce projet. La méthode d'évaluation a été présentée lors des différentes réunions transfrontalières et des réunions du groupe de pilotage au début du projet afin d'obtenir le soutien de l'ensemble du groupe PATH. Des questionnaires en ligne ont été utilisés pour évaluer les différents résultats dans les différents groupes cibles : (i) les mères et les futures mères et leurs (ii) partenaires (pères, co-parents, co-mères), (iii) les employeurs, (iv) les soignants et (v) les supporters (pairs ou copains). L'approbation éthique a été accordée (SHW_19_34) par l'UA le 9 octobre 2019 et les informations ont été recueillies de novembre 2019 à juillet 2022.

Pour le Royaume-Uni, des autorisations éthiques distinctes ont été accordées par la HRA le 9 septembre 2021 (IRAS project ID : 297553) et le 13 mai 2022 (IRAS project ID : 308882).

Collecte d'informations

Les données ont été collectées aux Pays-Bas, en Flandre et au Royaume-Uni. Le recrutement des répondants a eu lieu par le biais des réseaux du projet et des partenaires du projet et des partenaires observateurs, des étudiants sages-femmes, des affiches, des bannières, des dépliants, des sites web, des médias sociaux (par exemple Twitter®, LinkedIn®, Facebook®, Instagram®), des journées d'étude, des conférences, des initiatives locales en matière de santé mentale et des médias (journaux, télévision et radio locales) et pendant les activités des partenaires du projet, ceci par les partenaires eux-mêmes. Des liens et des QR codes vers les questionnaires ont été distribués par les partenaires du projet et les partenaires observateurs. Les personnes des différents groupes cibles ont participé volontairement au questionnaire, pouvaient mettre fin

à leur participation à tout moment et ont donné leur consentement préalable via un formulaire de consentement éclairé en ligne.

Les données ont été recueillies avant et après l'utilisation d'une intervention ou d'une formation développée par PATH (à l'aide d'une mesure préalable et d'une mesure postérieure). Des questionnaires existants et validés, en anglais et en néerlandais, associés au thème principal " santé mentale et bien-être périnatal " et à ses résultats associés ont été utilisés. L'utilisation cohérente des mêmes questionnaires parmi les différents groupes cibles a permis des comparaisons efficaces des résultats. Des données sociodémographiques et personnelles ont été recueillies auprès de chaque groupe cible, sur la base de recherches antérieures menées pour étudier les déterminants et les effets d'interventions et de composantes d'intervention multiples (en interaction) (12-15).

Questionnaires

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des questionnaires utilisés dans les différents groupes cibles et paquets de travail :

- Le questionnaire de **Whooley** permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire se compose de 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins une question est considérée comme un test positif (16).
- L'**EPDS** permet de dépister la présence éventuelle de symptômes dépressifs. Le questionnaire comprend 10 items avec 4 options de réponse (0-3), parmi lesquelles le répondant choisit la réponse la plus proche de ce qu'il a ressenti au cours de la semaine passée. Le score est compris entre 0 et 30, plus le score est élevé, plus le répondant est susceptible de développer des symptômes dépressifs (17).
- Le **GAD-2** est un outil de dépistage du trouble anxieux généralisé, court et facile à mettre en œuvre. Le questionnaire se compose de 2 questions qui sondent les sentiments d'anxiété du répondant au cours des 2 dernières semaines. Il y a 4 options de réponse allant de 0 (pas du tout) à 3 (presque tous les jours). Un score de 3 ou plus aux deux questions est considéré comme un test positif (18).
- Le **DSS** mesure les attitudes des personnes à l'égard de la dépression. Le questionnaire est divisé en 2 fois 9 questions, la première partie portant sur la mesure dans laquelle les personnes elles-mêmes ont des attitudes stigmatisantes envers les personnes dépressives (stigmate personnel). La deuxième partie des questions porte sur la mesure dans laquelle les personnes pensent que les autres membres de la société ont des attitudes stigmatisantes envers les personnes dépressives (stigmate social). Il s'agit d'une échelle de Likert en 5 points, avec une fourchette de 18 à 90 pour l'échelle complète et de 9 à 45 pour les sous-échelles. Un score total plus élevé indique des niveaux plus élevés de stigmatisation (19).
- Le **DLQ** mesure les connaissances sur la dépression et se compose de 22 items qui sont vrais ou faux. Le répondant peut noter chaque item avec l'une des trois options suivantes : vrai, faux ou ne sait pas. Chaque réponse correcte rapporte un point. Des

scores plus élevés indiquent une meilleure connaissance de la santé mentale concernant la dépression (19,20).

- Le **MAAS** est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 19 questions permettant d'évaluer le lien mère-enfant pendant la période prénatale. Chaque question est notée de 1 à 5, les scores les plus élevés reflétant un lien plus fort. Le score total est calculé en déterminant la somme de tous les items, il varie de 19 à 95 (21).
- Le **MPAS** est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 19 questions permettant d'évaluer le lien mère-enfant pendant la période postnatale. Chaque question est notée de 1 à 5, les scores les plus élevés reflétant un attachement plus fort. Le score total est calculé en déterminant la somme de tous les items, il varie de 19 à 95 (22).
- Le **PAAS** est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 16 questions permettant d'évaluer le lien entre le père et l'enfant pendant la période prénatale. Chaque question est notée de 1 à 5, les scores les plus élevés reflétant un attachement plus fort. Le score total est calculé en additionnant tous les items, il varie de 19 à 80 (21).
- Le **PPAS** est un questionnaire d'auto-évaluation composé de 19 questions permettant d'évaluer le lien entre le père et l'enfant pendant la période postnatale. Chaque question est notée de 1 à 5, les scores les plus élevés reflétant un attachement plus fort. Le score total est calculé en déterminant la somme de tous les items, il varie de 19 à 95 (23).
- Le **BRS** a été développé pour évaluer le niveau de résilience. Les 5 affirmations sont répondues sur une échelle de Likert allant de 1 (totalement en désaccord) à 5 (totalement d'accord). Plus le score est élevé, plus la résilience est importante (24).
- L'**ETSM** mesure l'évaluation globale des répondants quant à la recherche d'aide auprès d'un professionnel de la santé mentale lorsqu'ils sont confrontés à un problème de santé mentale. Le questionnaire est composé de 9 items qui peuvent être notés de 1 à 7. Un score plus élevé indique une attitude plus positive à l'égard de la recherche d'aide (25).
- Le **MHSIS** mesure l'intention des répondants de demander de l'aide à un professionnel de la santé mentale s'ils avaient un problème de santé mentale. L'instrument de mesure se compose de 3 items qui peuvent être notés de 1 à 7. Un score plus élevé indique une plus grande intention de demander de l'aide (26).
- Le **RSES** est une échelle de 10 items qui mesure l'estime de soi/la valeur personnelle globale en sondant les sentiments positifs et négatifs. Les réponses à tous les items sont données sur une échelle de Likert allant de 1 (totalement d'accord) à 4 (totalement en désaccord). Dans l'analyse, les scores des items 2, 5, 6, 8 et 9 ont été inversés. Les scores de tous les items ont été additionnés et des scores plus élevés ont indiqué une meilleure estime de soi (27).
- Le **PIMMHS** est un questionnaire en 10 points qui identifie les besoins de formation des prestataires de soins de naissance en matière de santé mentale maternelle. Le répondant choisit parmi les options de réponse : fortement en désaccord - en désaccord - en accord - fortement en accord (28).
- L'**EGE** est un questionnaire en 10 points qui mesure l'auto-efficacité (auto-évaluation). Les 10 questions sont notées sur une échelle de Likert allant de 1 (complètement incorrect) à 4 (complètement correct). Le score total est calculé en additionnant tous les

items. Pour l'EGE, le score total varie entre 10 et 40, un score plus élevé indiquant une plus grande auto-efficacité (29).

** Ils n'ont pas tous été déployés simultanément, mais se sont concentrés sur les différents résultats des différents paquets de travail et activités.*

Impact de la pandémie de COVID-19

Au début de la pandémie COVID-19 (2020), quatre questions concernant l'impact de COVID-19 ont été ajoutées aux différents questionnaires. Les affirmations suivantes étaient affichées et les participants pouvaient les noter de 1 (aucun impact) à 10 (impact élevé). Les moyennes de ces notes ont été affichées dans chaque cas.

- Le coronavirus a un effet sur mes pensées.
- Le coronavirus a un effet sur mon état d'esprit (bien-être, santé mentale).
- Le coronavirus a un effet sur mon comportement.
- Le coronavirus a un effet sur ma santé physique.

Work package 1 - services en ligne

Concevoir, fournir et mettre en œuvre des services en ligne durables pour accroître la reconnaissance et la prévention de la santé mentale périnatale et soutenir le bien-être mental des nouvelles familles.

- **Objectifs :**
 1. Sensibilisation à la PMI (parmi toutes les parties prenantes)
 2. Reconnaître, prévenir, faire face et (auto-)gérer la PMI (chez les mères et les futures mères : toutes les femmes, les femmes vulnérables à la PMI et les femmes atteintes de PMI)
 3. Déstigmatiser la PMI (y compris l'auto-stigmatisation, la stigmatisation sociale et la discrimination/l'étiquetage) (parmi toutes les parties prenantes)
 4. Retour réussi des mères au travail après un congé de maternité ou retour (précoce) réussi après une absence de congé
 5. Atteindre 600 000 personnes concernées dans la région Interreg 2 Mers

- **WP1.1 Campagne multimédia**

Élaborer, tester et déployer une campagne multimédia pour sensibiliser à la PMI, lutter contre sa stigmatisation et promouvoir la parentalité préparée.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION :

1. Connaissance du PMI

2. Reconnaissance et prévention de la PMI
3. Déstigmatisation de la PMI
4. Nombre de personnes atteintes

PUBLIC CIBLE :

- Femmes enceintes
- Femmes en post-partum (entre 6 semaines et 1 an après l'accouchement)
- Partenaires (de femmes enceintes ou en post-partum)
- **WP1.2 Services en ligne - professionnels de la santé et employeurs**

Développer, tester et fournir une série de ressources en ligne pour les professionnels de la santé et les employeurs.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION :

1. Connaissance du PMI
2. Reconnaissance du PMI
3. Déstigmatisation de la PMI

PUBLIC CIBLE :

- Travailleurs humanitaires (par exemple : sages-femmes, infirmières, médecins, ...)
- Employeurs
- **WP1.3 Services en ligne - parents et futurs parents**

Développer, tester et déployer un nouveau centre de soutien en ligne et international pour aider les nouvelles familles à développer une conscience parentale et à reconnaître, prévenir et surmonter la PMI.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION :

1. Mettre en avant le PMI
2. Reconnaissance du PMI
3. Déstigmatisation de la PMI
4. Prévenir et/ou réduire le PMI

PUBLIC CIBLE :

- Femmes enceintes
- Femmes en post-partum (entre 6 semaines et 1 an après l'accouchement)
- Partenaires (de femmes enceintes ou en post-partum)

Work package 2 - Services en face à face

Concevoir, fournir et mettre en œuvre de nouveaux services durables en face à face pour accroître la reconnaissance et la prévention de la PMI et soutenir le bien-être mental des nouvelles familles.

— WP 2.1 Services en face à face - parents et futurs parents

Concevoir, tester et intégrer une série de sessions de soutien pour 4 000 nouvelles familles dans des groupes mixtes de femmes enceintes et de parents.

OBJECTIFS :

1. Accroître l'autonomie de la mère et de son partenaire pendant la grossesse
2. Accroître l'autonomie de la mère et de son partenaire pendant les premières années de la vie parentale
3. Améliorer la sensibilisation et la reconnaissance de la PMI (symptômes) par la mère et son partenaire
4. Sensibiliser la mère et son partenaire à l'impact de la PMI sur la (nouvelle) cellule familiale
5. Améliorer le comportement des mères en matière de recherche d'aide pour la PMI
6. Augmentation de l'attachement périnatal (prénatal et postnatal)
7. Augmentation de la résilience vécue par la mère et son voisin significatif
8. Réduire le PMI, le stress familial et le stress parental

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION :

1. L'autonomie des parents
2. Reconnaissance du PMI
3. Niveaux de PMI
4. Résilience
5. Nombre de personnes atteintes

PUBLIC CIBLE :

- Femmes enceintes
- Femmes en post-partum (entre 6 semaines et 1 an après l'accouchement)
- Partenaires (de femmes enceintes ou en post-partum)

— WP2.2 Services en face à face - professionnels de la santé

Développer, tester et déployer des cours de formation en face à face pour les professionnels de la santé.

OBJECTIFS :

1. Confiance accrue des professionnels dans la reconnaissance de la PMI (symptômes)
2. Renforcement de la confiance des professionnels dans l'orientation vers un soutien pertinent.
3. Augmentation de la reconnaissance du PMI par les professionnels
4. Augmentation de l'offre de ressources de soutien et d'accompagnement par les professionnels
5. Sentiment d'augmentation de la confiance dans les conversations sur la PMI par les professionnels
6. Augmentation de l'autonomie des professionnels

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION :

1. Confiance des prestataires de soins de santé dans la reconnaissance de la PMI (symptômes)
2. Confiance des professionnels de la santé dans l'orientation vers les sources de soutien pertinentes.
3. Confiance en soi dans les conversations sur la PMI
4. Des professionnels de la santé formés
5. Nombre de réunions

PUBLIC CIBLE :

- Travailleurs humanitaires (par exemple : sages-femmes, infirmières, médecins, ...)
- **WP2.3 Services en face à face - soutien par les pairs**

Développer, tester, déployer et intégrer des formations pour les pairs supporteurs et un réseau de soutien communautaire intergénérationnel.

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION :

1. Confiance des pairs supporteurs dans la reconnaissance de la PMI (symptômes)
2. Confiance des pairs supporteurs dans l'orientation vers les sources d'aide pertinentes.
3. Soutien par des pairs formés
4. Contacts personnels avec les (futurs) parents
5. Nombre de réseaux/groupes communautaires

PUBLIC CIBLE :

- Soutien par les pairs

Analyse des données

SPSS® version 25.0 a été utilisé pour analyser les données. Des analyses descriptives sont effectuées en ce qui concerne les données sociodémographiques ou personnelles et les scores des questionnaires respectifs (taux de prévalence). Les résultats sont présentés de manière descriptive au sein de chaque sous-ensemble de travail national.

Évaluation France

Comme le partenaire français n'a rejoint le projet que plus tard, il n'a pas été possible d'adhérer à la méthodologie d'évaluation décrite ci-dessus. Le partenaire français a effectué lui-même l'évaluation de ses interventions et formations et a rédigé un rapport à ce sujet. Ce rapport a été inclus dans la section Résultats et expériences ([Rapport France](#)).

03

Résultats et expériences

03

PATH en quelques chiffres

- **La campagne multimédia a permis de toucher plus de 50 millions de personnes au sein de la population globale.**
- **Plus de 440 employeurs ont reçu des informations et des formations**
- **Plus de 7700 mères et futures mères ont utilisé les outils en ligne de PATH.**
- **Plus de 7 000 prestataires de soins de santé et employeurs touchés par des séances d'information et de formation.**
- **Plus de 450 pairs soutien atteints**
- **Plus de 150 000 visiteurs sur le hub en ligne**
- **Plus de 30 000 personnes touchées par le spécial PATH du magazine VROEG**

Les résultats sont maintenant examinés par produit et par pays. Les principaux résultats des pré- et post-mesures sont présentés ici. Pour plus d'informations et d'analyses descriptives, les annexes peuvent être consultées.



Dans l'ensemble, pour toutes les réalisations de PATH, tout le monde était le bienvenu à condition de faire partie du groupe cible - indépendamment du sexe, de l'origine, de l'âge, du handicap... Les partenaires ont fait connaître les différentes réalisations de différentes manières afin d'atteindre la société au sens large. Ce faisant, nous avons atteint des objectifs suffisants :

- Inclusion des différentes cultures et communautés
- Garantir l'égalité et la non-discrimination dans l'accès aux outils et aux services
- Sélection des participants et des utilisateurs sur une base non-discriminatoire

PATH Output 1: Campagne multimédia de sensibilisation et de déstigmatisation de la PMI.

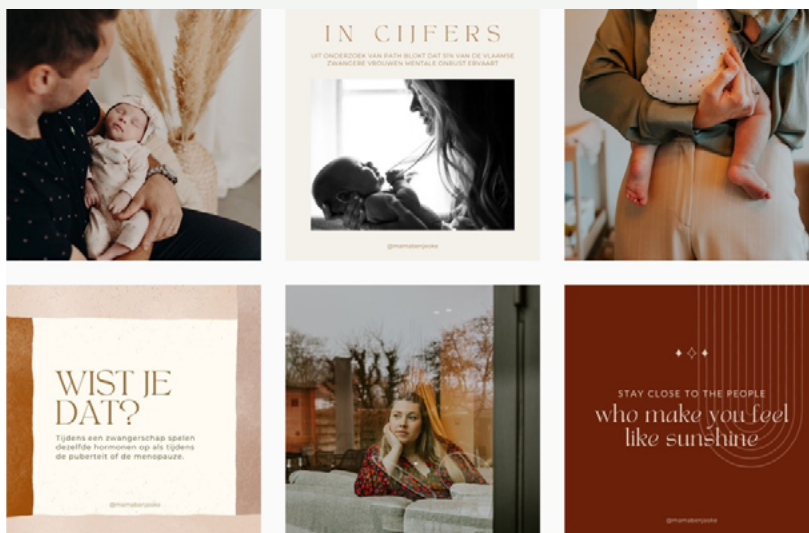
Au total, nous avons touché un nombre important de personnes avec la campagne multimédia en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Vous trouverez ci-dessous un aperçu de la campagne multimédia dans les trois différents pays.

Flandre, Belgique

Cette campagne a été élaborée et mise en œuvre par l'université des sciences appliquées KdG et a été lancée en janvier 2022. La campagne multimédia a été principalement menée par le biais des médias sociaux en utilisant la page [Page Instagram "Maman, ça va ?"](#). Celle-ci a employé la stratégie des "médias payants" et utilisé des publicités. Un article a également été publié dans un magazine en ligne populaire destiné aux mères et aux futures mères. Grâce à la campagne sur Instagram, des témoignages de jeunes parents ont été postés, ainsi que des aperçus de recherches antérieures, complétés par des conseils et astuces. Cette campagne s'adressait aux femmes enceintes, aux femmes dans la première année après l'accouchement, à leurs partenaires et à leur entourage.



Le compte Instagram "Mum are you okay?" comptait 1040 followers.



Instagram 'Mama ben je oké'

En Flandre, 1506 mères et futures mères et leurs partenaires ont participé à la **prémesure** de ce work package. 92,1% étaient des mères et des futures mères, 7,9% étaient des partenaires. La moitié des participantes (51,5 %) ont rempli le questionnaire pendant leur grossesse. En moyenne, elles étaient enceintes de 24 semaines. Les participantes qui ont rempli le questionnaire après l'accouchement (48,5%) l'ont fait en moyenne 22 semaines après l'accouchement. Parmi les femmes enceintes qui ont rempli le questionnaire avant l'accouchement, une sur trois présentait un risque accru de développer des symptômes dépressifs. Parmi les femmes qui ont rempli le questionnaire après l'accouchement, cette proportion était d'environ une sur cinq. Parmi les partenaires, une différence a pu être observée entre les partenaires masculins et féminins. 12,8% des partenaires masculins et 32,5% des partenaires féminins présentaient un risque accru de développer des symptômes dépressifs. Outre les symptômes dépressifs, la stigmatisation, tant personnelle que sociale, a également été examinée. Lors de la mesure préalable, la stigmatisation personnelle s'est avérée inférieure à la stigmatisation sociale. Cela peut signifier que les participants avaient le sentiment d'avoir eux-mêmes des pensées moins stigmatisantes sur certains sujets que la population générale.

La **post-mesure** a été remplie par 244 participants en Flandre. Le questionnaire a été distribué en même temps que la campagne multimédia. Une fois encore, la majorité des participants étaient des mères et des futures mères (92,2%). Parmi les femmes enceintes qui ont rempli le questionnaire après avoir vu la campagne, la probabilité de développer des symptômes dépressifs était plus élevée que parmi celles qui avaient rempli le questionnaire avant le début de la campagne. La probabilité de développer des symptômes dépressifs chez les mères et les partenaires au cours de la première année après l'accouchement est restée inchangée après avoir vu la campagne.

Si l'on compare la mesure avant la campagne à la mesure après la campagne, on constate que la stigmatisation a diminué. En outre, la composante "reconnaissance et sensibilisation" a également été abordée dans cette campagne multimédia. Les nombreuses réponses aux témoignages postés sur la page Instagram© " Maman, ça va ? " en sont la preuve :

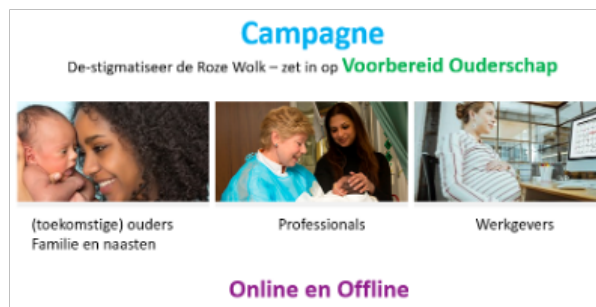
"Je suis contente que vous l'ayez envoyé car il va plaire à beaucoup de mamans. Suis contente que tu l'aies envoyé parce que ça va faire plaisir à beaucoup de mamans de voir qu'elles ne sont pas seules avec ces sentiments, tout comme je le vis avec ce témoignage."

"Ce n'est pas grave si ça ne va pas pendant un moment. C'est tellement important d'exprimer ses sentiments, de s'ouvrir, et surtout de ne pas les mettre en bouteille, car les débuts de la maternité sont trop beaux pour ne pas en profiter !"

Pour plus d'informations et d'analyses descriptives, voir Annexe 1.1 - Flandre, Belgique (Tableau 1).

Pays-Bas

Le contenu de la campagne néerlandaise a été élaboré à partir des résultats de recherches, telles que la littérature, les questionnaires, les entretiens, les groupes de discussion. Différentes stratégies ont été appliquées dans le cadre de cette campagne multimédia. En ligne, le travail a été effectué par le biais des médias sociaux (Facebook®, Instragram®, LinkedIn®) et du site web MattieClick. En outre, grâce à un Plan-the-campagne, un flux continu de publications, de communiqués de presse, de podcasts, d'interviews radiophoniques et d'informations a été généré pour déstigmatiser le nuage rose dans les soins de naissance en rendant la santé mentale discutable. Nombre de ces produits sont disponibles sur le site [Centre en ligne des Pays-Bas](#). La campagne a été lancée le 8 juin 2021.



Aux Pays-Bas, 311 mères et futures mères et leurs partenaires ont participé à la **prémessure** de ce work package. 83,0 % étaient des mères et des futures mères, les 17,0 % restants étant des partenaires. Un peu plus de la moitié (55,6 %) des participantes ont rempli le questionnaire pendant leur grossesse. Elles étaient en moyenne enceintes de 25 semaines. Pendant la grossesse, le risque de développer des symptômes dépressifs était d'environ 1 sur 3. Au cours de la première année après l'accouchement, la probabilité était d'environ 1 sur 5. Parmi les partenaires, une différence a été observée entre les partenaires masculins et féminins. 22,6% des partenaires masculins et 36,4% des partenaires féminins présentaient un risque accru de développer des symptômes dépressifs. La stigmatisation personnelle s'est avérée plus élevée que la stigmatisation sociale. Cela peut signifier que les participants avaient le sentiment d'avoir eux-mêmes des pensées plus stigmatisantes sur certains sujets que la population générale.

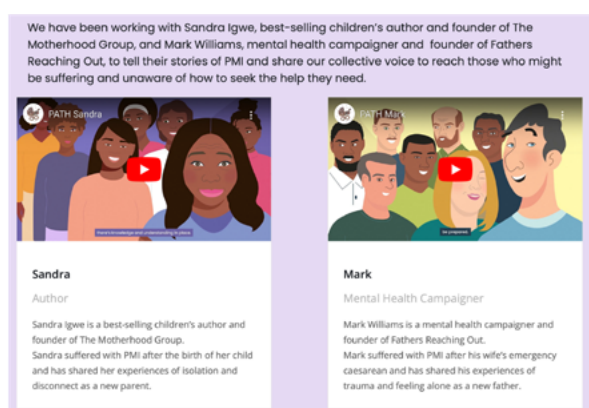
Aux Pays-Bas, 166 mères et futures mères ainsi que leurs partenaires ont participé à la **post-messure** de ce work package. Elles ont donc rempli le questionnaire après avoir été en contact avec la campagne multimédia. Là encore, la majorité des répondants étaient des mères et des futures mères (92,8 %). Environ une femme sur cinq présentait un risque accru de développer des symptômes dépressifs, tant pendant la grossesse qu'au cours de la première année après l'accouchement.

Il semble donc que la probabilité de développer des symptômes dépressifs chez les femmes qui ont vu la campagne soit inférieure à celle des femmes qui ne l'ont pas vue, et que l'un des objectifs de la campagne multimédia, à savoir la réduction des symptômes dépressifs, ait été atteint. Aucune différence n'a été montrée parmi les partenaires. Si l'on compare la mesure avant la campagne à la mesure après la campagne, on constate que la stigmatisation globale, ainsi que la stigmatisation personnelle, ont diminué.

Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 1.2 - Les Pays-Bas (tableau 2).

Royaume-Uni

La campagne multimédia a été créée et organisée par KMPT en collaboration avec Four Health. L'agence Four Health a développé la campagne sur la base d'une étude de marché concernant les expériences des parents et futurs parents dans le cadre du thème PMI. La campagne a été lancée en mai 2021 et a été diffusée par différents canaux : principalement les médias sociaux (campagne en ligne Four Health), 250 pharmacies (distribution de sacs de pharmacie PATH lors de la vente de produits pour bébés sélectionnés), 8 maternités (affichage de posters PATH), des bulletins d'information, des interviews à la télévision et à la radio. Un grand nombre de ces produits peuvent être trouvés sur [ROYAUME-UNIs centre en ligne](#) - y compris le [campagne sur les médias sociaux avec Sandra et Mark](#). Au total, plus de 40 millions de personnes ont été touchées au Royaume-Uni.



Au Royaume-Uni, 902 mères ou futures mères et leurs partenaires ont participé à la **pré-mesure** de ce work package. La plupart d'entre elles étaient des mères en période prénatale ou avec un enfant de moins d'un an. Parmi les femmes enceintes, le risque de développer des sentiments dépressifs était d'environ 1 sur 2. Parmi les femmes dans la première année après l'accouchement, cette probabilité était d'environ 1 sur 4. Il a été constaté que la stigmatisation personnelle était inférieure à la stigmatisation sociale. Ainsi, elles se considéraient comme moins stigmatisantes (c'est-à-dire plus tolérantes) par rapport à leur perception de la population générale.

Au Royaume-Uni, 247 mères ou futures mères et leurs partenaires ont participé à la **post-mesure** de ce work package. Elles ont donc rempli le questionnaire après avoir vu la campagne multimédia. Ces répondants étaient également principalement des mères. Dans le cadre de ce résultat, aucun effet de la campagne multimédia sur la réduction des symptômes dépressifs n'a pu être démontré. De même, en termes de stigmatisation, aucun effet n'a été démontré à l'aide des questionnaires.

Cependant, la campagne multimédia a été accueillie très positivement et les réactions ont été élogieuses. La campagne a également été nominée dans la catégorie finaliste pour le PM Society Digital Award 2022 dans la catégorie "Associations caritatives, associations de patients et NHS".

Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 1.3 - Royaume-Uni (tableau 3).

Résumé de la sortie 1

Plus de 50 millions de personnes ont été touchées par ce premier résultat. Sur la base des questionnaires, du nombre de personnes touchées et de l'impact des campagnes dans les différents pays, on peut dire que les objectifs primordiaux ont été atteints dans le cadre de ce produit :

- Développer une campagne multimédia pour sensibiliser et déstigmatiser la PMI
- Créer une compréhension collective du PMI



PATH Output 2: un ensemble de ressources en ligne pour les professionnels de la santé et les employeurs.

Flandre, Belgique

En Flandre, des outils (en ligne) ont été développés tant pour les prestataires de soins dans le cadre de la périnatalité que pour les employeurs impliqués dans l'organisation (quotidienne) autour de la femme enceinte et de l'employé qui vient d'accoucher.

En collaboration avec l'Odisee Hogeschool, l'AP Hogeschool Antwerp a développé un programme d'apprentissage en ligne sur la santé mentale périnatale. e-learning sur la santé mentale périnatale. Cet e-learning se compose de 13 modules thématiques destinés aux prestataires de soins (étudiants) dans le domaine des soins mère-enfant. Outre l'aspect théorique du bien-être mental périnatal, des conseils pratiques sont fournis pour aborder ce sujet avec les parents. L'accent est également mis sur la manière d'orienter les parents si nécessaire. Les soignants peuvent suivre cette formation en ligne gratuitement et à leur propre rythme. Après avoir suivi l'intégralité de l'e-learning, ils reçoivent un certificat correspondant à 10 heures de formation.

Déjà 463 soignants se sont inscrits pour participer à cet e-learning. 130 d'entre eux ont terminé l'e-learning et ont déjà reçu un certificat. L'apprentissage en ligne a été bien accueilli par les étudiants et les professionnels du secteur.



"J'ai trouvé la formation en ligne très instructive. La façon dont les informations ont été transmises était très claire. La combinaison de powerpoint et de vidéo a rendu le tout très facile à suivre."

"J'ai trouvé qu'il s'agissait d'une formation en ligne très intéressante dont le contenu devrait, selon moi, être connu au minimum de chaque prestataire de soins de santé, pour une prestation de soins sûre."

"C'était un e-learning très instructif, en particulier les conseils pratiques ont été les plus intéressants pour moi en tant qu'infirmière de maternité, de cette façon, je peux espérer faire un peu plus pour mes familles dans le domaine du travail où je rencontre cela assez souvent. Merci beaucoup!"

En plus de l'apprentissage en ligne, l'enseignement a eu lieu dans le cadre du programme de maîtrise en soins infirmiers et sage-femme à l'UA dans la composante d'enseignement " La sage-femme dans la société de soins de santé d'aujourd'hui " (année universitaire 2020/2021 et 2021/2022). L'enseignement a porté sur la prévalence, la prévention universelle et la prévention indiquée (dépistage des risques), y compris l'intervention What's Up Mama (voir le résultat 3 : [Flandre, Belgique](#)). L'évaluation des étudiants a été positive.

En outre, la Odisee Hogeschool a développé plusieurs outils pour les employeurs en collaboration avec un étudiant en master de l'UGent. Ces outils se composaient d'un [liste de contrôle pour les employeurs](#), a [plan de contact "Grossesse](#), a [plan de contact 'Welcome Back'](#). En outre, un événement live "Bien-être mental et bien-être des (futurs) parents sur le lieu de travail" a été organisé pour les employeurs, les cadres et les services de prévention en collaboration avec l'organisation patronale flamande VOKA. La liste de contrôle permet de se renseigner sur la santé mentale des (futurs) parents sur le lieu de travail. La liste de contrôle comprend des chiffres et des faits, des signes de réduction du bien-être émotionnel et mental, des conseils pour discuter du bien-être mental et des liens utiles à consulter. Le plan de contact "Grossesse" est un outil permettant d'aborder diverses questions relatives à la grossesse avec l'employée. Divers aspects sont abordés, notamment l'analyse des risques, les examens prénataux, le début du congé de maternité, le transfert des tâches, la communication pendant le congé de maternité et le retour au travail. Le plan de contact "Welcome back" est un outil permettant de discuter du retour au travail. Différents aspects sont abordés tels que les principaux changements dans l'organisation, l'analyse des risques, les pauses d'allaitement, l'administration et la combinaison travail-famille. Le tout dans le but de sensibiliser les employeurs à la santé mentale périnatale des employés. En outre, ces outils visent également à accroître les connaissances et à offrir des outils pour apporter un soutien efficace à leurs employés. Le contenu de ces outils a été développé en collaboration avec des partenaires britanniques et basé sur des entretiens avec des parents et futurs parents, des employeurs et des services de prévention en Flandre.

Les outils ont été évalués par des employeurs et des managers quant à leur exhaustivité, leur pertinence, leur facilité d'utilisation et leur valeur ajoutée via un mémoire de maîtrise (UGent).



En Flandre, 425 répondants ont participé à la **pré-mesure** de ce work package. La grande majorité d'entre eux étaient des soignants (94,4 %). Ces soignants étaient principalement des (étudiants) sages-femmes et des infirmières, tant dans les soins

de première que de deuxième ligne. Ce questionnaire sondait les connaissances sur la dépression. Les connaissances étaient notées à l'aide d'affirmations. Il s'agissait de savoir si les répondants jugeaient l'affirmation juste ou fausse ou s'ils ne connaissaient pas la réponse. On a également examiné la stigmatisation, tant personnelle que sociale. Le score moyen de la stigmatisation personnelle est inférieur à celui de la stigmatisation sociale. Ainsi, les soignants flamands évaluent moins bien leur propre comportement stigmatisant que la population générale.

Lors de la **post-mesure**, 109 répondants ont participé. Il s'agissait principalement de soignants, à savoir des sages-femmes (étudiantes) et des infirmières.

Aucun effet n'a été montré en termes de connaissance de la dépression. La stigmatisation a également été examinée, tant la stigmatisation personnelle que la stigmatisation sociale. Le score moyen de la stigmatisation personnelle était plus bas que celui de la stigmatisation sociale, mais étaient similaires aux scores de la prémesure.

Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 2.1 - Flandre, Belgique (tableau 4).

Pays-Bas

L'hôpital Maasstad a travaillé avec MattieClick et Okibo dans le cadre de ce projet. D'une part, ils ont développé un e-learning '[Système intégral de soins aux enfants](#) pour le personnel soignant sur la santé mentale périnatale. Il s'agit d'un cours de 8 heures d'apprentissage en ligne combiné à une formation pratique d'une journée. Ce cours a été suivi par 138 prestataires de soins.

D'autre part, un [apprentissage en ligne](#) a également été [développé pour les employeurs](#) composé de 3 modules et lié à un cours de formation pratique. Le cours en ligne couvre à la fois les situations de travail dangereuses pendant la grossesse ou le retour au travail et les effets du traitement hormonal en vue d'un désir de parentalité. Dans un autre cours, les employeurs sont formés à reconnaître les signes indiquant qu'un employé risque d'être surmené. Une intervention immédiate lorsque ces signaux sont remarqués peut prévenir l'absentéisme à long terme. En plus de ce cours, une formation pratique a été développée. Elle est soutenue par du matériel visuel et des messages audio. Des outils ont également été créés pour que les employés puissent indiquer ce dont ils ont besoin pour fonctionner correctement. Un exemple est un e-learning sur la stigmatisation des problèmes de santé mentale dans les soins de naissance. Au total, 25 employeurs ont été formés.



Outre l'apprentissage en ligne, elle a également utilisé des podcasts, des blogs et un documentaire pour sensibiliser les professionnels de la santé et les employeurs. Nombre de ces produits se trouvent sur le site [hub en ligne des Pays-Bas](#). Enfin, les prestataires de soins et les employeurs pouvaient s'y rendre pour obtenir toutes sortes d'informations sur la santé mentale périnatale et être orientés vers les outils en ligne. Ce site web a touché quelque 758 prestataires de soins et 417 employeurs aux Pays-Bas. ✓

Aux Pays-Bas, 351 répondants ont participé à la **pré-mesure** de ce work package. La grande majorité d'entre eux étaient des soignants (98,0 %). Ces soignants étaient principalement des sages-femmes et des infirmières, tant en première qu'en deuxième ligne. Le score moyen de la stigmatisation personnelle est inférieur à celui de la stigmatisation sociale. Ainsi, le travailleur social néerlandais évalue son propre comportement stigmatisant plus faiblement que la population générale.

Aucun répondant n'a participé à la **post-mesure**. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de cette sortie sur le taux de réponse. ?

Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 2.2 - Pays-Bas (tableau 5).

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les outils ont été développés par une collaboration de plusieurs partenaires britanniques et le contenu a été créé avec des professionnels de la santé, des employeurs et des personnes ayant une expérience de la PMI. Cela a donné lieu à de nombreux outils et ressources pour les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les employeurs, qui ont tous été mis à disposition sur le hub en ligne.

Les ressources destinées aux professionnels de la santé comprennent des informations sur la PMI, notamment les différents types de pathologies, les personnes à risque et les traitements disponibles, ainsi qu'une section contenant des informations sur la stigmatisation de la santé mentale périnatale et la manière dont les prestataires de

soins peuvent soutenir les parents, améliorer les pratiques et réduire la stigmatisation, et améliorer la communication entre les patients et les professionnels. Plusieurs groupes de discussion et examens par les pairs ont aidé les partenaires à préparer des articles visant à améliorer la compréhension de la maladie mentale périnatale, à réduire la stigmatisation, à améliorer la communication et à fournir des ressources pour le soutien et la signalisation. La section comprenait également des scénarios simulés sous la forme de vidéos de formation et de récits d'expériences vécues.

L'un des principaux objectifs de PATH était de comprendre comment favoriser le bien-être des parents sur le lieu de travail. L'IHV a entrepris une analyse documentaire puis, avec le partenaire de PATH, le conseil municipal de Southampton, a mené des recherches et des entretiens supplémentaires avec des parents et des employeurs, ce qui a permis de formuler dix recommandations sur le bien-être des parents sur le lieu de travail à l'intention des employeurs. En outre, [plusieurs outils](#) ont également été mises à disposition pour [employeurs sur le hub](#) telles que des informations ou des recommandations sur les droits de la maternité, les responsabilités de l'employeur en matière de santé et de sécurité et des directives spécifiques pour le COVID-19. En outre, des outils pratiques ont été proposés, par exemple : un calendrier du congé de maternité, la liste de contrôle du retour au travail, etc. En outre, une formation gratuite pour les employeurs sur la santé mentale périnatale pouvait être inscrite par le biais du hub. L'équipe de soutien à l'emploi du SCC a veillé au développement du soutien individuel. Au cœur de cette démarche se trouve une approche centrée sur la personne, comprenant des ateliers destinés à favoriser le retour à l'emploi. L'accent est mis sur le renforcement de la confiance en soi et de la motivation des jeunes parents qui reprennent le travail. Avec le "pique-nique des ours", l'équipe a touché de nombreuses personnes dans la région et a pu leur fournir des informations précieuses. Il s'agissait de pique-niques informels pour les jeunes familles qui se préparent à reprendre le travail. Des ours ont été distribués aux enfants qui portaient des T-shirts avec le logo PATH.

INFORMATION FOR EMPLOYERS

Information on maternity rights, your responsibilities as an employer, health and safety as well as Covid19 specific guidance.

- [Welcome to the PATH Employers Hub](#)
- [Help with difficult conversations](#)
- [COVID-19 Guidance for Employers](#)
- [Guidance and Legislation](#)
- [Good Practice](#)
- [Keep In Touch Days](#)
- [Supporting employees experiencing Perinatal Mental Health Issues](#)
- [Breastfeeding in the Workplace](#)
- [Flexible working – making it work for you and your employees](#)

RESOURCES FOR EMPLOYERS

Useful resources, toolkits and guides to enable you to support your employee on her journey to becoming a working parent.

- [Full list of resources](#)
- [Employer Infographic](#)
- [Maternity / Paternity Leave Calendar](#)
- [Employee Wellbeing Plan](#)
- [Parental Return to Work Checklist](#)
- [Welcome Back Pack](#)
- [Parent Wellbeing Passport](#)
- [Maternity Leave Contact Plan](#)

Au Royaume-Uni, 232 répondants ont participé à la **pré-mesure** de ce work package. La grande majorité d'entre eux étaient des soignants (84,9%). Ces professionnels de santé étaient principalement des sages-femmes et des infirmières de district. Le score moyen de la stigmatisation personnelle est inférieur à celui de la stigmatisation sociale. Ainsi, les professionnels de santé britanniques évaluent moins bien leurs propres pensées stigmatisantes par rapport à la population générale.



Seuls 9 répondants ont participé à la **post-mesure**. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de cette sortie à partir de cette réponse.

Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 2.3 - Royaume-Uni (tableau 6).

Résumé de la sortie 2

Dans le cadre du résultat 2, de nombreux outils et moyens d'information ont été développés dans les différents pays. Bien qu'il ait été difficile d'évaluer chaque outil individuellement, étant donné le faible nombre de répondants, d'importants objectifs généraux ont été atteints dans le cadre de ce résultat et de nombreux outils instructifs ont été développés pour les employeurs et les prestataires de soins et collectés sur le hub :

- **PATH a amélioré les compétences et les connaissances des prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent traiter efficacement la PMI.**
- **Des informations sur la PMI et les besoins des parents et des futurs parents ont été fournies aux employeurs afin qu'ils puissent en discuter avec leurs employés de manière soutenue.**
- **Des listes de contrôle, des outils et des formations ont été fournis aux employeurs pour qu'ils les utilisent avec leurs employées enceintes.**
- **Des outils et des interventions librement disponibles ont été développés**
- **Un réservoir de connaissances a été créé**
- **Il existe un accès aux versions électroniques de tout le matériel développé, dans n'importe quelle langue, pour une diffusion par le biais de réseaux propriétaires**



PATH Résultat 3: une nouvelle plateforme multimédia de soutien international pour aider les nouvelles familles à sensibiliser les parents et à reconnaître, prévenir et remédier à PMI.

Flandre, Belgique

En Flandre, l'outil [What's Up Mama](#) outil® a été développé par l'AP Hogeschool Antwerp. Ce travail a été réalisé en étroite collaboration avec un panel d'experts. Ce panel était composé d'un groupe diversifié d'experts du secteur de la naissance, dont des experts par expérience, des prestataires de soins, du personnel ICT et des universitaires. What's Up Mama est un site web développé pour les femmes enceintes et celles qui viennent d'accoucher. Les femmes peuvent visiter ce site gratuitement et aussi souvent que nécessaire. Il explique les changements émotionnels qui peuvent survenir pendant la grossesse et la première année post-partum, ainsi que les facteurs de la vie qui rendent les femmes plus susceptibles d'être dé-séquilibrées lorsqu'elles ont un enfant. En outre, les femmes peuvent indiquer si elles ressentent ces changements et dans quelle mesure. Des conseils et astuces (pratiques, de relaxation...) sont proposés pour rester équilibré émotionnellement ou pour aider à retrouver l'équilibre, comme un exercice de relaxation ou des conseils pour rendre la vie quotidienne plus pratique. Grâce à des questions simples, les femmes reçoivent des conseils sur mesure.

Si une femme indique se sentir équilibrée sur le plan émotionnel en répondant aux questions, elle sera rassurée et il lui sera conseillé de revenir sur le site ultérieurement si nécessaire. Si une femme indique qu'elle se sent déséquilibrée sur le plan émotionnel, elle répond à des questions visant à déterminer la gravité de la situation et reçoit des conseils appropriés. Si la femme a besoin d'une aide professionnelle, une liste de professionnels de la santé et de travailleurs sociaux à proximité lui est proposée. La femme reçoit un aperçu personnalisé de sa situation et de la meilleure façon de la gérer, en fonction de sa situation.

Une carte sociale a été construite qui inventorie les services liés à l'aide et au soutien psychologique et émotionnel périnatal à Anvers, en Flandre orientale et en Flandre occidentale. Cette carte donne un aperçu de l'offre de services d'aide et de soutien. La carte contient 233 services, offrant une variété d'assistance individuelle, de groupe, régulière et alternative.

Le site web a été évalué positivement :



"Sanne Peeters a été l'une des premières sages-femmes à proposer "What's Up Mama" à ses clientes. Elle explique : "De nombreuses femmes enceintes ou ayant récemment accouché ont besoin d'un soutien psychologique. Si une femme me fait part de son inquiétude ou de son stress, je l'oriente vers What's Up Mama. Ce que je trouve fort, c'est que les conseils sont personnalisés. Il ne s'agit pas d'un questionnaire standard, mais les questions posées à l'utilisatrice proviennent des réponses qu'elle a déjà données. Et les conseils sont également adaptés aux réponses. Comme le programme est anonyme, son utilisation est peu contraignante. Il montre à l'utilisatrice qu'il n'est pas étrange qu'elle se sente parfois en insécurité."



"Eline Kennis est l'une des mères qui a commencé à travailler avec What's Up Mama pendant sa grossesse. Elle a depuis donné naissance à sa fille. Elle déclare : "Le programme est très facile à utiliser. Dès que j'avais un moment d'incertitude, je cliquais sur le site web. Je n'ai rien fait directement avec les conseils. J'ai particulièrement aimé lire les expériences d'autres femmes enceintes. Elles m'ont donné le sentiment que je n'étais pas la seule à avoir des moments d'anxiété pendant ma grossesse. Et aussi par la suite, parce que même maintenant que Flore est née, il m'arrive encore de prendre What's Up Mama."

Le podcast "[Toutes les jeunes mamans vivent-elles sur un nuage rose ??](#)" a été enregistré par l'un des membres du personnel flamand de PATH et diffusé par " De Universiteit van Vlaanderen " pour parler du fait que la grossesse et le fait de devenir mère ne sont pas une joie pour tout le monde. Dans ce podcast, il est fait référence à What's Up Mama. Ce podcast a été [partagé](#) également diffusé aux Pays-Bas. Enfin, il a été partagé sur le site de l'influenceuse Julie's [Page Instagram](#) (un point chaud pour les mamans avec 15 200 followers). Le site web a été visité par 5537 personnes.

Les mêmes analyses ont été utilisées pour cette **pré-mesure**. Pour la description de ces analyses, voir 'PATH Output 1 -'. [Flandre, Belgique](#) pour la description de ces analyses.

Dans le cadre de la **post-mesure** de ce work package, 78 parents et futurs parents ont participé. Parmi eux, 38,5% ont rempli le questionnaire pendant la grossesse et 61,5% pendant la première année après l'accouchement. Par rapport aux parents et futurs parents qui n'avaient pas utilisé What's Up Mama, nous constatons que sur le groupe qui a utilisé l'outil présentait moins de symptômes d'anxiété et de dépression, moins de stigmatisation par rapport à la PMI et plus de connaissances sur le sujet.

Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 3.1 - Flandre, Belgique (Tableau 7).

Pays-Bas

Les Pays-Bas souhaitent une meilleure préparation, des conseils sur le mode de vie et savoir où les parents et futurs parents peuvent s'adresser en cas de besoin de soins. Ils avaient également pour objectif de rendre les parents moins dépendants des prestataires de soins et donc mieux à même de se prendre en charge et de faire appel à leur propre réseau social. Dans le cadre de ces résultats, [plusieurs outils en ligne](#) ont été développés pour les parents et les futurs parents.

Le site [Formation en ligne pour les femmes enceintes conscientes d'elles-mêmes](#) se compose de 20 modules - 12 pendant la grossesse et huit après l'accouchement. Le cours contribue à la bonne santé mentale des participantes de plusieurs façons. Les informations vont des conseils pratiques, par exemple pour entrer en contact avec le bébé dans le ventre de sa mère, aux informations sur les changements que subit le corps pendant la grossesse et l'accouchement. Des outils sont également proposés pour faire face à la douleur, au stress ou aux pensées négatives. Des exercices, des récits d'accouchement positifs et des listes de tâches pratiques font également partie du cours. Une partie distincte concerne les informations sur les choix à faire, notamment en ce qui concerne le prestataire de soins. En trois ans, environ 400 participants ont suivi cette formation en ligne.



Plusieurs autres applications ont également été développées : L'application Preconception, ZwApp+, NaZorg, LossApp et l'application NeoZorg. La ZwApp+ a été téléchargée plus de 2 000 fois en février 2021. L'application NeoZorg a été lancée à l'hôpital de Maasstad et d'Ikazia en mars 2021. À Ikazia, plus de 900 parents ont utilisé l'application NeoZorg et à l'hôpital de Maasstad, 850 parents l'ont utilisée. Dès le lancement en juin 2022, plus de 2 000 comptes d'utilisateurs ont été créés dans l'application Loss. Ces applications permettent aux femmes enceintes de se préparer physiquement, mentalement et socialement aux différentes étapes du voyage à venir. Et ce, même lorsque les choses se passent différemment : lorsque la grossesse n'aboutit pas immédiatement, par exemple, ou lorsque des problèmes médicaux surviennent pendant la grossesse ou des complications à la naissance, comme une naissance prématurée. Enfin, les applications offrent aux parents un soutien pendant les premiers mois passionnants qui suivent la naissance.

Les mêmes analyses ont été utilisées pour cette **pré-mesure**. Pour la description de ces analyses, voir "PATH Output 1 -". Pays-Bas pour la description de ces analyses.

Seuls 14 répondants ont participé à la **post-mesure**. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de cette sortie à partir de cette réponse.

Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 3.2 - Les Pays-Bas (tableau 8).

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, le [hub en ligne](#) a été utilisé dans le cadre de ce projet. Diverses ressources et outils d'information ont été mis à la disposition des parents et futurs parents dans le but d'améliorer la reconnaissance et la sensibilisation à la PMI légère à modérée et de déstigmatiser la PMI. Les ressources en ligne ont été développées en collaboration avec divers partenaires britanniques et des personnes ayant une expérience de la PMI. Le centre fournit des informations sur la grossesse (la phase de préconception), des outils de soutien à la santé mentale (par exemple, la pleine conscience), ainsi que des outils spécifiques pour les mères, les futures mères et leurs partenaires. Ces outils comprenaient des connaissances sur la PMI, ainsi que des exercices de relaxation et des informations sur l'impact des médias sociaux. Des informations et des trucs et astuces sur la façon de se connecter avec son bébé, tant pendant la grossesse que pendant le post-partum, étaient également proposés. Enfin, les parents et futurs parents pouvaient également trouver des informations (pratiques) sur la parentalité et le travail.

How can mindfulness help my mental health?

- Noticing the good moments – our minds are often on the look out for risk. This means we are more likely to replay mistakes in our minds. We then forget the good moments. Taking time to notice even the small, good moments can help boost our mood
- Grounding during difficult moments – this is about bring our focus to what is around us. What can I see? What can I hear?
- Breaking down difficult challenges into smaller steps. Taking it each moment at a time
- Improving our self-awareness

Puisque ce work package implique le même groupe cible et les mêmes questionnaires que le résultat 1 : campagne multimédia, les mêmes analyses ont été utilisées pour cette **pré-mesure**. Pour la description de ces analyses, voir 'PATH Output 1 - Royaume-Uni' pour la description de ces analyses.



Aucun répondant a participé à la **post-mesure**. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de cette sortie.

Pour plus d'informations et d'analyses descriptives, voir Annexe 3.3 - Royaume-Uni (tableau 9).

Résumé de la sortie 3

Dans le cadre du résultat 3, de nombreux outils et moyens d'information ont été développés, qui ont été conduit sur le hub en ligne. Cette plateforme durable contenant des liens vers les différents développements a été visitée plus de 150 000 fois, d'après les mesures effectuées. Les objectifs suivants ont également été atteints dans le cadre de ce projet :

- **PATH soutient les parents avant la naissance pour les préparer à leur nouveau rôle.**
- **Grâce aux différents outils de PATH, dont les services en ligne anonymes, les femmes peuvent accéder au soutien de la manière qui leur convient le mieux.**
- **Un nouveau centre de soutien international multimédia, comprenant des jeux et des avatars, a été développé pour aider les familles à prendre conscience de la PMI et à la reconnaître, la prévenir et la surmonter.**
- **Un système de soutien (avec des outils en ligne et hors ligne) où les femmes et les familles peuvent trouver et accéder à de l'aide de différentes manières a été créé.**
- **En offrant une voie anonyme, en ligne et autosélectionnée vers un soutien professionnel ou communautaire, PATH aide les femmes et les familles à comprendre et à identifier leur situation et à chercher de l'aide au bon niveau et au bon moment.**
- **Des outils et des interventions librement disponibles ont été créés**
- **Un réservoir de connaissances a été créé**
- **Accès aux versions électroniques de tout le matériel développé, dans n'importe quelle langue, pour une distribution via les propres réseaux.**
- **Une offre de soins accessible concernant la PMI**

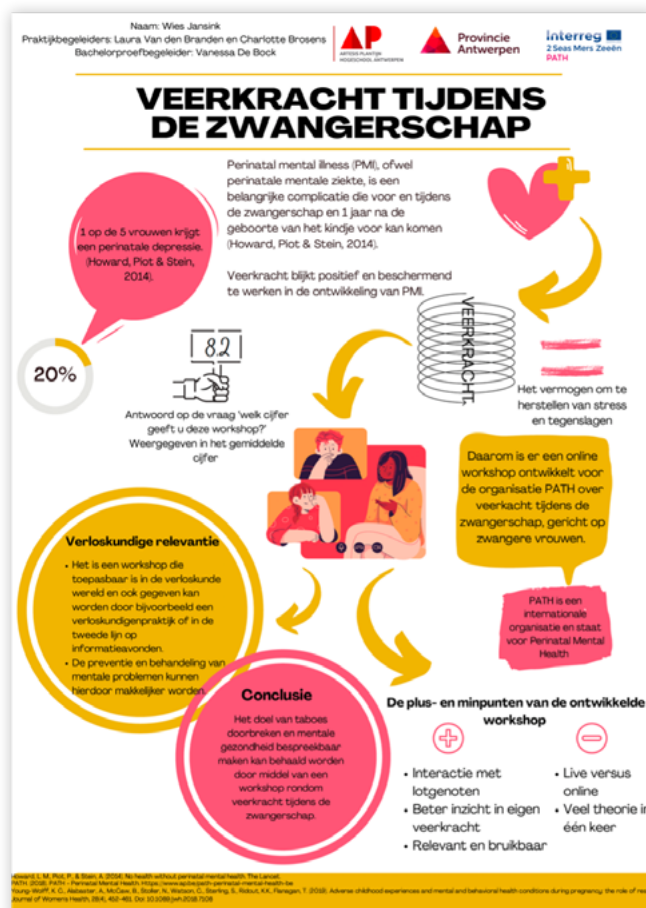


PATH Output 4: une série de sessions de soutien pour les nouvelles familles.

Flandre, Belgique

En Flandre, les étudiants sages-femmes de l'AP Hogeschool Antwerp ont été utilisés dans le cadre de ce produit pour développer et dispenser une formation. Sept étudiants de dernière année ont organisé un atelier sur la santé mentale périnatale pour les parents et les futurs parents. Ils l'ont fait dans le cadre de leur thèse et sous la direction des chercheurs de PATH. Chaque étudiant a été autorisé à développer un atelier autour d'un sujet spécifique dans le cadre de ce projet :

- Atelier "Préparation à la parentalité"
- Atelier "La santé mentale pendant la grossesse et la maternité".
- Atelier "D'où viennent ces larmes soudaines - aspects émotionnels".
- Atelier "Résilience"



Une recherche documentaire approfondie et des coordinations avec des experts ont précédé l'élaboration de ces ateliers. Ces formations destinées aux parents et aux futurs parents comportaient différents volets : partage de la théorie, sensibilisation et déstigmatisation du "nuage rose", ainsi que des moments interactifs où les expériences étaient partagées. Au total, 35 parents et futurs parents ont participé aux différents ateliers. ✓

En Flandre, 26 parents et futurs parents ont participé à la **pré-mesure** de ce work package. Il s'agissait principalement de femmes enceintes et de leurs partenaires. Ce questionnaire a permis de sonder le risque de développer une dépression et la résilience des répondants. Aucun participant de ce petit groupe de répondants ne présentait un risque accru de développer des symptômes dépressifs. La majorité a obtenu un score normal ou élevé au questionnaire sur la résilience.

Aucun répondant n'a participé à la **post-mesure**. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de cette sortie. Cependant, les participants à l'atelier se sont montrés enthousiastes pendant les sessions et les parents de ont donné aux étudiants des commentaires positifs. ✓

"J'ai trouvé cet atelier très instructif. Je n'avais jamais pensé à ma résilience auparavant, mais c'est très important, surtout avec le bébé."

Pour plus d'informations et d'analyses descriptives, voir Annexe 4.1 - Flandre, Belgique (Tableau 10).

Pays-Bas

Un PATH HUIS a été ouvert à Rotterdam, où des ateliers sur la parentalité préparée sont proposés aux familles et où les femmes enceintes peuvent également venir chercher des informations et des conseils. Les différents cours de formation développés dans le cadre de ce résultat de PATH aux Pays-Bas sont proposés dans le PATH HUIS. Aux Pays-Bas, deux initiatives ont été lancées pour les parents et les futurs parents dans le cadre de ce projet. D'une part, l'hôpital Maasstad a mis sur pied l'exposition "Path of Prepared Parenthood", qui réunit le parcours médical de soins à la naissance et le Centre de la jeunesse et de la famille. Cette exposition a été développée car il y avait un besoin évident d'informations accessibles, compréhensibles, accessibles et gratuites sur la parentalité. L'exposition au PATH HUIS de Rotterdam a également donné un aperçu du "Chemin de la parentalité préparée". Différentes lignes d'information se rejoignent dans l'exposition. Des photos grandeur nature, une visite audio et des vidéos informatives décrivent le chemin vers la parentalité. Les informations permettent de comprendre le parcours de soins des parents et des futurs parents. Ils trouvent leur propre voie et gardent le contrôle. Grâce à ces informations, ils ressentent moins d'anxiété et de stress. Depuis son ouverture, environ 300 femmes enceintes, partenaires et familles ont visité l'exposition. Cependant, le seuil à franchir pour venir à la PATH HOME s'est avéré assez élevé. Par conséquent, la vaccination contre la coqueluche que les femmes ✓



enceintes reçoivent à 22 semaines a été organisée à la MAISON PATH, afin qu'elle puisse être combinée avec une visite de la MAISON PATH. La maison PATH a été évaluée positivement :

"Dans mon propre pays, je connaissais PATH, mais ici, aux Pays-Bas, je dois tout réinventer. Cette exposition est très instructive sur la façon dont les choses sont organisées aux Pays-Bas."

D'autre part, [MattieClick](#) une formation a également été développée pour les parents et futurs parents. MattieClick est une méthode pratique pour cartographier leur propre réseau social. Grâce à cet outil, on peut mieux comprendre sa propre situation en cinq étapes. Les utilisateurs peuvent également identifier facilement à qui ils peuvent s'adresser pour obtenir de l'aide. Au total, 166 (futurs) parents ont participé à cet atelier afin d'utiliser efficacement MattieClick dans le cadre de la parentalité.



Aux Pays-Bas, 21 parents et futurs parents ont participé à la **prémessure** de ce work package. Il s'agissait principalement de femmes dans la première année après l'accouchement. Ce questionnaire sondait la probabilité de développer une dépression et la résilience des répondants. Dans ce petit groupe de répondants, 3 participants sur 4 présentaient un risque accru de développer des symptômes dépressifs. La majorité a obtenu un score faible au questionnaire sur la résilience.



Aucun répondant n'a participé à la **post-messure**. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de cette sortie.

Pour plus d'informations et d'analyses descriptives, voir Annexe 4.2 - Les Pays-Bas (tableau 11).

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, deux cours ont été développés avec des outils concrets pour prêter attention à la santé mentale périnatale des parents et futurs parents. Le premier abordait la transition vers la maternité d'un point de vue psychologique et social. Plus précisément, le cours portait sur le processus de "devenir mère". Une future mère peut être tiraillée entre ce qu'elle était avant la maternité et ce qu'on attend d'elle en tant que mère. Cela peut signifier une perte d'estime de soi, dont la mère peut faire le deuil. Il en va de même pour la perte apparente des choses qu'elle faisait avant d'avoir le bébé. Le premier cours comprenait des mesures visant à aider les parents à reconnaître les changements. Il a également mis l'accent sur la façon de faire face à ces changements. Le cours s'est déroulé à la fois en ligne et dans des centres locaux. Au total, 57 parents et futurs parents ont participé à ce cours, qui a été accueilli très positivement, notamment en ce qui concerne la reconnaissance et la normalisation. Tous les participants ont déclaré que le cours les avait rendus très heureux :

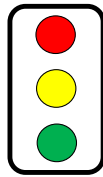
"C'est un tel soulagement de savoir que ce que je ressens est normal et naturel et que je ne suis pas seule."

"Très rassurant que quelqu'un normalise les choses difficiles de devenir une mère."

Le deuxième cours, qui a duré cinq semaines, était axé sur la gestion des émotions et des pensées difficiles. Les parents ont reçu différentes techniques d'adaptation pour favoriser leur bien-être mental. La dernière session a porté sur la manière dont les parents peuvent continuer à utiliser les compétences acquises. Les parents ont indiqué qu'ils avaient apprécié d'apprendre différentes techniques d'adaptation. Ce cours a été dispensé à la fois en ligne et en face à face dans des centres locaux. 37 parents et futurs parents ont participé à cette formation intensive et les participants ont été très enthousiastes à son sujet.

"C'était vraiment intéressant d'apprendre comment fonctionne notre cerveau, de prendre conscience des sentiments et des signaux physiques et d'apprendre différentes techniques."

En outre, des séances individuelles sur le "soutien émotionnel" à 67 ans (futurs parents) ont également été organisées. Enfin, certains outils pratiques ont également été développés, notamment l'outil "Stoplight - Check your mental wellbeing" :



Stoplicht - Check je mentale welzijn

De beschrijving in de 3 zones is relatief en hangt samen met 'jouw ervaringen'. Het Stoplicht is geen diagnose instrument. Het kan je helpen nadenken over jouw mentale welzijn en bespreekbaar maken met anderen. Je hoeft niet te wachten tot je in de rode zone bent voor je aandacht besteed aan je mentale gezondheid.

Rode Zone - mentale balans is laag

Wanneer ik dat al niet doe, ik moet nu eerst werken aan mijn eigen mentale balans. Welke vaardigheden kan ik gebruiken? Waar kan ik hulp en ondersteuning vinden?

Wanneer je al geprobeerd hebt dit te doen en toch in de rode zone blijft steken, is er iets anders dat je kan proberen? Misschien ben je al goed bezig maar kost het wat meer tijd om effect te krijgen. Wanneer je honger hebt, denk je misschien dat 1 sinaasappel eten genoeg is. Je moet nog wat meer eten. Hetzelfde geldt voor zelfhulp technieken en therapie sessies - die werken ook niet in een keer.

Oranje zone - begin een dip te voelen in mijn mentale balans

Wat heb ik nodig om in mentale balans te blijven? Zijn er fysieke of mentale gezondheidsproblemen die aandacht nodig hebben? Heb ik mijn gezondheid op de laatste plaats gezet? Wat kan ik vandaag doen om mijn mentale balans te bevorderen?

Groene zone - mentaal in balans voelen

Ik moet de dingen blijven doen die me helpen me gezond en mentaal in balans te voelen.

?

Pour ce work package, aucun questionnaire n'a été distribué au Royaume-Uni. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque impact de ce résultat.

Résumé de la sortie 4

Dans le cadre du produit 4, plusieurs formations ont été développées pour les parents et les futurs parents. Chaque formation a été accueillie positivement, ce qui a donné lieu à des commentaires verbaux positifs de la part des participants. Les objectifs globaux ont également été atteints ici :

- **PATH soutient les parents avant la naissance pour les préparer à leur nouveau rôle.**
- **Des outils d'aide et de soutien ont été proposés**
- **Un système de soutien (avec des outils en ligne et hors ligne) où les femmes et les familles peuvent trouver et accéder à de l'aide de différentes manières a été créé.**
- **Des installations pour les pères et les futurs pères ont été développées.**
- **Une offre de soins accessible concernant la PMI**



PATH Output 5 : formation en face à face, cours pour les professionnels de la santé.

Flandre, Belgique

En Flandre, plusieurs cours ont été proposés aux prestataires de soins sur la santé mentale périnatale. D'une part, un cours de formation a été lancé par l'Odisee Hogeschool en coopération avec un groupe d'experts dans le but d'accroître les connaissances et la sensibilisation des professionnels et d'améliorer les compétences en matière de dépistage et de communication. Le cours a duré une journée et était principalement destiné aux professionnels qui fournissent des soins et un soutien aux femmes et aux familles pendant la période périnatale, tels que les sages-femmes (étudiantes), les médecins généralistes, les gynécologues, les infirmières, les professionnels de la santé, les psychologues, les psychiatres, etc. Au total, 92 soignants ont participé à cette formation, répartie sur quatre jours de formation.



D'autre part, vzw GiO a développé le cours de formation PSP GGZ. La méthodologie du cours est "Former le formateur". Dans le cadre de ce cours, l'objectif est de permettre aux professionnels de la santé de se familiariser avec la santé mentale périnatale et de les sensibiliser aux questions organisationnelles afin qu'ils accordent une attention constante à la santé mentale périnatale dans leur organisation. Ce cours de quatre ans se compose de deux modules et se présente comme suit :

- 2 cours mensuels ou discussion de groupe pendant 4h30, tâche d'observation hebdomadaire, tâche annuelle et travail final.
- 2 modules de 2 ans (40 semaines)
- Les cours et les discussions de groupe ont lieu pendant les heures de travail, sans frais d'inscription



Treize prestataires de soins de santé ont effectivement participé à cette formation. Ils peuvent maintenant diffuser les connaissances acquises dans leurs propres organisations en tant que spécialistes pratiques.

Le premier module "observation du bébé ou de l'enfant" a été réalisé à domicile. Les participants ont observé une heure par semaine pendant 18 mois. Ils ont ensuite rédigé un rapport complet sur le développement de l'enfant et l'impact de la relation avec les parents et les frères et sœurs sur ce développement. En outre, une session d'enseignement clinique bihebdomadaire axée sur l'aspect théorique a été organisée au cours du dernier semestre. En outre, il y avait également un processus de réflexion en groupe toutes les deux semaines. Le module a été évalué positivement :



"J'ai appris à utiliser mon propre corps, mes pensées et mes sentiments comme un bon outil pour évaluer l'attachement précoce. Bien que j'aime beaucoup la matière théorique, la formation m'a donné plus de confiance dans ma façon personnelle de gérer les situations anxiogènes."

"Au départ, je pensais que ce n'était pas pour moi, car j'ai déjà tant d'années d'expérience. Mais progressivement, j'ai vu le pouvoir de la communication auto-réflexive sur les détails de ce que je pouvais observer dans 'ma' famille et, de plus, en moi-même. J'ai appris à écouter mes collègues et je comprends mieux à quel point une solide collaboration d'équipe est essentielle pour fournir de bons soins de santé mentale."

Le deuxième module, intitulé "Dynamique au sein de l'organisation", visait à rapprocher les organisations participantes de la formation et à développer chez les participants les compétences nécessaires à l'intégration durable de la sensibilisation à la santé mentale périnatale dans leur organisation. Cela impliquait la planification de moments de consultation avec les responsables et le(s) participant(s), l'observation des participants au sein d'autres organisations, des discussions théoriques et des études de cas dans le cadre de discussions de groupe et l'aide aux participants pour mettre en place des projets spécifiques dans leurs organisations. Dans le cadre de cette formation, les objectifs ont été atteints et les stagiaires qui ont pu suivre la formation complète et intensive ont vécu cette approche comme positive.



Enfin, deux autres formations continues ont été organisées par AP Hogeschool et Odisee Hogeschool en collaboration avec la FEBV. La première formation continue "Trucs et astuces pour gérer le nuage fragile" a eu lieu le 18 janvier 2022. Le projet PATH y a été présenté et les résultats des recherches sur les problèmes psychologiques des mères flamandes ont été exposés et discutés. En outre, une conférence a été donnée sur les changements psychologiques pendant la grossesse et le post-partum et il y a également eu une présentation sur le dépistage et la prise en charge de la vulnérabilité psychologique en Flandre. Enfin, des récits d'expérience ont été partagés et un espace de discussion a été ouvert. La deuxième formation continue "L'attention à soi n'est pas une pensée après coup" a été organisée le 23 mars et s'est concentrée davantage sur le bien-être de l'aidant lui-même. Elle a abordé les sujets suivants : soins personnels,

✓
épuisement professionnel et plaintes psychologiques, conseils aux mères qui travaillent, expériences traumatiques liées au travail en tant que sage-femme. Cette formation en cours d'emploi s'est terminée par une séance de pleine conscience afin de donner aux professionnels de santé, aux agents de soutien un avant-goût de cette pratique. Au total, 79 sages-femmes ont participé à ces formations continues. Elles ont été très positives à l'égard de ces formations.

En Flandre, 180 soignants ont participé à la **pré-mesure** de ce paquet de travail. Il s'agissait principalement de sages-femmes et d'infirmières. La stigmatisation personnelle était inférieure à la stigmatisation sociale, ce qui signifie que les professionnels de la santé belges se considéraient moins stigmatisés que le reste de la population.

⋮
Dans le cadre de la **post-mesure**, 85 répondants ont participé. Là encore, il s'agissait principalement de sages-femmes et d'infirmières. La moitié de ces répondants ont participé à la formation sur la santé mentale pendant la période périnatale pour les soignants. En termes de stigmatisation, d'auto-efficacité et de besoins de formation, aucun effet n'a été démontré. Dans le domaine des connaissances, certains énoncés ont obtenu un score égal et d'autres un meilleur score que lors de la mesure préalable. Aucune affirmation n'a été moins bien notée. Ces résultats montrent un effet positif de la formation sur la connaissance de la dépression. ✓

Pour plus d'informations et d'analyses descriptives, voir Annexe 5.1 - Flandre, Belgique (Tableau 12).

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, plusieurs cours de formation ont été préparés pour les prestataires de soins de santé. Tout d'abord, le cours '[Soins centrés sur la famille dans les soins de naissance et la néonatalogie](#)' a été élaboré. Ce cours s'adresse principalement aux infirmières d'obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie afin qu'elles aident les parents et les futurs parents à assumer leur rôle de directeur, à prendre soin de leur bébé et à prendre des décisions ensemble. Le cours fournit des connaissances et des compétences sur la culture, la communication interculturelle, la profession de sage-femme sociale, la santé mentale et sociale. Cela se fait par le biais d'un cours complété par 12 modules d'apprentissage en ligne et d'une formation pratique en communication et interculturelisme. La formation est accréditée pour les infirmières, les puéricultrices, les sages-femmes, les gynécologues et les pédiatres. Au total, 412 prestataires de soins de santé (étudiants) ont suivi cette formation. ✓

Deuxièmement, il y avait un cours intitulé "Parentalité préparée". Dans le cadre de ce cours, deux formations différentes ont été développées. D'une part, la formation "Parentalité préparée - Néonatalogie avec intervention de soins intégrés pour la famille" a été dispensée à divers soignants. Cette "intervention de soins intégrés centrée sur la

famille" approfondit les conditions de prise en charge des bébés, qu'ils soient en bonne santé, malades ou prématurés, en néonatalogie. Outre les connaissances acquises dans le cadre du cours et des six modules d'apprentissage en ligne, le professionnel de la santé apprend à utiliser le manuel "Guide de voyage - Les parents en néonatalogie" lorsqu'il travaille avec de jeunes parents. Ce manuel contient un programme d'enseignement et des informations qui peuvent être utilisés par les infirmières pour accompagner et former les parents à prendre soin de leur bébé de manière autonome.



Cette formation a été suivie par 142 soignants. Les participants ont été très enthousiastes à l'égard de cette formation. D'autre part, la formation '[Formation de formateurs sur le thème de la parentalité préparée](#)' a également été développée. Cet atelier destiné aux professionnels se concentre sur la manière de fournir aux parents et aux futurs parents des informations non ambiguës, fiables et valables dans l'organisation et dans votre travail. L'attention est portée sur la superposition de la communication, l'exposition (voir le résultat 3 - [Pays-Bas](#)) est parcourue, il y a de la place pour réfléchir sur soi-même et sa propre organisation pour conclure avec des activités d'amélioration pour la pratique. Au total, 200 prestataires de soins de santé ont participé à cette formation et en ont tiré un bilan positif.



Troisièmement, le cours '[Système intégral de garde d'enfants](#)' a également été développé (voir le résultat 2 - [Pays-Bas](#)). Ce cours a été développé pour les infirmières pédiatriques qui s'occupent d'enfants ayant des besoins spéciaux. A partir de "Integral Child Care", les infirmières pédiatriques apprennent à travailler avec Medical Child Care Cooperation. Une méthode qui se compose de quatre étapes. Les deux premières ont lieu à l'hôpital. Ensuite, les soins sont transférés avec un transfert structurel aux organisations dans l'environnement domestique. C'est là que se déroule la troisième étape : l'indication et la fourniture des soins. La quatrième étape concerne la conclusion du plan de soins lorsque les soins supplémentaires ne sont plus nécessaires à domicile. Les parents qui ont un défi supplémentaire à relever dans la prise en charge de leur enfant restent ainsi mieux équilibrés mentalement et socialement. Ce cours, composé de huit modules et d'une journée de formation pratique, a été suivi par 180 soignants (étudiants).



Quatrièmement, 42 professionnels ont également suivi le cours sur le site web Self-Aware Pregnant (voir résultat 2 - [Pays-Bas](#)) pour le porter à l'attention des clients. Dans le cadre d'une formation en ligne de deux heures, les soignants ont découvert le cours et se sont concentrés sur la manière de le porter à l'attention des parents et des futurs parents.



Enfin, le cours "MattieClick" a également été proposé sous différentes formes aux professionnels de la santé. Dans ces formations, les professionnels apprennent comment appliquer concrètement la méthode MattieClick et comment ils peuvent ainsi motiver et soutenir les parents et futurs parents. Ces ateliers conviennent aux professionnels du domaine des soins et du social. Au total, 109 professionnels ont suivi une formation MattieClick.



Aux Pays-Bas, 200 soignants ont participé à la **pré-mesure** de ce work package. Il s'agissait principalement de sages-femmes et d'infirmières. D'une part, les stigmates personnels et sociaux ont été examinés. La stigmatisation personnelle était inférieure à

la stigmatisation sociale, ce qui signifie que les soignants néerlandais se considéraient moins stigmatisés que le reste de la population. D'autre part, l'auto-efficacité et les besoins de formation des prestataires de soins à la naissance ont été examinés.

Dans le cadre de la **post-mesure**, 114 répondants ont participé. Là encore, il s'agissait principalement de sages-femmes et d'infirmières. La plupart de ces personnes ont participé à la formation "soins centrés sur la famille dans les soins de naissance et la néonatalogie". En termes de stigmatisation, aucun effet n'a été démontré. En ce qui concerne les connaissances, les déclarations ont été évaluées de la même manière ou mieux que lors de la mesure préalable. Aucune affirmation n'a été notée plus mal. Ceci montre un effet positif de la formation en termes de connaissances sur la dépression. En ce qui concerne l'auto-efficacité et le besoin de formation, aucun effet n'a été démontré.

Pour plus d'informations et d'analyses descriptives, voir Annexe 5.2 - Les Pays-Bas (tableau 13).

Royaume-Uni

L'Institute of Health Visiting (iHV) a développé un programme de sensibilisation aux pères et aux partenaires pour les praticiens de santé en collaboration avec Dad Matters UK, un projet Home Start. Cette formation vise à encourager les praticiens de santé à développer des pratiques et des services d'inclusion des pères pour les familles dans la période périnatale, en se basant sur la recherche contemporaine et les expériences des pères,

Ce cours a été suivi par un total de 224 étudiants visiteurs de santé et infirmiers scolaires et a été jugé très positif:

"Cela m'a donné confiance pour demander aux papas ce qu'ils ressentent", dit-il.

"Les connaissances que j'ai acquises devraient être partagées avec mes collègues et le soutien aux pères devrait être inclus dans les directives et la documentation."

"Perspicacité pour demander comment le père se sent après la transition vers la paternité. Surtout si l'accouchement a été traumatisant."

En outre, Devon Mind et KMPT ont développé conjointement une formation sur la "compréhension de la santé mentale périnatale" pour les prestataires de soins de santé. Cette formation se composait de trois modules différents. Ceux-ci pouvaient être suivis séparément ou dans le cadre de la formation complète de trois modules. Le premier module portait sur la sensibilisation à la santé mentale périnatale. L'objectif était de mieux faire connaître la PMI, de mieux comprendre ses conséquences, de mieux connaître le soutien disponible pour les parents et les familles et de fournir des outils d'orientation. Le module deux se concentrait davantage sur la compréhension et la

réduction de la stigmatisation de la santé mentale périnatale. L'objectif était de mieux connaître les différents types de stigmatisation et de reconnaître les obstacles. Enfin, le troisième module était axé sur l'amélioration de la communication et de l'autogestion des soins pour les soignants. Ce dernier module visait à sensibiliser les soignants à la manière de communiquer efficacement avec les parents et les futurs parents, à prendre conscience des obstacles à une bonne communication et à faire prendre conscience de l'importance de se concentrer sur son propre bien-être en tant que soignant (self-care). Au total, 241 aidants (étudiants) ont participé à cette formation en face à face. Les aidants ont ramené chez eux les précieux enseignements suivants :



"Cela a fourni de nouvelles perspectives sur qui et pourquoi une personne est affectée par des problèmes de santé mentale périnatale. Cela me sera bénéfique à l'avenir, car je connais mieux les signes d'alerte précoce et j'ai appris de nouvelles approches pour les questions que je pose."

"Pouvoir soutenir les parents de la PMI et les orienter vers le bon soutien."

"Je fais confiance à mon instinct pour chercher de l'aide."



Aucun répondant a participé aux **mesures avant et après l'enquête**. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de ces résultats.

Résumé de la sortie 5

Dans le cadre du résultat 5, de nombreuses formations de grande valeur ont été développées. Sur la base des nombreuses réponses positives des participants et d'un effet positif limité des questionnaires, on peut dire que les objectifs globaux ont également été atteints ici :

- **PATH a amélioré les compétences des prestataires de soins de santé afin qu'ils puissent soutenir et traiter efficacement la PMI.**
- **Une compréhension collective du PMI a été créée**



PATH Output 6: formation au soutien par les pairs et par le réseau de groupes de soutien intergénérationnel.

Flandre, Belgique

En Flandre, des étudiants sages-femmes ont été formés et utilisés comme pairs supporters. Au sein de la Odisee Hogeschool, les étudiants sages-femmes de première année ont été chargés d'interviewer une femme enceinte. L'objectif principal était de sensibiliser les femmes enceintes à leur santé mentale périnatale. En outre, en tant que soutien par les pairs, l'objectif était de se faire une idée de l'expérience et de la perception d'une grossesse normale et de l'importance de prêter attention au bien-être psychosocial pendant la grossesse. Au total, 40 étudiants sages-femmes ont travaillé sur cette tâche en tant que pairs supporters. En outre, une représentation théâtrale a également été organisée au sein d'Odisee afin d'attirer l'attention et de sensibiliser le grand public à la santé mentale périnatale. Une soixantaine de personnes y ont assisté. Nous espérons qu'elles deviendront à leur tour des pairs supporters et contribueront ainsi au bien-être mental des parents et des futurs parents dans leur environnement.

THEATERVOORSTELLING
31 maart 2022
Sint-Niklaas - 20u

Café Odisee

'En later word ik...'

Graag bieden wij met veel plezier het muzikaal verhaal 'En later word ik...' aan.

Deze theatervoorstelling wordt gebracht door vier vrouwelijke muzikanten en zangeressen, elk met een eigen (zoek)proces en levensverhaal binnen het thema 'MAMA ZIJN'. Verschillende aspecten rond ouderschap met bijhorende gevoelens en emoties komen aan bod zoals de eerste zwangerschap, eerste keer mama, verlies van een kindje, onvervulde kinderwens, tweestrijd tussen het vroegtijdig verlangen naar het moederschap en in vraag stellen van de kinderwens, laat mama worden, enz. Deze verhalen worden gebundeld en afgewisseld met gepaste vierstemmige muziek.

Deze voorstelling wordt georganiseerd door de Opleiding Vroedkunde van Odisee Hogeschool in het kader van het Europees Interreg project PACT rond emotioneel welbevinden en mentale gezondheid tijdens zwangerschap en ouderschap.

Datum: donderdag 31 maart 2022
Locatie: Odisee - Campus Sint-Niklaas om 20u
Tiempo: gratis
Inschrijven: chity.volckaert@odisee.be

Interreg
2 Seas Mers Zeeën
PATH

odisee.be

L'AP Hogeschool Antwerp a également déployé ses étudiants sages-femmes en tant que pairs supporters. D'une part, les étudiants ont été chargés de suivre une femme enceinte (et sa famille) pendant la grossesse et les premières semaines du post-partum dans le cadre de la tâche "Caseload Midwifery". Dans ce cas, l'étudiant joue le rôle d'un



confident supplémentaire pendant la période de transition vers la parentalité. Au total, quelque 146 étudiants sages-femmes ont effectué cette tâche. D'autre part, les étudiants sages-femmes ont également participé à un atelier sur la santé mentale périnatale et le rôle qu'ils peuvent jouer dans ce domaine. Ici, l'objectif était principalement d'accroître les connaissances sur la dépression et le bien-être émotionnel et de réduire la stigmatisation liée à ce sujet. Ce cours a duré deux heures et les étudiants l'ont trouvé très utile. Au total, 82 étudiants sages-femmes ont participé à cet atelier, qui a donné lieu à des expériences et des moments d'apprentissage positifs.



"J'ai trouvé que c'était une bonne formation et une bonne confrontation. C'est bien que l'on s'intéresse à ce sujet, car de toute façon, beaucoup de gens n'en parlent pas. Nous pouvons apprendre beaucoup de choses. Surtout toutes les futures sages-femmes, nous saurons alors ce que nous pouvons offrir. Belle recherche !"

En Belgique, 110 pairs supporters ont participé à la **pré-mesure** de ce work package. Il s'agissait principalement de femmes. D'une part, les stigmates personnels et sociaux ont été examinés. Les scores de stigmatisation personnelle et sociale étaient assez proches les uns des autres, ce qui signifie que les pairs supporters belges ne se considéraient pas comme moins ou plus stigmatisés que le reste de la population. Les connaissances des pairs supporters concernant la dépression ont été vérifiées au moyen d'affirmations, en regardant s'ils estimaient l'affirmation correctement ou incorrectement ou s'ils ne connaissaient pas la réponse. D'autre part, l'auto-efficacité des pairs supporters a été examinée.

Dans la **post-mesure**, 35 répondants ont participé. Il s'agissait principalement d'étudiants sages-femmes. Dans le domaine de la stigmatisation, aucun effet n'a été démontré. Dans le domaine de la connaissance, certains énoncés ont obtenu le même score et d'autres un meilleur score que lors de la pré-mesure. Aucune affirmation n'a été moins bien notée. Ces résultats montrent un effet positif de la formation sur la connaissance de la dépression. Aucun effet n'a été montré dans le domaine de l'auto-efficacité.



Pour plus d'informations et des analyses descriptives, voir Annexe 6.1 - Flandre, Belgique (Tableau 14).

Pays-Bas

Deux cours de formation pour les pairs supporteurs ont été proposés aux Pays-Bas. D'une part, un "cours de formation des formateurs" impliquant une collaboration avec Stichting Me Mam et Hellp. Dans le cadre de ce cours, un module d'apprentissage en ligne spécifiquement destiné aux pairs supporteurs a été utilisé, ainsi qu'un cours de formation pratique axé sur la présidence, l'orientation et la présentation à un groupe du point de vue du contact avec les pairs. Cette formation a été suivie par 5 participants. En outre, le [documentaire "Elle savait sûrement dans quoi elle s'engageait"](#) a également été utilisé pour atteindre les pairs supporteurs (et l'ensemble de la population). Dans ce documentaire, des mères parlent de leur expérience de la maladie mentale après la grossesse et de la façon dont leur entourage y fait face. L'objectif du documentaire est de faire en sorte que le tabou de la santé mentale autour de la grossesse et de la naissance puisse être discuté, ce qui est également l'un des objectifs de PATH. Le documentaire, complété par des interviews de professionnels et d'un expert par expérience, peut être visionné sur le hub. L'enregistrement complet peut également être visionné avec des sous-titres français ou anglais. D'autre part, dans le cadre de ce work package, une formation a également été proposée autour de MattieClick. Dans ce cas, les pairs supporteurs ont été formés pour codiriger l'outil MattieClick. Au total, 15 pairs supporteurs ont été formés dans le cadre de ce cours. Cette formation s'est déroulée à la fois en ligne et en face à face.

Aucun répondant n'a participé à l'enquête avant et après la mesure. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de ces résultats.

Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, une formation en face à face a été développée en collaboration avec plusieurs partenaires. Elle visait à sensibiliser les pairs supporteurs à la santé mentale périnatale. Elle s'est concentrée sur l'amélioration de la connaissance de la PMI, la réduction de la stigmatisation et l'amélioration de la connaissance de la référence. Cette formation a été développée en collaboration avec des prestataires de soins de santé et des personnes ayant une expérience de la PMI. Le contenu a été revu en interne et testé auprès des groupes cibles concernés. Devon Mind et KMPT ont touché un total de 74 pairs supporteurs avec cette formation. Ces participants ont été très positifs à l'égard de la formation :

"C'était très utile."

"Pouvoir soutenir les parents de la PMI et les orienter vers le bon soutien."

Aucun répondant a participé à l'enquête avant et après la mesure. Il n'est donc pas possible de démontrer un quelconque effet de ces résultats.

Résumé des résultats 6

Dans le cadre de ce projet, plus de 450 pairs supporteurs ont été touchés. Ils ont été sensibilisés à la santé mentale périnatale et ont reçu des outils pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences à cet égard.

L'objectif suivant a été atteint dans le cadre de ce produit :

- Les nouvelles familles ont été formées au soutien par les pairs, ce qui a permis d'accroître l'autonomie grâce à la communauté élargie et aux réseaux sociaux



Rapport France.

Information : Le partenaire français s'étant joint au projet plus tard, il n'a pas pu participer à la méthode d'évaluation initialement proposée, telle que décrite ci-dessus. Le texte ci-dessous a été fourni par le partenaire français EPSM Lille Métropole - Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS).

Introduction

Depuis 2020, le CCOMS est en charge du développement du projet PATH en France. L'équipe de coordination est en place depuis mai 2021, et le projet prendra fin en mars 2023. Bien qu'il ait démarré plus tard que dans les autres pays partenaires (Royaume-Uni, Belgique, Pays-Bas), le projet PATH bénéficie du déploiement en France de la politique des 1000 premiers jours pilotée depuis 2021 par le ministère des Solidarités et de la Santé.¹ Il s'agit d'une nouvelle politique publique conçue autour des besoins des enfants et de leurs parents. Parmi les mesures phares : l'allongement du congé paternité à 28 jours, la généralisation de l'entretien prénatal précoce (4e mois de grossesse ; généralisation depuis 2021) et de l'entretien postnatal précoce (entre la 4e et la 8e semaine après l'accouchement ; généralisation depuis 2022) afin de détecter précocement les maladies mentales périnatales, l'augmentation des moyens dans les maternités, la création de nouvelles unités parents-bébé, la généralisation des visites à domicile pendant la grossesse et après l'accouchement, etc. D'autres initiatives concernent davantage le soutien à la parentalité, comme la création de groupes de parents, ou la mise à disposition d'informations simples et fiables via le site internet² et l'application mobile 1000 premiers jours.³

Bien identifiée par la recherche scientifique, la période des 1000 premiers jours s'étend des premiers mois de la grossesse au deuxième anniversaire de l'enfant. Au cours de cette période, l'environnement physique, émotionnel et nutritionnel dans lequel évolue l'enfant façonne sa santé globale et son bien-être futur. Les 1000 premiers jours offrent donc une multitude d'occasions de soutenir le développement sain de l'enfant et de construire avec lui certaines des bases de sa vie, pour lui et pour l'adulte qu'il deviendra. Pour les parents, c'est aussi une période de profonds changements, qui peut être source de fatigue et d'émotions négatives. C'est pourquoi parents et enfants ont besoin d'être accompagnés et soutenus tout au long des 1000 premiers jours, afin de pouvoir vivre sereinement ces premiers moments de vie ensemble.



Le projet PATH répond à cet objectif de prévention car il vise à sensibiliser les familles, les professionnels de la santé et les employeurs aux troubles psychologiques périnataux légers à modérés.

1 <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf>

2 <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>

3 <https://1000jours.fabrique.social.gouv.fr/>

Données publiées récemment

Les données suivantes, publiées très récemment, soutiennent l'importance d'un tel projet en France. Ces données permettent d'évaluer la santé mentale périnatale en France avant la diffusion des ressources PATH :

- L'enquête nationale périnatale 2021 a été coordonnée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) auprès d'environ 13 000 femmes venant d'accoucher en mars 2021, puis 2 mois après l'accouchement, afin de recueillir des informations sur leur santé et celle de leur enfant.



Le suivi à 2 mois (> 7000 femmes incluses) a permis pour la première fois d'évaluer la santé mentale des femmes au niveau national. 16,7% des femmes présentaient des symptômes dépressifs majeurs (score EPDS (Edinburgh Depression Postpartum Scale) ≥ 13) à 2 mois du post-partum. De plus, 15,5% des femmes ont eu une grossesse difficile ou très difficile et 11,7% ont eu une mauvaise ou très mauvaise expérience de leur accouchement.

Publication octobre 2022, rapport disponible en ligne : https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2022/10/ENP2021_Rapport_Octobre2022.pdf

- Par ailleurs, le CIANE (Collectif Inter-associatif autour de la naissance), en partenariat avec Santé Publique France, a réalisé une enquête en ligne entre janvier et juin 2021 dans le but d'identifier les facteurs favorisant l'insécurité maternelle et de proposer des mesures pour améliorer la prise en charge de la grossesse au post-partum. Les résultats basés sur plus de 8 500 réponses de grossesses entre 2016 et 2021 montrent que :



Les premières semaines à la maison sont une période très difficile pour de nombreuses femmes, notamment les primipares : solitude pour environ un tiers des femmes, manque de soutien pour la moitié des femmes, découragement pour 30 à 40% des femmes. L'allongement du congé paternité (de 14 à 28 jours depuis juillet 2021) est bienvenu mais encore insuffisant.

Les visites à domicile des sages-femmes sont un élément essentiel de réassurance.

Malgré cela, les femmes manquent d'informations et de soutien pour surmonter les difficultés auxquelles elles sont confrontées. Environ 50% d'entre elles ont déclaré ne pas avoir reçu d'informations sur leur santé mentale après l'accouchement et moins de 40% d'entre elles ont dit savoir qui contacter en cas de détresse mentale.

Recommandations :

- Organiser une campagne de sensibilisation pour encourager les partenaires à prendre un congé et à le faire dans les premières semaines après la naissance. Sensibiliser les entreprises à cette question afin de lever les obstacles à la prise de congé.
- Adapter le nombre de visites à domicile des sages-femmes aux besoins des femmes.
- Dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité, ajoutez deux séances dans la période post-natale pour répondre aux questions des femmes et encourager les échanges entre pairs.

Publication en septembre 2022, rapport disponible en ligne : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2022/09/RapportCIANE-SPF.pdf>

- Enfin, selon un sondage OpinionWay réalisé auprès de quelque 300 mères et 120 pères d'enfants de moins de 2 mois en août 2021 :
 - Seule la moitié environ des mères et des pères considèrent qu'ils ont été suffisamment informés sur la dépression post-partum.
 - Même si, dans cette enquête, environ 30 % des mères et 18 % des pères ont déclaré avoir ressenti des symptômes dépressifs ou avoir eu un épisode dépressif diagnostiqué (7 % des mères et 5 % des pères) pendant la période post-partum.

Dans cette étude, le tabou entourant la dépression post-partum, le manque de communication et de sensibilisation, la culpabilité des parents et leur manque de connaissances sont apparus comme des facteurs potentiellement très aggravants.

Publication, août 2021, rapport disponible en ligne : <https://www.opinion-way.com/fr/sondage-d-opinion/sondages-publies/opinionway-pour-qare-post-partum-et-sante-mentale-septembre-2021/viewdocument/2676.html>

Actions

Ainsi, la mission du CCOMS est d'adapter le projet PATH au contexte français à travers deux axes principaux : l'information et la formation.



Entre mai et octobre 2021, plusieurs partenaires institutionnels et associatifs ont été contactés afin de constituer le comité de pilotage du projet (près de 40 experts et représentants d'institutions nationales en périnatalité et santé mentale, dont le ministère des Solidarités et de la Santé et des associations de parents comme Maman Blues).

Le comité de pilotage a validé le plan d'action en novembre 2021. Il se réunit depuis tous les 3 mois et des groupes de travail ont été mis en place pour chacune des actions prévues.

Les 4 actions menées en France sont les suivantes :

1. " Axe " Information " :
 - Familles et professionnels de la santé

En partenariat avec PSYCOM, organisme national d'information sur la santé mentale, deux brochures d'information d'une quinzaine de pages chacune seront publiées prochainement sur (versions papier et numérique). La première brochure informera les nouveaux et futurs parents sur le passage à la parentalité, les symptômes du baby blues et de la dépression périnatale, et les ressources pour aller mieux (soins, associations, soutien par les pairs). La seconde brochure présentera les différentes maladies mentales périnatales, leur dépistage, leur diagnostic et leur traitement.



Population cible minimale : La première brochure sera imprimée en 60 000 exemplaires et la seconde en 20 000 exemplaires. Elles seront largement distribuées par le réseau national des partenaires français de PATH. Ces brochures seront également distribuées en format numérique et référencées dans l'application 1000 premiers jours.



— Pères/second parents

En complément de la première brochure, et afin de sensibiliser les pères ou les seconds parents à la santé mentale périnatale, un support d'information illustré au format BD est en cours de conception en partenariat avec PSYCOM et l'association The Ink link qui pilote l'action. Ce document sera diffusé sur les principaux réseaux sociaux.



— Familles et employeurs

Afin de sensibiliser les employeurs et les familles à la relation étroite entre la transition vers la parentalité, la santé mentale et l'emploi, 10 épisodes de podcast sont prévus en partenariat avec "Studio Caféine", qui pilote l'action (mots clés : droits, égalité des sexes, bien-être au travail, santé mentale des futurs et nouveaux parents, politique des 1000 premiers jours, politiques d'entreprise favorables à la famille)



2. "Axe " Formation "

— Les professionnels de la santé

Enfin, la 4ème action est une formation en ligne, un MOOC (Massive Online Open Course) intitulé "Perinatal mental health in the first 1000 days". Le public visé est le suivant : médecins généralistes et spécialistes, sages-femmes, infirmières, psychologues, psychomotriciens, professionnels de la santé, etc. Au total, 46 leçons vidéo de 15 minutes chacune, incluant des témoignages de parents et des quiz, seront réparties en 3 modules (module 1 "transition à la parentalité et troubles mentaux périnataux", module 2 "développement et santé de l'enfant" et module 3 "parcours de soins, réseau et soutien par les pairs"). Cette formation sera traduite en anglais. Cette action est menée en partenariat avec Pédagogie Numérique en Santé (PNS).

Sur la base du nombre moyen de professionnels de la périnatalité inscrits aux précédents MOOC PNS, la population cible de cette action est estimée entre 2500 et 3000 professionnels de la santé.

À l'issue de la formation, chaque candidat recevra un certificat attestant de sa réussite. Une évaluation des connaissances des candidats avant et après avoir terminé le MOOC sera effectuée.

À l'avenir, ce cours pourra être accrédité pour le développement professionnel continu (DPC).

Toutes ces informations et tous ces outils de formation seront disponibles au début de 2023 et seront publiés sur le site Web du projet PATH.

Une conférence consacrée au projet PATH se tiendra le 18 novembre dans le cadre du congrès de l'ARIP,⁴ qui a réuni l'an dernier environ 300 professionnels de la santé sur place et plus de 1000 en ligne.

Le MOOC sera également présenté au congrès Paris Santé Femmes⁵ qui se tiendra à Lille en janvier 2023.



4 <https://environner-bebe.sciencesconf.org/>

5 <https://paris-sante-femmes.fr/>

04

Les leçons tirées de la discussion

Collaboration

Ce projet international a produit un large éventail d'outils et de cours de formation utiles, novateurs et permettant d'élargir les connaissances. Les différents pays ont travaillé en étroite collaboration pour obtenir ces produits finaux. Des réunions transfrontalières, des réunions Zoom®, des réunions du groupe de pilotage et beaucoup de courrier et d'appels téléphoniques ont précédé cela. Un projet de quatre ans donne d'excellents résultats, mais constitue également un défi de gestion et de communication, surtout en période de pandémie. Les partenaires apprennent à se connaître (sur le plan interprofessionnel) et rencontrent également certaines différences culturelles au fil des ans. Cela s'est reflété à la fois dans la manière de travailler et dans l'aspect communication. En tant que partenaires, nous avons beaucoup appris de ce projet - d'une part en termes d'expertise sur le bien-être mental périnatal, et d'autre part en termes de coopération et de communication internationales.

Les différences linguistiques et culturelles sont l'un des premiers obstacles qu'un projet international comme PATH doit surmonter. Tout d'abord, l'anglais n'est pas la langue maternelle de tous les partenaires. Par conséquent, des informations précieuses sont parfois perdues dans la traduction. Il est donc crucial de vérifier régulièrement si le message a été bien compris. Bien que la région du projet PATH ne soit pas très étendue géographiquement, le consortium a rencontré quelques différences culturelles dans le style de communication. Par exemple, nous avons remarqué que les partenaires britanniques réagissaient parfois de manière plutôt positive et enthousiaste à certaines propositions, par politesse, même s'ils ne les approuvaient pas vraiment. En revanche, cela ne rimait pas tout à fait avec le mode de communication souvent direct des partenaires des Pays-Bas. Avec les partenaires français successifs, la communication s'est rapprochée du style anglais, mais un aspect hiérarchique a également été remarqué, ce qui était plutôt inhabituel pour les partenaires flamands et néerlandais. Détecter ces points aveugles chez soi et trouver la bonne façon de se comporter les uns avec les autres a demandé, surtout au cours de la première année du projet, un grand investissement en temps. L'arrivée de la pandémie COVID 19 a rendu cette recherche encore plus difficile, car la communication écrite et en ligne (via des e-mails et des réunions Zoom®) a ajouté une deuxième barrière.

En plus de l'apprentissage et des expériences interculturelles précieuses, les objectifs suivants ont été atteints dans le cadre de la coopération transfrontalière :

- **Nous avons appris les uns des autres et des diverses initiatives qui ont eu lieu et les avons améliorées.**
- **Les diverses expériences, expertises et connaissances existantes ont été rassemblées (notamment sur une plateforme en ligne partagée, Basecamp).**
- **Coopération et co-créations transfrontalières intensives, en tenant compte de chaque organisation partenaire individuelle.**
- **Diverses formations et outils ont été développés et testés dans les différents pays.**
- **La conférence de clôture a été organisée conjointement**



Évaluation

Dans le cadre de l'évaluation, il y avait surtout une grande différence dans la manière de travailler avec le Royaume-Uni. Le partenaire évaluateur (en Flandre) a obtenu l'approbation éthique pour distribuer ces différents questionnaires dans les quatre pays (SHW_19_34). Au Royaume-Uni, l'un des partenaires britanniques a pris la responsabilité de l'évaluation. Dans le cadre de l'organisation du NHS, il a été nécessaire de demander l'approbation éthique au Royaume-Uni même. Ces demandes supplémentaires ont entraîné des retards dans le processus d'évaluation au Royaume-Uni. Sur deux ans (2020-2022), un total de 14 modifications ont été demandées. Finalement, au Royaume-Uni, les questionnaires du work package 1 ont pu être distribués à partir de septembre 2021 et les questionnaires du work package 2 à partir de mai 2022. Cependant, la fin de la collecte des données était prévue pour juillet 2022, ce qui rendait le délai de distribution des questionnaires trop court. Malheureusement, cela signifiait que les sessions de formation en cours au Royaume-Uni ne pouvaient pas être évaluées, car elles avaient manifestement commencé avant l'obtention de l'approbation éthique.

L'évaluation en France a également rencontré des obstacles. Le partenaire actuel est entré dans le projet plus tard. Le partenaire français précédent prévoyait des défis (éthiques) majeurs pour mener à bien l'évaluation telle qu'elle était envisagée pour les quatre pays. Après le départ du premier partenaire français, le CCOMS de l'OMS s'est joint à l'équipe, mais étant donné le court délai dans lequel il devait suivre le reste du projet, il est devenu difficile de continuer à distribuer les questionnaires prédéfinis en France. En conséquence, il a été décidé - avec le chef de projet - de laisser l'évaluation en France au partenaire lui-même. Ce partenaire a lui-même rédigé un compte-rendu de cette évaluation et de ses réalisations dans ce rapport (cf. Rapport France).

Malgré l'existence de l'accord d'Helsinki (30), nous apprenons que les processus éthiques dans les différents pays sont menés de manière différente selon des protocoles différents qui ne favorisent pas toujours la mise en œuvre pratique de l'évaluation.

Réflexion



Les résultats obtenus dans ce projet montrent que beaucoup de choses ont été réalisées dans le cadre des différentes réalisations. Presque tous les objectifs généraux qui avaient été pré-définis ont été atteints. La campagne multimédia a permis de toucher une grande partie de la population et de la sensibiliser à la santé mentale périnatale. Les questionnaires montrent que les différentes formations ont donné d'excellents résultats. Par exemple, les outils en ligne se sont avérés précieux et efficaces. Malheureusement, l'impact n'a pas pu être démontré partout.

Dans l'ensemble, nous constatons que nos questionnaires ont principalement touché des parents et futurs parents très instruits, cohabitant et ayant un emploi, en particulier des femmes. Ainsi, les résultats doivent toujours être interprétés avec prudence. En outre, nous devons être conscients que nous avons manqué une grande partie de la population avec cette évaluation, en particulier les personnes dans une situation plus

vulnérable, telles que les personnes seules et les nouveaux arrivants non natifs. Il est certainement important d'explorer la PMI à l'avenir parmi un groupe plus vulnérable de parents et de futurs parents ayant des problèmes psychosociaux.



Outre les résultats prédéterminés, certains outils technologiques supplémentaires ont également été développés dans le cadre du projet PATH (). D'une part, la RV a été utilisée et, d'autre part, des bandes dessinées ont été utilisées. Dans le cadre de PATH, des films de RV ont été créés, en collaboration avec l'Université de Bournemouth et l'IHV, sur l'impact de la santé mentale périnatale sur les pères. Ils offrent un aperçu des émotions réelles des parents avec leur bébé à la maison lorsque des problèmes de santé mentale sont présents. La RV est un environnement généré par ordinateur avec des scènes et des objets qui semblent réalistes. L'utilisateur porte un casque de RV et a ainsi l'impression d'être immergé dans l'enregistrement : vous vous retrouvez dans le monde de la famille filmée comme si vous y étiez réellement. L'observation de la réalité reconstituée permet un apprentissage expérientiel immersif : l'intensité et la complexité des problèmes de santé mentale que vous rencontrez en tant que soignant, tels que les parents les vivent. Cela facilite la reconnaissance des signes liés au déséquilibre mental.



En outre, un outil a été développé en collaboration avec l'Université de Bournemouth pour les mères ayant vécu un accouchement traumatique. De manière unique, l'outil se présente sous la forme d'une bande dessinée (Comic Strips). L'utilisateur peut choisir un avatar et le modéliser à volonté. Dans les bulles, l'utilisateur peut écrire une histoire. Un accouchement traumatique peut avoir un impact majeur sur la vie d'une femme.



La première étape pour identifier un traumatisme lié à l'accouchement est de s'interroger sur les sentiments et les pensées dans le post-partum. À cette fin, les récits d'expérience ont été traduits en une sorte de "storytelling". Cela a été fait dans le cadre des travaux finaux du cours de sage-femme à l'Université des sciences appliquées d'Odisee. Les étudiants sages-femmes ont traduit des histoires d'accouchement traumatisantes

qu'ils avaient entendues lors d'entretiens avec des femmes en train d'accoucher, en utilisant des bandes dessinées. Cette bande dessinée a ensuite été utilisée comme outil de communication lors d'autres entretiens avec des parents, en tant qu'outil de reconnaissance. En outre, l'outil Bande Dessinée a également été utilisé dans une

brochure d'information sur les douleurs de la ceinture pelvienne pour partager des histoires d'expérience et d'émotions liées à ce problème (comme la douleur, l'isolement social, le découragement, l'anxiété, etc.) et fournir une (h)reconnaissance.

Grâce au développement de ces outils technologiques, l'objectif suivant a également été atteint dans le cadre du projet PATH

- **Les connaissances en matière de santé et de sciences sociales ont été associées à la technologie numérique (RV, applications et jeux de santé en ligne, technologie de jeu avancée) afin d'approfondir la compréhension de la nouvelle parentalité.**



COVID-19

Les premiers reportages sur la pandémie de COVID-19 sont arrivés en décembre 2019. À ce moment-là, en tant que partenaires, nous avons presque terminé la première année de projet. Cette année de projet avait principalement consisté à mettre nos nez dans la même direction, à surmonter les barrières culturelles et linguistiques évoquées précédemment, et à planifier la mise en place des premières formations.

Lorsque les fermetures dans les différents pays ont été annoncées au printemps 2020, cela a affecté le projet et des ajustements ont été nécessaires. Tous les partenaires du projet se sont collectivement investis dans les ajustements, mais aussi dans la mise en place d'un centre d'information imprévu, mais réalisé avec succès, sur COVID-19 pour les différents groupes cibles du projet. En outre, les partenaires du projet ont fait preuve de flexibilité et de créativité pour mener à bien les modules de travail. L'ensemble du deuxième lot de travail consistait en des formations qui se déroulaient en face à face, en groupes plus ou moins importants. Dans la mesure du possible, les formations ont été converties en une alternative en ligne. Par exemple, en Flandre, les ateliers pour les parents (voir le résultat 4) et les journées de formation pour les aidants ont été convertis en une alternative en ligne. [Flandre, Belgique](#)) et les journées de formation pour les aides-soignants (voir résultat 5 - [Flandre, Belgique](#)), ont été proposés respectivement sous forme d'ateliers en ligne et de deux webinaires. Au Royaume-Uni également, une version adaptée et en ligne des cours destinés aux parents (voir le résultat 4 -) a été proposée. [Royaume-Uni](#)) qui étaient à l'origine dispensés en face à face. Le cours destiné aux pairs supporteurs aux Pays-Bas (voir le résultat 6 -) a été transformé en une formation en ligne. Les [Pays-Bas](#)) a été transformé en apprentissage en ligne, afin de continuer à toucher les pairs supporteurs. De même, le documentaire "Ze wist toch waar ze aan beginnen", qui avait été utilisé dans la campagne multimédia néerlandaise (voir le résultat 1 -), a été distribué à toutes les parties prenantes. [Pays-Bas](#)), a été distribué à toutes les parties prenantes, afin de continuer à les atteindre.



De manière inattendue, la pandémie a également apporté quelques opportunités. Par exemple, en tant que partenaires, nous avons appris qu'il est possible d'atteindre les prestataires de soins, les jeunes parents et les employeurs par le biais de canaux en ligne. Les travailleurs humanitaires qui ont assisté à l'un des webinaires en Flandre ont déclaré qu'il était utile de pouvoir regarder l'enregistrement à un moment ultérieur, car autrement leurs heures de travail ne leur permettaient pas d'y assister. En outre, sur le hub en ligne (voir [PATH Résultat 3](#)) une page entière a été consacrée à COVID-19. Certains partenaires se sont engagés à maintenir cette page à jour avec des informations correctes sur la COVID-19 en relation avec la grossesse, la naissance et les jeunes enfants, avec un accent supplémentaire sur le bien-être mental et où trouver de l'aide. Cet engagement spontané a été très apprécié et a montré la résilience des partenaires.

AP Hogeschool a réalisé une analyse supplémentaire de l'impact de COVID-19 sur la santé psychologique des femmes enceintes et post-partum en Flandre avant et pendant la pandémie. Cela a été possible car les questionnaires flamands avaient déjà été distribués en Flandre parmi les femmes enceintes et celles qui venaient d'accoucher avant le premier verrouillage. Les résultats de ces analyses ont été publiés dans la revue scientifique PlosOne et sont accessibles au public. [disponible](#).



Publications et présentations

Les résultats et les outils du projet PATH ont été diffusés par différents canaux. Les résultats de l'enquête ont été publiés dans des revues (inter)nationales évaluées par des pairs. Plusieurs partenaires PATH ont pu présenter les résultats lors de conférences (inter)nationales par le biais de présentations et de posters. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des publications et des présentations de tous les partenaires.



Publications

- Bleijenbergh R, Van den Branden L, van Gils Y, Van de Craen N, Kuipers Y. Validation of the postpartum bonding questionnaire : a cross-sectional study among Flemish mothers. *Midwifery*. 2022
- Brosens C, van Gils Y, Van den Branden L, Bleijenbergh R, Rimaux S, Mestdagh E, Kuipers Y. Coping behaviour associated with pregnancy-related anxiety : a cross-sectional study *International journal of Childbirth* (accepté)
- De Moor, S., Jacobs, K., Steckel, S., Tency, I. Perceptions des femmes enceintes et post-partum lors d'une coronacrise. Expérience de la prestation de soins pendant la période initiale de verrouillage cartographiée. *Journal of Midwifery*, 2021, 27 (2), 83-90
- Kuipers, Y. Perinatal mental Health (PATH) Santé émotionnelle périnatale. *L'obstétricien*. 2021 ; juillet/août.

- Kuipers Y, Mestdagh E. Emotional wellbeing of student midwives during COVID-19. *Femme et naissance*. 2022
- Kuipers Y, Bleijenbergh R, Van den Branden L, Van Gils Y, Rimaux S, Claerbout A, Mestdagh E. Psychological health of pregnant and postpartum women before and during the COVID-19 pandemic. *PlosONE*. 2022
- Nair, B. Nouveau projet visant à soutenir les parents atteints de maladie mentale périnatale. *Journal of General Practice Nursing*. 2022 ; mars.
- Van de Craen N, Van den Branden L, Kuipers Y. Committed and competent ? Perceptions et expériences des sages-femmes flamandes concernant leur rôle dans le soutien de la transition vers la parentalité jusqu'à la première année post-partum. *Tijdschrift voor Voedvrouwen*. 2021 ; 27(1):17-23.
- Van den Branden L, Van de Craen N, Van Leugenhaege L, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. On cloud nine ? Le bien-être émotionnel de la mère de six semaines à un an après l'accouchement - Une étude transversale (soumis)
- Van den Branden L, Van de Craen N, Van Leugenhaege L, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. Flemish midwives' perspectives on supporting women during the transition to motherhood : A Q-methodology study. *Midwifery*. 2022
- Van den Branden L, Van de Craen N, Mestdagh E, Timmermans O, Van Rompaey B, Kuipers Y. *MetoWE* : a Delphi-study of the midwife's tasks when supporting women during transition to parenthood (soumis)
- Van Gils Y., Bleijenbergh R., Brosens C., Van den Branden L., Rimaux S., Kuipers Y.J. The validation of the Brief COPE in a Belgian perinatal population. *Maternal and Child Health Journal*. 2022.
- FROEG Special (magazine) : Projet PATH 2022
- Quatre étudiants néerlandais en licence d'obstétrique de l'Académie d'obstétrique de Rotterdam, Université des sciences appliquées de Rotterdam, et un étudiant en master de santé publique de l'Université d'Amsterdam ont utilisé les données quantitatives de PATH pour rédiger leur thèse sous la supervision de l'équipe d'évaluation du PA, et ont réussi leurs études.

Présentations

- Nair B, Kuipers Y. It takes a village...R Perinatal Quality Network Annual Forum Royal College of Psychiatrists (11/11/19)
- Van den Branden L. On cloud nine ? Le bien-être émotionnel de la mère de six semaines à un an après l'accouchement - Une étude transversale. Centre national de connaissances Psychiatrie et grossesse, Pays-Bas Symposium Grossesse et anxiété/dépression/psychose (17/01/20)
- Nair, B. Conférence de l'International Marce Society (06/10/20)
- Van den Branden L. On cloud nine ? Le bien-être émotionnel de la mère de six semaines à un an après l'accouchement - Une étude transversale - Conférence Dublin (03/04/20)

- Conférence annuelle de la Society for Reproductive and Infant Psychology (SRIP) 41st (en ligne), Chester, Royaume-Uni (septembre 2021) :
 - Kuipers Y. Validité et précision des questions de Whooley et de l'échelle de la peur de l'accouchement pour identifier un bien-être émotionnel prénatal réduit.
 - Brosens C. Protocole de l'étude PATH - présentation du poster
- Conférence iHV (avril 2021)
- Nair B. Mise à jour du projet PATH. Forum annuel du Perinatal Quality Network, Royal College of Psychiatrists Conférence d'automne 2021 du Royal College of Psychiatrists South Eastern Division (18/11/21)
- CARE 4 (Februari 2022):
 - Brosens C. Coping behaviour associated with pregnancy-related anxiety - poster CARE 4 Ghent (Feb 2022)
 - Kuipers, Y., Bleijenberg, R., Van den Branden, L., van Gils, Y., Brosens, C., Tency, I. Perinatal Mental health of pregnant and postpartum women across four North Sea coastal areas - the Flemish online/digital tools. CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 février 2022 (en ligne, symposium).
 - Tency, I. Brosens, C., Van den Branden L., Jacquemyn, Y. Identifier les lacunes et les besoins des professionnels de santé en formation en matière de santé mentale périnatale. CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 février 2022 (en ligne, présentation orale)
 - Présentation orale Développement What's up Mama. CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 février 2022 (en ligne, présentation orale)
 - Mini-symposium PATH (contenu, objectif, interventions, évaluation). CARE4 International Scientific Nursing and Midwifery Conference, 8-10 février 2022 (en ligne, présentation orale)
 - Kuipers, Y. Présentation par affiches : Validité et précision des questions de Whooley et de l'échelle de la peur de l'accouchement pour identifier un bien-être émotionnel prénatal réduit.
 - Van den Branden L. Présentation d'affiches : Perceptions par les sages-femmes de leur rôle et de leurs tâches dans le conseil aux femmes en période pré et postnatale et du bien-être périnatal de la mère.
 - présentation
- Tency, I., Verduyck, L. Sage-femme et enceinte ? Que faire maintenant ? Conseils pour les employées enceintes et les mères qui travaillent. Journée d'étude Main issue ? L'attention à soi n'est pas une pensée après coup !, Organisation professionnelle flamande des sages-femmes, 24 mars 2022 (conférence, webinaire)
- Nair, B. Présentation lors d'un événement de formation conjoint pour les médecins et les pharmaciens - Care Grow Live (20/04/22)
- Nair, B. Webinaire sur la santé mentale périnatale dans le Sud-Est (26/04/22)
- Tency, I., Vallaey, E. Bien-être mental et bien-être des (futurs) parents sur le lieu de travail. Conseils et astuces pour les employeurs. Session d'information Le bien-être

mental des (futurs) parents sur le lieu de travail, Odisee University College et VOKA Health Community, 10 mai 2022, Alost.

- Congrès nordique des sages-femmes, Helsinki (mai 2022) :
 - Le bien-être mental des femmes enceintes et post-partum avant et pendant le COVID-19
- Prior, F., Stickland D., Tency, I. Naber, F. Parents thriving in the workplace, Conférence finale PATH, 16 novembre 2022, Anvers (présentation)
- Tang, W., Tency, I., Devlin, T., Zequn, L., Yichen, H. McGannan, S. Documenting peri-natal mental health experience through interactive digital storytelling. Bandes dessinées, linguistique, langages visuels et intelligence artificielle pour la santé mentale, conférence sur la santé en ligne, Rome, 6-7/02/2023 (accepté, présentation)

Conférence finale

Enfin, toutes les réalisations ont été présentées lors de la conférence finale de PATH, le 16 novembre 2022, au Kinopolis d'Anvers.

Le programme de cette conférence finale était le suivant :



9:00 Arrivée et cafés

9h30 Accueil par Candice De Windt : ambassadrice des soins et du bien-être pour le Gouvernement flamand **et Hilde Crevits** : Vice-première ministre du gouvernement flamand et ministre flamande du bien-être, de la santé publique et de la famille

Et une courte introduction du Centre Santé et Europe - Chef de file du projet PATH sur la santé mentale périnatale : Sophie McGannan

10:00 Conférencier invité : Dr Alain Grégoire

Le pouvoir des alliances pour favoriser le changement

10:45 Conférencier invité : Dr Tatiana Salisbury

La prise en charge de la santé mentale périnatale dans les services de santé maternelle et infantile

11:15 Conférencier invité : Dr Lois McKellar

Votre temps : La santé mentale périnatale au creux de votre main

12:00 Déjeuner de réseautage

13:00 "Les parents s'épanouissent sur le lieu de travail"

Accueilli par les partenaires du projet PATH : Francesca Prior & Daniel Stickland (Southampton City Council), Inge Tency (Odisee) & Fabienne Naber (Maasstad)

Rejoignez notre équipe PATH pour une session d'apprentissage interactive comprenant des recommandations et des ressources pour soutenir la santé mentale et le bien-être périnatal des parents sur le lieu de travail, ainsi que les résultats d'une étude sur le monde du travail avant, pendant et après le COVID au Royaume-Uni, en France, en Belgique et aux Pays-Bas.

13:45 "Le rôle des professionnels de santé dans la promotion de la santé mentale périnatale"

Accueilli par les partenaires du projet PATH : Dr Bosky Nair (Kent and Medway NHS partnership trust), Christine Franckx (Gio VZW), Jacobien Wagemaker (Maasstad) & Nathalie Leone (World Health Organisation Collaborating Centre for Training and Research in Mental Health)

Rejoignez notre panel PATH transfrontalier qui discutera et présentera le travail des quatre pays PATH en se concentrant sur la manière dont les professionnels de la santé peuvent faire la différence dans la prestation de soins primaires en matière de santé mentale périnatale et promouvoir les relations parents-enfants.

14:30 Réseautage, poursuite de l'apprentissage du projet PATH & présentations de posters dans la salle de la terrasse

Au cours de l'après-midi, nous réunissons activement les participants pour partager les bonnes pratiques et discuter des obstacles à surmonter dans l'éducation, l'élaboration des politiques ou la pratique, en invitant les candidatures pour des présentations de posters.

Les stands de la zone de mise en réseau comprennent :

- Exposition sur le chemin de la parentalité préparée
- Exposition de réalité virtuelle
- Réalisation de bandes dessinées
- Synappz santé numérique
- Apprentissages électroniques de différents partenaires
- What's up mama : outil en ligne pour les femmes enceintes et post-partum
- Informations sur la matrescence et le bien-être des futurs et nouveaux parents
- Soutien par les pairs de l'association de clients

16:00 Apprentissage de PATH et clôture - Prof Dr Yvonne Fontein-Kuipers

(AP University College - partenaire du projet PATH) sur les enseignements et l'héritage de PATH.

17:00 Fin de la conférence

Pendant et après les différentes présentations des orateurs invités, il y avait à chaque fois un moment interactif avec le public. Un microphone en forme de cube a été lancé dans la salle, permettant aux participants de la conférence de poser leurs questions. L'après-midi a été entièrement consacrée à la présentation des formations et des outils

développés dans le cadre du projet. Là encore, les participants ont pu interagir avec les partenaires du projet. Les participants ont également eu l'occasion de nouer des contacts avec les participants et les partenaires du projet pendant le déjeuner et le temps de l'après-midi. De nombreux nouveaux contacts ont été établis à cette occasion. Pendant ces moments de réseautage, les partenaires du projet ont obtenu des retours très positifs de la part des participants à la conférence, tant sur les outils et les sessions de formation développés que sur les présentations des orateurs invités. Cette journée passionnante et instructive a touché quelque 250 aidants (étudiants), pairs, employeurs et sympathisants, y compris des parents et futurs parents. La journée a été très bien accueillie. Un compte-rendu de cette journée passionnante a été réalisé sous la forme d'une brochure intitulée [courte vidéo](#).

Cette conférence finale, combinée à tous les outils et formations, a également permis d'atteindre l'objectif suivant :

- **Mettre en relation les femmes/familles (y compris les pères), les professionnels de la santé, les employeurs et la communauté au sens large**

Durabilité

Dans le cadre de ce projet, les outils et les formations ont été principalement développés dans le cadre des résultats et du calendrier prédéterminés du projet. Cependant, ces développements sont destinés à être affinés et mis en œuvre dans les opérations de chaque organisation. [Le hub en ligne](#). Le site web de la Commission européenne, sur lequel tous les outils en ligne ont été mis à disposition, continuera d'exister pendant encore 5 ans. Toutefois, les informations ne seront plus mises à jour. Grâce aux nombreux liens vers les différentes organisations et les outils externes, nous espérons que ce centre restera une plateforme durable à laquelle de nombreux parents et futurs parents, prestataires de soins et employeurs pourront accéder. Des fonds supplémentaires sont recherchés pour optimiser et mettre en œuvre le matériel et les formations développés dans la pratique quotidienne. En raison des nombreuses réactions positives au projet PATH, il est clair qu'il est nécessaire d'explorer davantage le sujet de la "santé mentale périnatale". Le projet PATH a été très utile et nous donne des outils pour continuer à travailler sur ce sujet.

Deux autres objectifs de durabilité ont également été atteints en développant ce hub en ligne :

- **Des outils et des interventions librement disponibles ont été créés**
- **Un réservoir de connaissances a été créé**



04

Conclusion

Dans le cadre du projet PATH, d'une durée de quatre ans, elle a travaillé sur deux paquets de travail différents comprenant six résultats, chacun ayant des objectifs différents.

Dans le cadre du **premier paquet de travail**, de nouveaux services en ligne durables ont été conçus pour accroître la reconnaissance et la prévention de la santé mentale périnatale et soutenir le bien-être mental des nouvelles familles. Dans le cadre de la campagne multimédia ([PATH Sortie 1](#)), nous avons touché plus de 50 millions de personnes dans les différents pays et avons montré qu'il y avait une grande amélioration des symptômes dépressifs ainsi qu'une réduction de la stigmatisation. Les outils en ligne destinés aux prestataires de soins de santé et aux employeurs ([PATH Sortie 2](#)) ont été accueillis avec beaucoup d'enthousiasme par les prestataires de soins (étudiants). Dans le cadre de cette production, aucun effet n'a pu être démontré sur la base de cette évaluation. Les outils en ligne destinés aux parents et aux futurs parents ([PATH Résultat 3](#)) étaient très diversifiés selon les pays, mais ils ont également été accueillis très positivement. Dans le cadre de ce résultat, nous avons pu montrer qu'en Flandre, l'outil a eu un effet positif, les mères et les futures mères ressentant moins d'anxiété et de symptômes dépressifs, il y avait moins de stigmatisation et plus de connaissances après avoir utilisé l'outil. Pour les Pays-Bas et le Royaume-Uni, nous n'avons pas pu démontrer un effet dans le cadre de ces résultats, principalement en raison du nombre insuffisant de répondants. Cependant, ces résultats ont été accueillis positivement par les utilisateurs.

Dans le cadre du **deuxième paquet de travail**, de nouveaux services durables en face à face ont été conçus pour accroître la reconnaissance et la prévention de la PMI et soutenir le bien-être mental des nouvelles familles. Des sessions de formation pour les parents et les futurs parents ([PATH Sortie 4](#)) ont été développées sur la base des besoins des familles et ont été très appréciées par les participants. Malheureusement, nous

n'avons pas pu démontrer un impact dans le cadre de ce produit, principalement en raison du nombre trop faible de répondants. Les formations destinées aux soignants (PATH Sortie 5) étaient très diverses et ont été dispensées en partie en ligne et en partie en face à face. Aux Pays-Bas et en Flandre, les analyses nous ont permis de démontrer un effet positif. Au Royaume-Uni, nous n'avons pas pu démontrer un effet dans le cadre de cette production, car il n'y avait pas de répondants ici. Enfin, les sessions de formation pour les pairs supporteurs (PATH Résultat 6) ont également été accueillies très positivement. Ici, un effet positif des formations en Flandre a été démontré par l'évaluation. Pour les Pays-Bas et le Royaume-Uni, nous n'avons pas pu démontrer un effet dans le cadre de ce résultat, principalement en raison du nombre insuffisant de répondants. Cependant, les participants à ces formations étaient très enthousiastes.



Nous pouvons conclure que l'objectif global a été atteint dans ce projet :

- **PATH a développé une structure de santé holistique et inclusive : axée sur la demande et en collaboration avec des experts par expérience et des (futurs) parents.**

Références

Condon J. T. 1993. The assessment of antenatal emotional attachment : development of a questionnaire instrument. *The British journal of medical psychology*, 66 (Pt 2), 167-183. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x>

Condon, J. T. et Corkindale, C. J. 1998. The Assessment of Parent-to-Infant Attachment : Development of a self-report questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1) : 57-77

Condon JT, Corkindale CJ, Boyce P. 2008. Assessment of postnatal paternal-infant attachment : development of a questionnaire instrument. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26(3):195-210 DOI 10.1080/02646830701691335.

Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., 1987. Détection de la dépression postnatale : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150 (6), 782-786.

Fontein-Kuipers Y, Ausems M, van Limbeek E, Budé L, de Vries, R, Nieuwenhuijze M. Factors influencing maternal distress among Dutch women with a healthy pregnancy. *Femmes et naissance*. 2015 ; 28:e36-e42. doi : 10.1016/j.wombi.2015.02.002.

Fontein-Kuipers Y, Ausems M, de Vries R, Nieuwenhuijze M. The effect of Wazzup Mama ! Une intervention prénatale pour prévenir ou réduire la détresse maternelle pendant la grossesse. *Archives de la santé mentale des femmes*. 2016 ; 19(5):779-88. DOI: 10.1007/s00737-016-0614-8.

Fontein-Kuipers Y, van Limbeek E, Ausems M, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Responding to maternal distress : from needs assessment to effective intervention. *Revue internationale de santé publique*. 2017 ; 62(4):441-452. doi:10.1007/s00038-016-0910-0.

Griffiths, K.M., Christensen, H., Jorm, A.F., Evans, K., & Groves, C. (2004) Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression : Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185 : 342-349.

Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., MacKinnon, A., Calear, A.L., Parsons, A., Bennet, K., Batterham, P.J., Stanimirovic, R. (2012) Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes : An Exploratory Randomised Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14 : 69.

Hammer, J. H., & Parent, M. C., & Spiker, D. A. (2018). Échelle des attitudes de recherche d'aide mentale (MHSAS) : développement, fiabilité, validité et comparaison avec l'ATSSPH-SF et l'IASMHS-PO. *Journal of Counselling Psychology*, 65, 74–85. doi : 10.1037/cou0000248

Hammer, J. H., & Spiker, D. A. (2018). Dimensionnalité, fiabilité et preuve de validité prédictive pour trois instruments d'intention de recherche d'aide : ISCI, GHSQ, et MHSIS. *Journal of Counselling Psychology*, 65, 394–401. doi : 10.1037/cou0000256

Jomeen, J., Jarrett, P., & Martin, C. R. (2018). Échelle des problèmes professionnels en matière de santé mentale maternelle (PIMMHS) : Le développement et la validation initiale d'une mesure brève et valide. *European journal of midwifery*, 2, 2. <https://doi.org/10.18332/ejm/83276>

Kuipers J, Van Leugenhaege L, Van de Craen N, Van den Branden L, Bleijenbergh R, Mestdagh E, Van Rompaey B. Factors influencing the maternal life balance of Flemish mothers, a cross-sectional study. *Recherche appliquée en qualité de vie*. Accepté pour publication en 2019

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ : Princeton University Press.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. Dans J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology : A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, Royaume-Uni : NFER-NELSON.

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale : assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioural medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalised anxiety disorder : the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092-1097.

Whooley, M., Avins, AL., Miranda, J., & Browner, WS. (1997) Case-Finding Instruments for Depression Two Questions Are as Good as Many. *Journal General Internal Medicine*. 12: 439–445.

Annexes

CLAUDE DE NON-RESPONSABILITÉ: Les données font partie du programme Interreg 2 Seas Mers Zeeën et selon l'article 14 de l'accord de partenariat PATH 2 2S05-002 5 (06/02/2019), documents explicitement marqués comme confidentiels, les partenaires du projet prendront des mesures pour s'assurer que tout le personnel impliqué dans le projet respectera la confidentialité des données, ne diffusera pas les données, ne fournira pas les données à des tiers et n'utilisera pas les données sans le consentement du partenaire principal (Health & Europe Centre) ou du partenaire qui a fourni les données (AP Hogeschool Antwerp). Selon l'article 14 de l'accord de partenariat PATH 2 2S05-002 5 (06/02/2019), les demandes d'accès aux données sont contrôlées par les chercheurs du partenaire d'évaluation du projet PATH (AP Hogeschool Antwerp). Par conséquent, les données ne sont disponibles que sur demande.

PATH Output 1 - Campagne multimédia de sensibilisation et de déstigmatisation de la PMI

Pièce jointe 1.1 - Flandre, Belgique

Tableau 1 - Analyses descriptives WP1.1 Belgique									
		PRÉ-MESURE (N=1506)				POST-MESURE (N=244)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	43	2,9			7	2,9		
	Femme	1460	96,9			237	97,1		
	X	3	0,2			0	0		
Mère/partenaire	Une (future) mère	1387	92,1			225	92,2		
	Un partenaire	119	7,9			19	7,8		
Grossesse/post-partum	Enceinte	776	51,5			51	20,9		
	Post-partum	730	48,5			193	79,1		
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	65	4,3			5	2,0		
	1-19 h	76	5			10	4,1		
	20-32 h	400	26,2			67	27,5		
	33-40 h	783	52			136	55,7		
	> 40 h	182	12,1			26	10,7		
Niveau d'éducation le plus élevé	Aucun	0	0			0	0		
	<i>Lager onderwijs</i>	18	1,2			1	0,4		
	<i>BSO</i>	48	3,2			5	2,0		
	<i>7de jaar BSO, volledige graad ASO, TSO of KSO</i>	230	15,3			33	13,5		
	<i>Graduaat/Hoger beroepsonderwijs niveau 5, Bachelor, BanaBa</i> <i>Maître, ManaMa, PhD</i>	693	46			120	49,2		
Pays d'origine	Belgique	1408	93,5			240	98,4		
	Autre	98	6,5			4	1,6		
Statut relationnel	Marié, cohabitant, partenariat civil	1448	96,1			238	97,5		
	En couple mais vivant séparément	7	0,5			2	0,8		
	Simple	51	3,4			4	1,6		
	Veuf/veuve	0	0			0	0		
Les enfants d'une précédente relation	Oui	59	3,9			6	2,5		
	Non	1447	96,1			238	97,5		
Religieux	Oui	380	25,2			46	18,9		
	Non	1126	74,8			198	81,1		
	Oui	489	32,5			101	41,4		

Problèmes psychologiques chez les passé	Non	1117	67,5			198	81,1		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=489				N=101			
	Oui	366	74,8			85	84,2		
	Non	123	25,2			16	15,8		
Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	488	32,4			92	37,7		
	Non	864	57,4			129	52,9		
	Je ne sais pas.	154	10,2			23	9,4		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	327	21,7			123	50,4		
	Non	1177	78,3			121	49,6		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		30,27	3,964	18	60	30,75	3,241	22	42
Santé physique	Score 1 (aucune plainte) - 10 (nombreuses plaintes)	4,36	2,579	1	10	4,65	2,596	1	10
Bénéficie d'un soutien émotionnel	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,62	1,692	1	10	6,88	1,833	1	10
Expériences de soutien pratique	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,43	1,909	1	10	6,86	1,959	1	10
Informations suffisantes la parentalité (à venir)	Score 1 (aucun) - 10 (maximum)	7,77	1,633	1	10	7,09	1,919	1	10
Impact COVID-19		N=359				N=208			
	Score 1 (aucune influence) - 10 (beaucoup d'influence)								
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mes pensées.		6,56	2,353	1	10	5,43	2,671	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon état d'esprit (bien-être, santé mentale).		5,90	2,528	1	10	5,67	2,623	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon comportement.		6,74	2,593	1	10	5,72	2,645	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur ma santé physique.		3,80	2,439	1	10	4,14	2,498	1	10
Femmes enceintes et partenaires		N=776				N=51			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (14 semaines)	175	22,6			13	25,5		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	278	35,8			17	33,3		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	323	41,6			21	41,2		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		23,84	9,888	2	41	23,27	10,052	5	39
Gravidité		1,87	1,105	1	10	1,78	0,808	1	4
Parité		0,57	0,711	0	4	0,53	0,612	0	2
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de le bébé	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	6,60	2,091	1	10	6,12	2,233	1	10
Se sentir prêt à être parent	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	7,14	1,704	1	10	6,43	2,032	1	10
Femmes en post-partum et partenaires		N=730				N=193			
		N	%			N	%		
Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	480	65,8			128	66,3		

	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse) extracteur, forceps)	89	12,2			25	13,0		
	Césarienne planifiée	61	8,4			15	7,8		
	Césarienne urgente	100	13,7			25	13,0		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
	Semaines post-partum	21,93	14,983	0	52	25,347	15,9422	1	52
	Gravidité	1,85	1,264	1	11	1,82	1,091	1	9
	Parité	1,49	0,711	1	5	1,52	0,715	1	6
	Dans quelle mesure...	<i>Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfaits/maximum préparés)</i>							
	êtes-vous satisfait de votre livraison ?	7,42	2,476	1	10	7,04	2,425	1	10
	vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?	7,18	2,332	1	10	6,73	2,432	1	10
	les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la réalité ?	6,31	2,716	1	10	5,89	2,726	1	10
	vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?	6,95	2,086	1	10	6,03	2,267	1	10
	vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?	6,48	2,170	1	10	4,97	2,433	1	10
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	428	28,4			47	19,3		
	2x oui	510	33,9			138	56,6		
	Non	568	37,7			59	24,2		
Anxiété généralisée (GAD2)		N=938				N=185			
	Oui	258	27,5			83	44,9		
	Non	680	72,5			102	55,1		
<i>* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considérée comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui le participant a reçu le questionnaire GAD2.</i>									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		N=158				N=11			
	Risque accru (11)	53	33,5			5	45,5		
	Total du score			8,3839	4,7646			11,8182	5,79341
Mères au deuxième trimestre		N=261				N=17			
	Risque accru (10)	82	31,4			10	58,8		
	Total du score			7,7738	4,76025			12,0588	6,71259
Mères au troisième trimestre		N=295				N=20			
	Risque accru (10)	107	36,3			15	75,0		
	Total du score			8,1682	4,8583			12,6272	5,82798
Mères en post-partum		N=673				N=177			
	Risque accru (13)	155	23,0			64	36,2		
	Total du score			9,3941	5,27438			11,5818	6,04450
Partenaires masculins		N=39				N=5			
	Risque accru (10)	5	12,8			1	20,0		
	Total du score			5,0517	4,02102			4,8000	3,70135

Partenaires féminins	N=80				N=14			
	Risque accru (12)							
	Total du score							
	26	32,5			6	42,9		
			9,5707	5,61350			11,0714	6,21987
Stigmatisation de la dépression (DSS)								
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)	48,3785	7,23366	18	76	46,7014	7,02678	23	63
Stigmatisation personnelle	19,5296	4,34419	9	35	18,2579	3,64827	9	32
Stigmatisation sociale	28,8489	5,03488	6	45	28,4434	5,39034	9	42
<i>p-value stigmatisme personnel/social</i>	<0,001				0,160			
Dépression des connaissances (DLQ)								
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)	12,7263	4,28545	0	22	12,6555	3,82124	1	20
Dépression des connaissances (items du DLQ)	Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.	525	41,9	728	58,9	77	36,8	132	63,2
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.	1099	87,7	154	12,3	189	90,4	20	9,6
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.	452	36,1	801	63,9	62	29,7	147	70,3
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.	1081	86,3	171	13,7	178	85,6	30	14,4
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.	543	43,3	710	56,7	84	40,4	124	59,6
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.	817	65,2	436	34,8	132	63,5	76	36,5
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.	1082	86,4	171	13,6	184	88,5	24	11,5
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.	1084	86,5	169	13,5	177	85,1	31	14,9
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.	1017	81,2	236	18,8	178	85,6	30	14,4
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.	594	47,4	659	52,6	93	44,7	115	55,3
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.	1127	89,9	126	10,1	187	89,9	21	10,1
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.	920	73,4	333	26,6	168	80,8	40	19,2
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une surdité.	758	60,5	495	39,5	133	63,9	75	36,1
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.	1109	88,5	144	11,5	192	92,3	16	7,7
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.	491	39,2	762	60,8	84	40,4	124	59,6
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.	41	3,3	1212	96,7	12	5,8	196	94,2
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.	100	8	1153	92	14	6,7	194	93,3
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.	461	36,9	790	63,1	69	33,2	139	66,8

19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	511	40,8	741	59,2	81	38,9	127	61,1
20) Les personnes souffrant de dépression doivent arrêter de prendre des antidépresseurs dès qu'elles se sentent mieux.	947	75,6	305	24,4	160	76,9	48	23,1
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	222	17,7	1030	82,3	42	20,2	166	79,8
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	965	77,1	287	22,9	149	71,6	59	28,4

Pièce jointe 1.2 - Pays-Bas

Tableau 1 - Analyses descriptives WP1.1 Les Pays-Bas									
		PRÉ-MESURE (N=311)				POST-MESURE (N=166)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	31	10,0			1	0,6		
	Femme	280	90,0			165	99,4		
	X	0	0			0	0		
Mère/partenaire	Une (future) mère	258	83,0			154	92,8		
	Un partenaire	53	17,0			12	7,2		
Grossesse/post-partum	Enceinte	173	55,6			35	21,1		
	Post-partum	138	44,4			131	78,9		
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	22	7,1			15	9,0		
	1-19 h	27	8,7			12	7,2		
	20-32 h	134	43,1			108	65,1		
	33-40 h	90	28,9			24	14,5		
	> 40 h	38	12,2			7	4,2		
Niveau d'éducation le plus élevé	Aucun	0	0			1	0,6		
	<i>Basisschool, VMBO-basis</i>	5	1,6			5	3,0		
	<i>VMBO-kader, VMBO-theretisch, HAVO-4, MBO-3</i>	47	15,1			28	16,9		
	<i>HAVO-5, WVO, MBO-4</i>	67	21,5			40	24,1		
	<i>WVO (athénée du gymnase), HBO (propédeuse)</i>	120	38,6			55	33,1		
	<i>WO, PhD</i>	72	23,2			37	22,3		
Pays d'origine	Les Pays-Bas	288	92,6			157	94,6		
	Autre	23	7,4			9	5,4		
Statut relationnel	Marié, cohabitant, partenariat civil	296	95,2			160	96,4		
	En couple mais vivant séparément	2	0,6			0	0		
	Simple	13	4,2			6	3,6		
	Veuf/veuve	0	0			0	0		
Les enfants d'une précédente relation	Oui	23	7,4			8	4,8		
	Non	288	92,6			158	95,2		
Religieux	Oui	72	23,2			34	20,5		
	Non	239	76,8			132	79,5		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	122	39,2			65	39,2		
	Non	189	60,8			101	60,8		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=122				N=65			
	Oui	97	79,5			53	81,5		
	Non	25	20,5			12	18,5		
Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	88	28,3			62	37,3		
	Non	194	62,4			93	56,0		

	Je ne sais pas.	29	9,3			11	6,6		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	92	29,6			41	24,7		
	Non	219	70,4			125	75,3		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		31,31	5,137	19	60	30,25	4,279	19	41
Santé physique	Score 1 (aucune plainte) - 10 (nombreuses plaintes)	4,58	2,676	1	10	4,67	2,664	1	10
Bénéficie d'un soutien émotionnel	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,75	1,554	2	10	7,74	1,553	1	10
Expériences de soutien pratique	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,68	1,626	2	10	7,64	1,826	1	10
Informations suffisantes la parentalité (à venir)	Score 1 (aucun) - 10 (maximum)	7,97	1,372	1	10	8,07	1,425	1	10
Impact COVID-19		N=199				N=135			
	Score 1 (aucune influence) - 10 (beaucoup d'influence)								
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mes pensées.		5,40	2,534	1	10	5,1	2,397	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon état d'esprit (bien-être), santé mentale).		4,95	2,572	1	10	5,2	2,314	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon comportement.		5,54	2,616	1	10	4,99	2,46	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur ma santé physique.		4,03	2,678	1	10	4,09	84	1	10
Femmes enceintes et partenaires		N=173				N=35			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (◆ 14 semaines)	31	17,9			4	11,4		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	68	39,3			12	34,3		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	74	42,8			19	54,3		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		24,923	10,1162	5	41	26,74	8,84	7	40
Gravidité		1,89	1,370	1	9	2,11	1,301	1	8
Parité		0,45	0,668	0	3	0,74	0,741	0	2
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de le bébé	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	6,83	1,871	1	10	7,49	1,121	5	9
Se sentir prêt à être parent	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	7,43	1,571	2	10	7,6	1,311	5	10
Femmes en post-partum et partenaires		N=138				N=131			
		N	%			N	%		
Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	86	62,3			99	75,6		
	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse) extracteur, forceps)	15	10,9			10	7,6		
	Césarienne planifiée	8	5,8			12	9,2		
	Césarienne urgente	29	21,0			10	7,6		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines post-partum		25,989	14,9058	1	52	22,084	13,1057	2	51
Gravidité		2,1	1,252	1	6	1,992	1,1128	1	7

Parité		1,67	0,831	1	5	1,6	0,687	1	5
--------	--	------	-------	---	---	-----	-------	---	---

Dans quelle mesure...	Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfaits/maximum préparés)								
êtes-vous satisfait de votre livraison ?		2,6	1	10	7,74	2,286	1	10	
vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?		2,5	1	10	7,5	2,224	1	10	
les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la réalité ?		2,687	1	10	6,4	2,553	1	10	
vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?		2,07	1	10	7,57	1,789	1	10	
vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?		2,163	1	10	6,79	2,27	1	10	
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	71	22,8			35	21,1		
	2x oui	91	29,3			43	25,9		
	Non	149				88	53,0		
Anxiété généralisée (GAD2)		N=162			N=78				
	Oui	31	19,1			18	23,1		
	Non	131	80,9			60	76,9		
* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considérée comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui le participant a reçu le questionnaire GAD2.									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		N=24			N=3				
	Risque accru (11)	9	37,5			0	0		
	Total du score			8,1437	5,5977			7	2,68551
Mères au deuxième trimestre		N=63			N=12				
	Risque accru (10)	17	27,0			2	16,7		
	Total du score			8,1801	5,4809			6,4167	6,8551
Mères au troisième trimestre		N=63			N=18				
	Risque accru (10)	15	23,8			4	22,2		
	Total du score			6,5203	4,6619			6,7778	5,67301
Mères en post-partum		N=108			N=121				
	Risque accru (13)	23	21,3			17	14,0		
	Total du score			8,4825	5,2172			7,7517	4,6170
Partenaires masculins		N=31			N=0				
	Risque accru (10)	7	22,6			-	-		
	Total du score			5,4409	4,5974			-	-
Partenaires féminins		N=22			N=12				
	Risque accru (12)	8	36,4			4	33,3		
	Total du score			11,3939	5,4238			7,9167	4,20948
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		47,0498	8,4848	20	70	45,5342	6,9248	23	66
	Stigmatisation personnelle	27,1297	5,39254	9	43	18,774	3,7544	10	30
	Stigmatisation sociale	19,9252	4,59148	9	35	26,7603	5,52774	11	41

	<i>p-value stigmat personnel/social</i>							
	0,003				0,223			
Dépression des connaissances (DLQ)								
Connaissance de la dépression (sumscore DLQ)	11,7218	4,85331	0	21	11,4853	4,1583	0	21
Dépression des connaissances (items du DLQ)	Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.	118	44,4	148	45,6	46	33,8	90	66,2
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.	219	82,3	47	17,7	113	83,1	23	16,9
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.	94	35,3	172	64,7	36	26,5	100	73,5
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.	230	86,5	36	13,5	120	88,2	16	11,8
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.	115	43,2	151	56,8	55	40,4	81	59,6
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.	154	57,9	112	42,1	66	48,5	70	51,5
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.	231	87,2	34	12,8	119	87,5	17	12,5
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.	226	85,0	40	15,0	120	88,2	16	11,8
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.	194	72,9	72	27,1	107	78,7	29	21,3
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.	120	45,1	146	54,9	54	39,7	82	60,3
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.	227	85,3	39	14,7	129	94,9	7	5,1
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.	140	52,6	126	47,4	65	47,8	71	52,2
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une la surdité.	130	48,9	136	51,1	85	62,5	51	37,5
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.	223	83,8	43	16,2	107	78,7	29	21,3
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.	86	32,3	180	67,7	42	30,9	94	69,1
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.	9	3,4	257	96,6	3	2,2	133	97,8
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.	45	16,9	221	83,1	11	8,1	125	91,9
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.	90	33,8	176	66,2	41	30,1	95	69,9
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	87	32,7	179	67,3	42	30,9	94	69,1
20) Les personnes souffrant de dépression doivent cesser de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentent mieux.	178	67,2	87	32,8	89	65,4	47	34,6
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	38	14,3	228	85,7	22	16,2	114	83,8
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	164	61,2	102	38,3	90	66,2	46	33,8

Pièce jointe 1.3 - Royaume-Uni

Tableau 1 - Analyses descriptives WP1.1 Royaume-Uni									
		PRÉ-MESURE (N=902)				POST-MESURE (N=247)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	40	44,4			2	0,8		
	Femme	861	95,5			243	98,4		
	X	1	0,1			2	0,8		
Mère/partenaire	Une (future) mère	850	94,2			241	97,6		
	Un partenaire	52	5,8			6	2,4		
Grossesse/post-partum	Enceinte	278	30,8			116	47		
	Post-partum	624	69,2			131	53		
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	106	11,8			45	18,2		
	1-19 h	74	7,9			25	10,1		
	20-32 h	179	19,8			36	14,6		
	33-40 h	409	45,3			107	43,3		
	> 40 h	137	15,2			34	13,8		
Niveau d'éducation le plus élevé	Aucun	4	0,4			3	1,2		
	Enseignement primaire/ Enseignement primaire et 3 années d'enseignement secondaire	11	1,2			6	2,4		
	Certificat général d'enseignement secondaire (GSCE) CQF niveau 1/EQF niveau 2 BTEC niveau 3 (QCF niveaux 3/ EQF niveau 4)	139	15,4			53	21,5		
	Niveaux avancés (A-levels), GSCE niveau 3A, General Certificate of Education (GCE A), Niveau OCF (niveau 4 du CEC)	154	17,1			58	23,5		
	Certificat général international d'enseignement secondaire (IGCSE), Cambridge O Level, Cambridge International AS & A Levels, Certificat d'enseignement supérieur (OCF niveau 4/ EQF niveau 5), Diplôme d'enseignement supérieur (OCF niveau 5/ EQF niveau 5), Licence (OCF niveau 6/ EQF niveau 6), Diplôme d'études supérieures (OCF niveau 6/ EQF niveau 6)	374	41,5			94	38,1		
	Master (niveau 7 du FOC/ niveau 7 du CEC), diplôme/certificat de troisième cycle (niveau FOC) 7/ niveau 7 du CEC, doctorat	229	24,4			33	13,4		
Pays d'origine	Royaume-Uni	837	92,8			230	93,1		
	Autre	65	7,2			17	6,9		
Statut relationnel	Marié, cohabitant, partenariat civil	831	92,1			205	83,0		
	En couple mais vivant séparément	37	4,1			22	8,9		
	Simple	33	3,7			19	7,7		

Veuf/veuve	1	0,1		1	0,4		
------------	---	-----	--	---	-----	--	--

Les enfants d'une précédente relation	Oui	99	11,0			28	11,3		
	Non	803	89,0			219	88,7		
Religieux	Oui	163	18,1			50	20,2		
	Non	739	81,9			197	79,8		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	500	55,4			173	70,0		
	Non	402	44,6			74	30,0		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=500				N=173			
	Oui	411	82,2			143	82,7		
	Non	89	17,8			30	17,3		
Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	453	50,2			142	57,5		
	Non	370	41,0			74	30,0		
	Je ne sais pas.	79	8,8			31	12,6		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	452	50,1			190	76,9		
	Non	450	49,9			57	23,1		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		31,95	5,186	18	51	29,82	5,163	18	47
Santé physique	Score 1 (aucune plainte) - 10 (beaucoup de plaintes)	4,86	2,333	1	10	5,06	2,138	1	10
Bénéficie d'un soutien émotionnel	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,27	2,256	1	10	5,61	2,456	1	10
Expériences de soutien pratique	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	6,84	2,452	1	10	5,61	2,600	1	10
Informations suffisantes la parentalité (à venir)	Score 1 (aucun) - 10 (maximum)	5,99	2,561	1	10	4,89	2,283	1	10
Impact COVID-19		N=812				N=217			
	Score 1 (aucune influence) - 10 (beaucoup d'influence)								
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mes pensées.		6,91	2,654	1	10	7,16	2,495	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon état d'esprit (bien-être), santé mentale).		6,82	2,706	1	10	7,18	2,573	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon comportement.		6,65	2,741	1	10	6,88	2,703	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur ma santé physique.		5,57	2,952	1	10	6,06	2,996	1	10
Femmes enceintes et partenaires		N=278				N=116			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (◆ 14 semaines)	38	13,7			38	32,8		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	109	39,2			45	38,8		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	131	47,1			33	28,4		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		25,867	8,924	5	41	20,7	9	6	39
Gravidité		2,4281	1,6909	1	11	1,91	1,265	1	7
Parité		0,73	1,095	0	7	0,53	0,859	0	4
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de le bébé		5,96	2,452	1	10	4,17	2,239	1	10
Se sentir prêt à être parent		7,27	2,298	1	10	5,25	2,75	1	10

Femme en post-partum et partenaires		N=624				N=131			
		N	%			N	%		
Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	308	49,4			61	46,6		
	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse) extracteur, forceps)	87	13,9			28	21,4		
	Césarienne planifiée	86	13,8			13	9,9		
	Césarienne urgente	143	22,9			29	22,1		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines post-partum		24,994	14,3711	0	52	22,79	12,937	0	52
Gravidité		1,66	1,607	0	10	1,81	1,54	1	8
Parité		1,53	1,03	0	8	1,33	0,738	1	5
Dans quelle mesure...	<i>Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfaits/maximum préparés)</i>								
êtes-vous satisfait de votre livraison ?			2,813	1	10	5,76	3,131	1	10
vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?			2,773	1	10	5,55	2,946	1	10
les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la réalité ?			3,16	1	10	4,6	3,009	1	10
vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?			2,421	1	10	5,75	2,381	1	10
vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?			2,557	1	10	4,47	2,438	1	10
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	180	20,0			33	13,4		
	2x oui	354	39,2			202	81,8		
	Non	368	40,8			12	4,9		
Anxiété généralisée (GAD2)		N=534				N=235			
	Oui	244	45,7			175	74,5		
	Non	290	54,3			60	25,5		
* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considéré comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui, le participant recevait le questionnaire GAD2.									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		N=36				N=28			
	Risque accru (11)	20	55,6			35	92,1		
	Total du score			11,2511	6,69403			18,9618	5,40057
Mères au deuxième trimestre		N=101				N=43			
	Risque accru (10)	55	54,5			42	97,7		
	Total du score			11,0113	5,65421			19,1628	4,42359
Mères au troisième trimestre		N=125				N=32			
	Risque accru (10)	70	56,0			31	96,9		
	Total du score			10,5592	5,95975			20,2188	4,60529
Mères en post-partum		N=588				N=128			
	Risque accru (13)	249	42,3			109	85,2		
	Total du score			11,9067	6,04949			17,993	5,37755

Partenaires masculins		N=39				N=2			
	Risque accru (10)	13	33,3			0	0		
	Total du score			8,5128	5,21572			15,000	7,7071
Partenaires féminins		N=13				N=4			
	Risque accru (12)	8	61,5			3	75,0		
	Total du score			12,3846	7,03015			14,2500	4,5734
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		41,1328	8,90888	18	73	44,3882	9,78847	18	72
	Stigmatisation personnelle	15,5152	4,50334	9	37	17,1266	5,12693	9	36
	Stigmatisation sociale	25,6176	6,71118	9	45	27,2616	6,84906	9	45
	<i>p-value stigmaté personnel/social</i>	<0,001				0,019			
Kennis depressie (DSS)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		12,9163	3,18273	0	22	12,7773	3,75511	1	21
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		462	56,1	362	43,9	89	40,5	131	59,5
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		750	91	74	9	211	95,9	9	4,1
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		217	26,3	607	73,7	38	17,3	182	82,7
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		795	96,6	29	3,5	213	96,8	7	3,2
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		529	64,2	295	35,8	126	57,3	94	42,7
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		538	65,3	286	34,7	134	60,9	86	39,1
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		774	93,9	50	6,1	208	94,5	12	5,5
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		788	95,6	36	4,4	208	94,5	12	5,5
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		702	85,2	122	14,8	187	85,0	33	15,0
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		426	51,7	398	48,3	101	46,4	118	53,6
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		618	75,0	206	25,0	173	78,6	47	21,4
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		130	15,8	694	84,2	27	12,3	193	87,7
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une la surdité.		488	59,2	336	40,8	118	53,6	102	46,4
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		750	91,0	74	9,0	186	84,5	34	15,5
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		680	82,5	144	17,5	183	83,2	37	16,8
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.		49	5,9	775	94,1	10	4,5	210	95,5
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.		65	7,9	757	92,1	12	5,5	208	94,5

18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.	480	58,3	334	41,7	99	45,0	121	55,0
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	404	49,1	419	50,9	90	40,9	130	59,1
20) Les personnes souffrant de dépression doivent arrêter de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentent mieux.	637	77,4	186	22,6	160	72,7	60	27,3
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	297	36,1	526	63,9	66	30,0	154	70,0
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	654	79,5	169	20,5	171	77,7	49	22,3

PATH Output 2 - un ensemble de ressources en ligne pour les professionnels de la santé et les employeurs

Pièce jointe 2.1 - Flandre, Belgique

Tableau 4 - Analyses descriptives WP1.2 Flandre, Belgique		VOORMETING (N=425)				NAMETING (N=109)			
Facteurs socio-démographiques		N	%			N	%		
Outil en ligne	Prestataires de soins de santé - E-learning périnatal bien-être mental	-	-			108	99,1		
	Employeurs - Plan de contact "grossesse".	-	-			1	0,9		
Genre	Homme	20	4,7			1	0,9		
	Femme	405	95,3			108	99,1		
	X	0	0,0			0	0,0		
Avoir des enfants	Oui	230	54,1			27	24,8		
	Non	195	45,9			82	75,2		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	127	29,9			23	21,1		
	Non	298	70,1			86	78,9		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=127				N=23			
	Oui	92	72,4			14	60,9		
	Non	35	27,6			9	39,1		
Vous avez été en contact avec une personne de votre entourage souffrant de troubles mentaux. problèmes de santé	Oui	198	70,1			64	58,7		
	Non	127	29,9			45	41,3		
Je suis...	Professionnel de la santé (étudiant)	401	94,4			108	99,1		
	Employeur	24	5,6			1	0,9		
Professionnel de la santé		N=401				N=108			
	<i>Vroedvrouw/verpleegkundige tweede lijn</i>	232	57,9			90	83,3		
	<i>Gynécologie</i>	4	1,0			0	0,0		
	<i>Huisarts</i>	2	0,5			0	0,0		
	<i>Pédiatre</i>	0	0,0			0	0,0		
	<i>Vroedvrouw/verpleegkundige eerste lijn</i>	52	13,0			6	5,6		
	<i>Kraamverzorgende</i>	20	5,0			4	3,7		
	<i>Doula</i>	2	0,5			0	0,0		
	<i>Sociaalwerker</i>	23	5,7			0	0,0		
	<i>Psycholoog</i>	23	5,7			0	0,0		
	<i>Étudiant vroedvrouw/verpleegkundige</i>	15	3,7			7	6,5		
	<i>Begeleider/pedagoog/opvoeder</i>	12	3,0			0	0,0		
	<i>(Kinder)psychiatre</i>	5	1,2			0	0,0		
<i>Kinésiste</i>	3	0,7			0	0,0			

	<i>Anders</i>	8	2,0			1	0,9		
Étudiant (infirmier/sage-femme) de Odisee/AP dans la prochaine étape de l'e-learning		<i>N=197</i>							
	Oui	92	46,7			-	-		
	Non	105	53,3			-	-		
Employeur - Participez-vous à la coordination des activités quotidiennes de votre femme enceinte ou en post-partum ? employés ?		<i>N=24</i>				<i>N=1</i>			
	Oui	14	58,3			1	100,0		
	Non	10	41,7			0	0,0		
Employeur - domaine/secteur	Les cadres (directeurs généraux, directeurs administratifs et commerciaux, directeurs de la production et de l'industrie, etc. directeurs de services spécialisés, directeurs de l'hôtellerie, du commerce de détail et d'autres services, ...)	6	25,1			0	0,0		
	Professionnels (sciences et ingénierie, santé, enseignement, commerce et administration, technologies de l'information et de la communication, droit, sciences sociales, etc. culturel, ...)	12	50,0			1	100,0		
	Techniciens et professionnels associés (TIC, professionnels associés, ...)	0	0,0			0	0,0		
	Employés de bureau (commis généralistes et claviers, commis aux services à la clientèle, commis à l'enregistrement numérique et matériel, autres employés de bureau, ...)	2	8,3			0	0,0		
	Travailleurs des services et de la vente (travailleurs des services personnels, travailleurs de la vente, travailleurs des soins personnels, travailleurs des services de protection, ...)	0	0,0			0	0,0		
	Travailleurs qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche (travailleurs qualifiés de l'agriculture orientés vers le marché, travailleurs qualifiés de la sylviculture, de la pêche et de la chasse orientés vers le marché, agriculteurs de subsistance, pêcheurs, chasseurs et cueilleurs, ...)	0	0,0			0	0,0		
	Artisans et métiers connexes (bâtiment et métiers connexes, métal, machines et métiers connexes, artisanat et imprimerie, métiers de l'électricité et de l'électronique, alimentation, etc. transformation, travail du bois, confection de vêtements, ...)	2	8,3			0	0,0		

Opérateurs et monteurs d'installations et de machines (opérateurs d'installations et de machines fixes, monteurs, chauffeurs et opérateurs mobiles) opérateurs d'usine, ...)	0	0,0			0	0,0		
Professions élémentaires (nettoyeurs et les aides, les ouvriers de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche, les ouvriers des mines, de la construction,	2	8,3			0	0,0		

	l'industrie et les transports, les assistants en préparations alimentaires, les vendeurs sur la voie publique et les services connexes, les éboueurs, ...)								
	Professions des forces armées	0	0,0			0	0,0		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		33,91	11,125	18	62	27,16	8,162	20	56
Années d'expérience professionnelle		10,616	11,0167	0	47	4,243	8,2011	0	35
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		48,48	6,54305	29	72	48,2936	7,09499	28	66
	Stigmatisation personnelle	19,3435	3,93216	9	35	19,2752	3,81971	9	30
	Stigmatisation sociale	29,1365	4,51361	15	42	29,0183	5,17690	13	37
	<i>p-value stigmatisme personnel/social</i>	0,006				0,622			
Dépression des connaissances (DLQ)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		14,4743	3,27079	1	21	14,7223	2,80807	2	21
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		223	54,5	186	45,4	61	56,5	47	43,5
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		377	92,2	32	7,8	101	93,5	7	6,5
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		216	52,8	193	47,2	48	44,4	60	55,6
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		370	90,5	39	9,5	102	94,4	6	5,6
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		225	55	184	45,0	58	53,7	50	46,3
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		285	69,7	124	30,3	70	64,8	38	35,2
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		388	94,9	21	5,1	103	95,4	5	4,6
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		387	94,6	22	5,4	106	98,1	2	1,9
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		344	84,1	65	15,9	93	86,1	15	13,9
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		237	57,9	172	42,1	63	58,3	45	41,7
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		401	98,0	8	2,0	106	98,1	2	1,9
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		316	77,3	93	22,7	74	68,5	34	31,5
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une la surdité.		288	70,4	121	29,6	85	78,7	23	21,3
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		393	96,1	16	3,9	101	93,5	7	6,5
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		188	46,0	221	54,0	59	54,6	49	45,4
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les		19	4,6	390	95,4	8	7,4	100	92,6

antidépresseurs.								
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.	72	17,6	337	82,4	14	13,0	94	87,0
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.	180	44,0	229	56,0	57	52,8	52	47,2
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	179	43,8	230	56,2	63	58,3	45	41,7
20) Les personnes souffrant de dépression doivent cesser de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentent mieux.	349	85,3	60	14,7	96	88,9	12	11,1

21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	125	30,6	284	69,4	26	24,1	82	75,9
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	358	87,5	21	12,5	96	88,9	12	11,1

Pièce jointe 2.2 - Les Pays-Bas

Tableau 4 - Analyses descriptives WP1.2 Les Pays-Bas									
		PRÉ-MESURE (N=351)				POST-MESURE (N=0)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	6	1,7			-	-		
	Femme	344	98			-	-		
	X	1	0,3			-	-		
Avoir des enfants	Oui	247	70,4			-	-		
	Non	104	29,6			-	-		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	106	30,2			-	-		
	Non	245	69,8			-	-		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=106				N=0			
	Oui	70	66,0			-	-		
	Non	36	34,0			-	-		
Vous avez été en contact avec une personne de votre entourage souffrant de troubles mentaux. problèmes de santé	Oui	234	66,7			-	-		
	Non	117	33,3			-	-		
Je suis...	Professionnel de la santé (étudiant)	344	98,0			-	-		
	Employeur	7	2,0			-	-		
Professionnel de la santé		N=344				N=0			
	<i>Vroedvrouw eerste of tweede lijn</i>	277	80,5			-	-		
	<i>Gynécologie</i>	2	0,2			-	-		
	<i>Huisarts</i>	0	0,0			-	-		
	<i>Pédiatre</i>	4	1,2			-	-		
	<i>Verpleegkundige</i>	47	13,7			-	-		
	<i>Kraamverzorgende</i>	0	0,0			-	-		
	<i>Doula</i>	1	0,3			-	-		
	<i>Sociaalwerker</i>	3	0,9			-	-		
	<i>Psycholoog</i>	0	0,0			-	-		
	<i>Anders</i>	10	2,9			-	-		
Employé - Vous êtes vous-même un employé ou un dirigeant engagé par une organisation (permanente) auprès d'un employé et d'un employé non engagé (jusqu'à dix ans après l'embauche). bévüe) ?		N=7				N=0			
	Ja	7	100,0			-	-		
	Nee	0	0,0			-	-		
Employeur - domaine/secteur	Cadres (chefs d'entreprise, cadres administratifs et commerciaux, les responsables de la	1	14,3			-	-		

	production et								
--	---------------	--	--	--	--	--	--	--	--

responsables de services spécialisés, hôtellerie, les gestionnaires du commerce de détail et des autres services, ...)									
Professionnels (sciences et ingénierie, santé, enseignement, commerce et administration, technologies de l'information et de la communication, droit, sciences sociales, etc. culturel, ...)	5	71,4			-	-			
Techniciens et professionnels associés (TIC, professionnels associés, ...)	0	0,0			-	-			
Employés de bureau (commis généralistes et claviers, commis aux services à la clientèle, commis à l'enregistrement numérique et matériel, autres employés de bureau, ...)	0	0,0			-	-			
Travailleurs des services et de la vente (travailleurs des services personnels, travailleurs de la vente, travailleurs des soins personnels, travailleurs des services de protection, ...)	0	0,0			-	-			
Travailleurs qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche (travailleurs qualifiés de l'agriculture orientée vers le marché, travailleurs qualifiés de la sylviculture, de la pêche et de la chasse orientés vers le marché, agriculteurs de subsistance, pêcheurs, chasseurs et cueilleurs, ...)	0	0,0			-	-			
Artisans et métiers connexes (bâtiment et métiers connexes, métal, machines et métiers connexes, artisanat et imprimerie, métiers de l'électricité et de l'électronique, alimentation, etc. transformation, travail du bois, confection de vêtements, ...)	1	14,3			-	-			
Opérateurs et monteurs d'installations et de machines (opérateurs d'installations et de machines fixes, monteurs, chauffeurs et opérateurs mobiles) opérateurs d'usine, ...)	0	0,0			-	-			

	Professions élémentaires (nettoyeurs et aides, ouvriers de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche, ouvriers des mines, de la construction, de l'industrie manufacturière et des transports, aides à la préparation des aliments, vendeurs ambulants et travailleurs des services connexes, éboueurs), ...)	0	0,0			-	-		
	Professions des forces armées	0	0,0			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		39,32	11,222	20	65	-	-	-	-
Années d'expérience professionnelle		14,893	10,7804	0	44	-	-	-	-
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max

Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		44,9117	6,74648	23	65	-	-	-	-
	Stigmatisation personnelle	18,3989	3,45756	10	29	-	-	-	-
	Stigmatisation sociale	26,5128	4,85436	12	45	-	-	-	-
	<i>p-value stigmaté personnel/social</i>	<0,001							
Dépression des connaissances (DLQ)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		14,4133	3,30796	0	21	-	-	-	-
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		251	72,5	95	27,5	-	-	-	-
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		306	88,4	40	11,6	-	-	-	-
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		209	60,4	137	39,6	-	-	-	-
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		307	88,7	39	11,3	-	-	-	-
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		190	54,9	156	45,1	-	-	-	-
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		246	71,1	100	28,9	-	-	-	-
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		330	95,4	16	4,6	-	-	-	-
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		332	96,0	16	4,0	-	-	-	-
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		301	87,0	45	13,0	-	-	-	-
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		207	60,0	138	40,0	-	-	-	-
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		333	96,2	13	3,8	-	-	-	-
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		280	80,9	66	19,1	-	-	-	-
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une la surdité.		228	66,1	117	33,9	-	-	-	-
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		331	95,7	15	4,3	-	-	-	-
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		127	36,7	219	63,3	-	-	-	-
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.		16	4,6	330	95,4	-	-	-	-
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.		42	12,1	304	87,9	-	-	-	-
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.		137	39,6	209	60,4	-	-	-	-
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.		127	36,7	219	63,3	-	-	-	-
20) Les personnes souffrant de dépression doivent cesser de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentent mieux.		289	83,7	57	16,5	-	-	-	-
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.		95	27,5	251	72,5	-	-	-	-

22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	303	87,6	43	12,4	-	-	-	-
--	-----	------	----	------	---	---	---	---

Pièce jointe 2.3 - Royaume-Uni

Tableau 4 - Analyses descriptives WP1.2 Royaume-Uni									
		PRÉ-MESURE (N=232)				POST-MESURE (N=9)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Outil en ligne						<i>De plus amples informations sont nécessaires.</i>			
	Ressources pour les professionnels de la santé	-	-			5	55,6		
	Comprendre la maladie mentale périnatale pour les professionnels de la santé	-	-			4	44,4		
	Conseils aux professionnels de la santé travailler avec les familles dans la période périnatale	-	-			5	55,6		
	Ressources pour les employeurs/managers	-	-			1	11,1		
	Recommandations sur le bien-être au travail pour employeurs/gestionnaires	-	-			1	11,1		
	Formation pour les employeurs/managers	-	-			2	22,2		
	Je ne sais pas.	-	-			4	44,4		
Genre	Homme	9	3,9			0	0,0		
	Femme	223	96,1			9	100,0		
	X	0	0,0			0	0,0		
Avoir des enfants	Oui	184	79,3			7	77,8		
	Non	48	20,7			2	22,2		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	147	63,4			9	100,0		
	Non	85	36,6			0	0,0		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=184				N=9			
	Oui	147	63,4			8	88,9		
	Non	85	36,6			1	11,1		
Vous avez été en contact avec une personne de votre entourage souffrant de troubles mentaux. problèmes de santé	Oui	204	87,9			8	88,9		
	Non	28	12,1			1	1,11		
Je suis...	Professionnel de la santé (étudiant)	197	84,9			9	100,0		
	Employeur	35	15,1			0	0,0		
Zorgverlener - beroep		N=				N=9			
	Sage-femme/infirmière	110	55,8			6	66,7		
	Obstétricien	3	1,5			0	0,0		
	Médecin généraliste	6	3,0			0	0,0		
	Pédiatre	0	0,0			0	0,0		
	Visiteur de santé	42	21,3			1	11,1		
	Assistante maternelle	10	5,1			0	0,0		
Doula	0	0,0			1	11,1			

Travailleur social	4	2,0		0	0,0		
--------------------	---	-----	--	---	-----	--	--

	Psychologue	4	2,0			1	11,1		
	Thérapeute	5	2,5			0	0,0		
	Autre	13	6,6			0	0,0		
Employeur - Participez-vous à la coordination des activités quotidiennes de votre femme enceinte ou en post-partum ? employés ?		N=35				N=0			
	Oui	28	80,0			-	-		
	Non	7	20,0			-	-		
Employeur - domaine/secteur	Cadres (chefs d'entreprise, cadres administratifs et commerciaux, cadres de production et de services spécialisés, hôtellerie, les gestionnaires du commerce de détail et des autres services, ...)	13	37,1			-	-		
	Professionnels (sciences et ingénierie, santé, enseignement, commerce et administration, technologies de l'information et de la communication, droit, sciences sociales, etc. culturel, ...)	21	60,0			-	-		
	Techniciens et professionnels associés (TIC, professionnels associés, ...)	0	0,0			-	-		
	Employés de bureau (commis généraux et claviers, commis aux services à la clientèle), commis à l'enregistrement numérique et matériel, autres employés de bureau, ...)	0	0,0			-	-		
	Travailleurs des services et de la vente (travailleurs des services personnels, travailleurs de la vente, travailleurs des soins personnels, travailleurs des services de protection, ...)	0	0,0			-	-		
	Travailleurs qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche (travailleurs qualifiés de l'agriculture orientés vers le marché, travailleurs qualifiés de la sylviculture, de la pêche et de la chasse orientés vers le marché, agriculteurs de subsistance, pêcheurs, chasseurs et cueilleurs, ...)	0	0,0			-	-		
	Artisans et métiers connexes (bâtiment et métiers connexes, métal, machines et métiers connexes, artisanat et imprimerie, métiers de l'électricité et de l'électronique, alimentation, etc. transformation, travail du bois, confection de vêtements, ...)	0	0,0			-	-		

Opérateurs et monteurs d'installations et de machines (opérateurs d'installations et de machines fixes, monteurs, chauffeurs et opérateurs mobiles) opérateurs d'usine, ...)	0	0,0			-	-		
Professions élémentaires (nettoyeurs et aides, ouvriers de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche, ouvriers des mines, de la construction, l'industrie manufacturière et les transports, l'alimentation)	1	2,9			-	-		

	les assistants de préparation, les vendeurs de rue et les travailleurs des services connexes, les éboueurs, ...)								
	Professions des forces armées	0	0,0			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		41,81	10,601	20	69	42,44	7,923	33	58
Années d'expérience professionnelle		15,509	11,9734	0	47	14,56	9,876	2	63
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		38,3362	8,89861	18	81	41,222	5,19080	33	48
	Stigmatisation personnelle	14,1724	4,57317	9	43	15,222	3,80058	9	21
	Stigmatisation sociale	24,1638	6,32837	9	44	26	4,71699	19	34
	<i>p-value stigmaté personnel/social</i>	<0,001				0,519			
Dépression des connaissances (DLQ)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		16,7399	3,11324	3	22	15,444	5,93951	0	19
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		186	83,4	37	16,6	7	77,8	2	22,2
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		206	92,4	17	7,6	7	77,8	2	22,2
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		132	59,2	91	40,8	7	77,8	2	22,2
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		219	98,2	4	1,8	8	88,9	1	1,11
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		182	81,6	41	18,4	7	77,8	2	22,2
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		190	85,2	33	14,8	8	88,9	1	1,11
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		217	97,3	6	2,7	8	88,9	1	1,11
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		216	96,9	7	3,1	8	88,9	1	1,11
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		213	95,5	10	4,5	8	88,9	1	1,11
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		169	75,8	54	24,2	7	77,8	2	22,2
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		185	83,0	38	17,0	8	88,9	1	1,11
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		100	45,0	122	55,0	4	44,4	5	55,6
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une surdité.		173	77,6	50	22,4	4	44,4	5	55,6
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		219	98,2	4	1,8	8	88,9	1	1,11
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		198	88,8	25	11,2	7	77,8	2	22,2
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.		26	11,7	197	88,3	9	100,0	0	0,0

17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.	27	12,1	196	87,9	1	11,1	8	88,9
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour la dépression légère à modérée.	185	83,0	38	17,0	6	66,7	3	33,3
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	138	61,9	85	38,1	4	44,4	5	55,6
20) Les personnes souffrant de dépression doivent arrêter de prendre des antidépresseurs dès qu'elles se sentent mieux.	206	92,4	17	7,6	8	88,9	1	1,11
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	140	62,8	83	37,2				

22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	206	92,4	17	7,6	8	88,9	1	1,11
--	-----	------	----	-----	---	------	---	------

PATH Output 3 - une nouvelle plateforme de soutien multimédia et internationale pour aider les nouvelles familles à sensibiliser parents et à reconnaître, prévenir et remédier à la PMI.

Pièce jointe 3.1 - Flandre, Belgique

Tabel 7 - Analyses descriptives WP1.1 Belgique		PRÉ-MESURE (N=1506)				POST-MESURE (N=78)			
Facteurs socio-démographiques		N	%			N	%		
Genre	Homme	-	-			78	100,0		
	Femme	43	2,9			0	0,0		
Geslacht Mère/partenaire	X	1460	96,9			78	100,0		
	Une (future) mère	3	0,2			0	0,0		
Moeder/partenaire Grossesse/post-partum	Un partenaire	1387	92,1			75	96,2		
	Enceinte	119	7,9			3	3,8		
Zwanger/bevallen	Post-partum	776	51,5			30	38,5		
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	730	48,5			48	61,5		
Uren werken par semaine Sexe	1-19 h	65	4,3			4	5,1		
	20-32 h	76	5			5	6,4		
	33-40 h	400	26,2			22	28,2		
	> 40 h	783	52			36	46,2		
	Homme	182	12,1			11	14,1		
Niveau d'éducation le plus élevé	Aucun	0	0			0	0,0		
	<i>Lager onderwijs</i>	18	1,2			1	1,3		
	<i>BSO</i>	48	3,2			10	12,8		
	<i>7de jaar BSO, volledige graad ASO, TSO of KSO</i>	230	15,3			0	0,0		
	<i>Graduaat/Hoger beroepsonderwijs niveau 5, Célibataire, BanaBa</i>	693	46			37	47,4		
	<i>Maître, ManaMa, PhD</i>	517	34,3			30	38,5		
Pays d'origine	Belgique	1408	93,5			71	91,0		
	Autre	98	6,5			7	9,0		
Statut relationnel	Marié, cohabitant, partenariat civil	1448	96,1			76	97,4		
	En couple mais vivant séparément	7	0,5			1	1,3		
	Simple	51	3,4			1	1,3		
	Veuf/veuve	0	0			0	0,0		
Les enfants d'une précédente relation	Oui	59	3,9			1	1,3		
	Non	1447	96,1			77	98,7		
Religieux	Oui	380	25,2			9	11,5		
	Non	1126	74,8			69	88,5		
	Oui	489	32,5			37	47,4		

Problèmes psychologiques chez les passé	Non	1117	67,5			41	52,6		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=489				N=37			
	Oui	366	74,8			27	73,0		
	Non	123	25,2			10	27,0		
Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	488	32,4			23	29,5		
	Non	864	57,4			48	61,5		
	Je ne sais pas.	154	10,2			7	9,0		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	327	21,7			18	23,1		
	Non	1177	78,3			60	76,9		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		30,27	3,964	18	60	31,5	3,874	23	46
Santé physique	Score 1 (aucune plainte) - 10 (nombreuses plaintes)	4,36	2,579	1	10	4,54	2,328	1	9
Bénéficie d'un soutien émotionnel	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,62	1,692	1	10	7,68	1,754	2	10
Expériences de soutien pratique	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,43	1,909	1	10	7,33	2,004	1	10
Informations suffisantes la parentalité (à venir)	Score 1 (aucun) - 10 (maximum)	7,77	1,633	1	10	8,04	1,294	4	10
Impact COVID-19		N=359				N=57			
	Score 1 (aucune influence) - 10 (beaucoup d'influence)								
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mes pensées.		6,56	2,353	1	10	5,63	2,611	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon état d'esprit (bien-être, santé mentale).		5,90	2,528	1	10	5,40	2,448	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon comportement.		6,74	2,593	1	10	6,42	2,521	1	10
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur ma santé physique.		3,80	2,439	1	10	3,91	2,792	1	10
Femmes enceintes et partenaires		N=776				N=30			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (◆ 14 semaines)	175	22,6			6	20,0		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	278	35,8			6	20,0		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	323	41,6			18	60,0		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		23,84	9,888	2	41	26,23	10,301	8	40
Gravidité		1,87	1,105	1	10	1,47	1,074	0	5
Parité		0,57	0,711	0	4	0,23	0,43	0	1
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de le bébé	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	6,60	2,091	1	10	6,63	2,166	1	10
Se sentir prêt à être parent	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	7,14	1,704	1	10	6,69	1,595	4	10
Femme en post-partum et partenaires		N=730				N=48			
		N	%			N	%		
Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	480	65,8			28	58,3		

	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse) extracteur, forceps)	89	12,2			6	12,5		
	Césarienne planifiée	61	8,4			7	14,6		
	Césarienne urgente	100	13,7			7	14,6		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
	Semaines post-partum	21,93	14,983	0	52	29,85	15,971	2	52
	Gravidité	1,85	1,264	1	11	2	1,13	1	6
	Parité	1,49	0,711	1	5	1,63	0,672	1	3
	Dans quelle mesure... <i>Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfaits/maximum préparés)</i>								
	êtes-vous satisfait de votre livraison ?		2,476	1	10	7,88	1,909	3	10
	vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?		2,332	1	10	7,60	2,200	1	10
	les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la réalité ?		2,716	1	10	6,10	2,452	1	10
	vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?		2,086	1	10	7,10	1,960	2	10
	vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?		2,170	1	10	6,17	2,157	1	10
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	428	28,4			13	16,7		
	2x oui	510	33,9			28	35,9		
	Non	568	37,7			37	47,4		
Anxiété généralisée (GAD2)		N=938				N=41			
	Oui	258	27,5			17	41,5		
	Non	680	72,5			24	58,5		
<i>* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considérée comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui le participant a reçu le questionnaire GAD2.</i>									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		N=158				N=4			
	Risque accru (11)	53	33,5			0	0,0		
	Total du score			8,3839	4,7646			4,750	2,5
Mères au deuxième trimestre		N=261				N=6			
	Risque accru (10)	82	31,4			1	16,7		
	Total du score			7,7738	4,76025			6,500	8,16701
Mères au troisième trimestre		N=295				N=18			
	Risque accru (10)	107	36,3			4	22,2		
	Total du score			8,1682	4,8583			6,500	5,73175
Mères en post-partum		N=673				N=47			
	Risque accru (13)	155	23,0			8	17,0		
	Total du score			9,3941	5,27438			8,379	5,62547
Partenaires masculins		N=39				N=0			
	Risque accru (10)	5	12,8			-	-		
	Total du score			5,0517	4,02102			-	-

Partenaires féminins	N=80				N=3			
	Risque accru (12)							
	26	32,5			3	100,0		
			9,5707	5,61350			13,333	2,30940
Stigmatisation de la dépression (DSS)								
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)	48,3785	7,23366	18	76	45,156	6,91143	30	60
Stigmatisation personnelle	19,5296	4,34419	9	35	17,2872	3,82699	10	28
Stigmatisation sociale	28,8489	5,03488	6	45	27,8687	18	42	
<i>p-value stigmatisation personnelle/social</i>	<0,001				0,118			
Dépression des connaissances (DLQ)								
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)	12,7263	4,28545	0	22	14,2643	3,20863	6	22
Dépression des connaissances (items du DLQ)	Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.	525	41,9	728	58,9	46	60,5	30	39,5
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.	1099	87,7	154	12,3	72	94,7	4	5,3
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.	452	36,1	801	63,9	40	52,6	36	47,4
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.	1081	86,3	171	13,7	75	98,7	1	1,3
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.	543	43,3	710	56,7	37	48,7	39	51,3
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.	817	65,2	436	34,8	52	68,4	24	31,6
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.	1082	86,4	171	13,6	74	97,4	2	2,6
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.	1084	86,5	169	13,5	73	96,1	3	3,9
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.	1017	81,2	236	18,8	61	80,3	15	19,7
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.	594	47,4	659	52,6	45	59,2	31	40,8
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.	1127	89,9	126	10,1	72	94,7	4	5,3
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.	920	73,4	333	26,6	65	85,5	11	14,5
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une surdité.	758	60,5	495	39,5	55	72,4	21	27,6
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.	1109	88,5	144	11,5	70	92,1	6	7,9
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.	491	39,2	762	60,8	33	43,4	43	56,6
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.	41	3,3	1212	96,7	1	1,3	75	98,7
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.	100	8	1153	92	9	11,8	67	88,2
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.	461	36,9	790	63,1	31	40,8	45	59,2

19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	511	40,8	741	59,2	25	32,9	51	67,1
20) Les personnes souffrant de dépression doivent arrêter de prendre des antidépresseurs dès qu'elles se sentent mieux.	947	75,6	305	24,4	64	84,2	12	15,8
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	222	17,7	1030	82,3	18	23,7	58	76,3
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	965	77,1	287	22,9	66	86,8	10	13,2

Pièce jointe 3.2 - Pays-Bas

Tableau 8 - Analyses descriptives WP1.1 Les Pays-Bas								
		PRÉ-MESURE (N=311)				POST-MESURE (N=14)		
Facteurs socio-démographiques								
		N	%			N	%	
Outil en ligne	<i>Zelfbewust zwanger</i>	-	-			14	100,0	
Genre	Homme	31	10,0			0	0,0	
	Femme	280	90,0			14	100,0	
	X	0	0,0			0	0,0	
Mère/partenaire	Une (future) mère	258	83,0			14	100,0	
	Un partenaire	53	17,0			0	0,0	
Grossesse/post-partum	Enceinte	173	55,6			10	71,4	
	Post-partum	138	44,4			4	28,6	
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	22	7,1			2	14,3	
	1-19 h	27	8,7			0	0,0	
	20-32 h	134	43,1			4	28,6	
	33-40 h	90	28,9			8	57,1	
	> 40 h	38	12,2			0	0,0	
Niveau d'éducation le plus élevé	Aucun	0	0,0			1	7,1	
	<i>Basisschool, VMBO-basis</i>	5	1,6			0	0,0	
	<i>VMBO-kader, VMBO-theretisch, HAVO-4, MBO-3</i>	47	15,1			0	0,0	
	<i>HAVO-5, WVO, MBO-4</i>	67	21,5			1	7,1	
	<i>WVO (athénée du gymnase), HBO (propédeuse)</i>	120	38,6			4	28,6	
	<i>WO, PhD</i>	72	23,2			8	57,1	
Pays d'origine	Les Pays-Bas	288	92,6			14	100,0	
	Autre	23	7,4			0	0,0	
Statut relationnel	Marié, cohabitant, partenariat civil	296	95,2			13	92,9	
	En couple mais vivant séparément	2	0,6			1	7,1	
	Simple	13	4,2			0	0,0	
	Veuf/veuve	0	0,0			0	0,0	
Les enfants d'une précédente relation	Oui	23	7,4			1	7,1	
	Non	288	92,6			13	92,9	
Religieux	Oui	72	23,2			2	14,3	
	Non	239	76,8			12	85,7	
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	122	39,2			5	35,7	
	Non	189	60,8			9	64,3	
Le traitement de ces problèmes psychologiques		N=122				N=5		
	Oui	97	79,5			5	100,0	

	Non	25	20,5			0	0,0		
Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	88	28,3			6	42,9		
	Non	194	62,4			8	57,1		
	Je ne sais pas.	29	9,3			0	0,0		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	92	29,6			1	7,1		
	Non	219	70,4			13	92,9		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		31,31	5,137	19	60	32,14	5,736	25	44
Santé physique	<i>Score 1 (aucune plainte) - 10 (nombreuses plaintes)</i>	4,58	2,676	1	10	4,21	2,577	1	8
Bénéficie d'un soutien émotionnel	<i>Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)</i>	7,75	1,554	2	10	7,57	1,505	4	10
Expériences de soutien pratique	<i>Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)</i>	7,68	1,626	2	10	7,71	1,383	5	10
Information suffisante (à venir) sur la parentalité	<i>Score 1 (aucun) - 10 (maximum)</i>	7,97	1,372	1	10	7,79	0,802	6	9
Impact COVID-19		N=199				N=13			
	<i>Score 1 (aucune influence) - 10 (beaucoup d'influence)</i>								
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mes pensées.			2,534	1	10	4,31	2,75	1	8
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon état d'esprit (bien-être, santé mentale).			2,572	1	10	3,62	2,663	1	8
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon comportement.			2,616	1	10	4,46	3,099	1	9
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur ma santé physique.			2,678	1	10	3,62	2,694	1	8
Femmes enceintes et partenaires		N=173				N=10			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (◆ 14 semaines)	31	17,9			2	20,0		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	68	39,3			6	60,0		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	74	42,8			2	20,0		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		24,923	10,1162	5	41	21,6	9,571	6	37
Gravidité		1,89	1,370	1	9	1,1	0,316	1	2
Parité		0,45	0,668	0	3	0	0	0	0
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de le bébé	<i>Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)</i>	6,83	1,871	1	10	5,9	1,663	3	8
Se sentir prêt à être parent	<i>Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)</i>	7,43	1,571	2	10	6,7	1,494	3	8
Femmes en post-partum et partenaires		N=138				N=4			
		N	%			N	%		
Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	86	62,3			4	100,0		
	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse, forceps)	15	10,9			0	0,0		
	Césarienne planifiée	8	5,8			0	0,0		
	Césarienne urgente	29	21,0			0	0,0		

		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
--	--	---	----	-----	-----	---	----	-----	-----

Semaines post-partum		25,989	14,9058	1	52	3	2,16	1	6
Gravidité		2,1	1,252	1	6	1,25	0,5	1	2
Parité		1,67	0,831	1	5	1,25	0,5	1	2
Dans quelle mesure...	<i>Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfaits/maximum préparés)</i>								
êtes-vous satisfait de votre livraison ?			2,6	1	10	8,25	1,258	7	10
vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?			2,5	1	10	8,25	1,258	7	10
les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la réalité ?			2,687	1	10	7,75	1,500	7	10
vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?			2,07	1	10	7,25	0,957	6	8
vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?			2,163	1	10	7,00	0,816	6	8
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	71	22,8			5	35,7		
	2x oui	91	29,3			2	14,3		
	Non	149				7	50		
Anxiété généralisée (GAD2)		N=162				N=7			
	Oui	31	19,1			0	0,0		
	Non	131	80,9			7	100,0		
<i>* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considérée comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui le participant a reçu le questionnaire GAD2.</i>									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		N=24				N=2			
	Risque accru (11)	9	37,5			0	0,0		
	Total du score			8,1437	5,5977			6,500	4,94975
Mères au deuxième trimestre		N=63				N=6			
	Risque accru (10)	17	27,0			0	0,0		
	Total du score			8,1801	5,4809			4,333	2,73252
Mères au troisième trimestre		N=63				N=2			
	Risque accru (10)	15	23,8			0	0,0		
	Total du score			6,5203	4,6619			7,500	0,70711
Mères en post-partum		N=108				N=4			
	Risque accru (13)	23	21,3			0	0,0		
	Total du score			8,4825	5,2172			4,25	2,06155
Partenaires masculins		N=31				N=0			
	Risque accru (10)	7	22,6			-	-		
	Total du score			5,4409	4,5974			-	-
Partenaires féminins		N=22				N=0			
	Risque accru (12)	8	36,4			-	-		
	Total du score			11,3939	5,4238			-	-
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max

Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		47,0498	8,4848	20	70	44,2857	8,37972	31	59
	Stigmatisation personnelle	27,1297	5,39254	9	43	17,9286	5,18080	11	27
	Stigmatisation sociale	19,9252	4,59148	9	35	26,3571	4,36079	18	33
	<i>p-value stigmaté personnel/social</i>	0,003							
Dépression des connaissances (DLQ)									
Dépression des connaissances (DLQ)		11,7218	4,85331	0	21	10,3469	5,27001	0	18
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		118	44,4	148	45,6	4	30,8	9	69,2
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		219	82,3	47	17,7	9	69,2	4	30,8
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		94	35,3	172	64,7	2	15,4	11	84,6
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		230	86,5	36	13,5	9	69,2	4	30,8
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		115	43,2	151	56,8	4	30,8	9	69,2
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		154	57,9	112	42,1	8	61,5	5	38,5
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		231	87,2	34	12,8	9	69,2	4	30,8
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		226	85,0	40	15,0	8	61,5	5	38,4
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		194	72,9	72	27,1	9	69,2	4	30,8
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		120	45,1	146	54,9	7	53,8	6	46,2
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		227	85,3	39	14,7	11	84,6	2	15,4
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		140	52,6	126	47,4	6	46,2	7	53,8
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une surdité.		130	48,9	136	51,1	8	61,5	5	38,5
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		223	83,8	43	16,2	10	76,9	3	23,1
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		86	32,3	180	67,7	5	38,5	8	61,5
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.		9	3,4	257	96,6	0	0,0	13	100,0
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.		45	16,9	221	83,1	2	15,4	11	84,6
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.		90	33,8	176	66,2	2	15,4	11	84,6
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.		87	32,7	179	67,3	2	15,4	11	84,6
20) Les personnes souffrant de dépression doivent cesser de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentir mieux.		178	67,2	87	32,8	9	69,2	4	30,8
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.		38	14,3	228	85,7	1	7,7	12	92,3
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.		164	61,2	102	38,3	9	69,2	4	30,8

Pièce jointe 3.3 - Royaume-Uni

Tableau 9 - Analyses descriptives WP1.3 Royaume-Uni									
		VOORMETING (N=902)				NAMETING (N=0)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	40	44,4			-	-		
	Femme	861	95,5			-	-		
	X	1	0,1			-	-		
Mère/partenaire	Une (future) mère	850	94,2			-	-		
	Un partenaire	52	5,8			-	-		
Grossesse/post-partum	Enceinte	278	30,8			-	-		
	Post-partum	624	69,2			-	-		
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	106	11,8			-	-		
	1-19 h	74	7,9			-	-		
	20-32 h	179	19,8			-	-		
	33-40 h	409	45,3			-	-		
	> 40 h	137	15,2			-	-		
Niveau d'éducation le plus élevé	Aucun	4	0,4			-	-		
	Enseignement primaire/ Enseignement primaire et 3 années d'enseignement secondaire	11	1,2			-	-		
	Certificat général d'enseignement secondaire (GSCE) CQF niveau 1/EQF niveau 2 BTEC niveau 3 (QCF niveaux 3/ EQF niveau 4)	139	15,4			-	-		
	Niveaux avancés (A-levels), GSCE niveau 3A, Certificat général d'éducation (GCE A), niveau OCF (niveau 4 du CEC)	154	17,1			-	-		
	Certificat général international d'enseignement secondaire (IGCSE), Cambridge O Level, Cambridge International AS & A Levels, Certificat d'enseignement supérieur (OCF niveau 4/ EQF niveau 5), Diplôme d'enseignement supérieur (OCF niveau 5/ EQF niveau 5), Licence (OCF niveau 6/ EQF niveau 6), diplôme d'honneur (OCF niveau 6/ EQF niveau 6)	374	41,5			-	-		
	Diplôme de master (OCF niveau 7/ EQF niveau 7), Diplôme/certificat de troisième cycle (OCF niveau 7/ EQF niveau 7), doctorat	229	24,4			-	-		
Pays d'origine	Royaume-Uni	837	92,8			-	-		
	Autre	65	7,2			-	-		

Statut relationnel	Marié, cohabitant, partenariat civil	831	92,1			-	-		
	En couple mais vivant séparément	37	4,1			-	-		

	Simple	33	3,7			-	-		
	Veuf/veuve	1	0,1			-	-		
Enfants d'une relation précédente	Oui	99	11,0			-	-		
	Non	803	89,0			-	-		
Religieux	Oui	163	18,1			-	-		
	Non	739	81,9			-	-		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	500	55,4			-	-		
	Non	402	44,6			-	-		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=500				N=0			
	Oui	411	82,2			-	-		
	Non	89	17,8			-	-		
Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	453	50,2			-	-		
	Non	370	41,0			-	-		
	Je ne sais pas.	79	8,8			-	-		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	452	50,1			-	-		
	Non	450	49,9			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		31,95	5,186	18	51	-	-	-	-
Santé physique	Score 1 (aucune plainte) - 10 (nombreuses plaintes)	4,86	2,333	1	10	-	-	-	-
Bénéficie d'un soutien émotionnel	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	7,27	2,256	1	10	-	-	-	-
Expériences de soutien pratique	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	6,84	2,452	1	10	-	-	-	-
Information suffisante (à venir) sur la parentalité	Score 1 (aucun) - 10 (maximum)	5,99	2,561	1	10	-	-	-	-
Impact COVID-19		N=812				N=0			
	Score 1 (aucune influence) - 10 (beaucoup d'influence)								
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mes pensées.			2,654	1	10	-	-	-	-
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon état d'esprit (bien-être), santé mentale).			2,706	1	10	-	-	-	-
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur mon comportement.			2,741	1	10	-	-	-	-
La pandémie de COVID-19 a eu un impact sur ma santé physique.			2,952	1	10	-	-	-	-
Femmes enceintes et partenaires		N=278				N=0			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (◆ 14 semaines)	38	13,7			-	-		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	109	39,2			-	-		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	131	47,1			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		25,867	8,924	5	41	-	-	-	-
Gravidité		2,4281	1,6909	1	11	-	-	-	-
Parité		0,73	1,095	0	7	-	-	-	-
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de		Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	5,96	2,452	1	10	-	-	-

le bébé									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Se sentir prêt à être parent	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	7,27	2,298	1	10	-	-	-	-
Femmes en post-partum et partenaires		N=624				N=0			
		N	%			N	%		
Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	308	49,4			-	-		
	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse) extracteur, forceps)	87	13,9			-	-		
	Césarienne planifiée	86	13,8			-	-		
	Césarienne urgente	143	22,9			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines post-partum		24,994	14,3711	0	52	-	-	-	-
Gravidité		1,66	1,607	0	10	-	-	-	-
Parité		1,53	1,03	0	8	-	-	-	-
Dans quelle mesure...	Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfaits/maximum préparés)								
êtes-vous satisfait de votre livraison ?			2,813	1	10	-	-	-	-
vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?			2,773	1	10	-	-	-	-
les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la réalité ?			3,16	1	10	-	-	-	-
vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?			2,421	1	10	-	-	-	-
vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?			2,557	1	10	-	-	-	-
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	180	20,0			-	-		
	2x oui	354	39,2			-	-		
	Non	368	40,8			-	-		
Anxiété généralisée (GAD2)		N=534				N=0			
		244	45,7			-	-		
		290	54,3			-	-		
* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considérée comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui le participant a reçu le questionnaire GAD2.									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		N=36				N=0			
	Risque accru (11)	20	55,6			-	-		
	Total du score			11,2511	6,69403			-	-
Mères au deuxième trimestre		N=101				N=0			
	Risque accru (10)	55	54,5			-	-		
	Total du score			11,0113	5,65421			-	-
Mères au troisième trimestre		N=125				N=0			
	Risque accru (10)	70	56,0			-	-		
	Total du score			10,5592	5,95975			-	-
Mères en post-partum		N=588				N=0			

	Risque accru (13)	249	42,3			-	-		
	Total du score			11,9067	6,04949			-	-
Partenaires masculins		N=39				N=0			
	Risque accru (10)	13	33,3			-	-		
	Total du score			8,5128	5,21572			-	-
Partenaires féminins		N=13				N=0			
	Risque accru (12)	8	61,5			-	-		
	Total du score			12,3846	7,03015			-	-
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		41,1328	8,90888	18	73	-	-	-	-
	Stigmatisation personnelle	15,5152	4,50334	9	37	-	-	-	-
	Stigmatisation sociale	25,6176	6,71118	9	45	-	-	-	-
	<i>p-value stigmatisme personnel/social</i>	<0,001							
Dépression des connaissances (DLQ)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		12,9163	3,18273	0	22	-	-	-	-
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		462	56,1	362	43,9	-	-	-	-
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		750	91	74	9	-	-	-	-
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		217	26,3	607	73,7	-	-	-	-
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		795	96,6	29	3,5	-	-	-	-
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		529	64,2	295	35,8	-	-	-	-
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		538	65,3	286	34,7	-	-	-	-
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		774	93,9	50	6,1	-	-	-	-
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		788	95,6	36	4,4	-	-	-	-
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		702	85,2	122	14,8	-	-	-	-
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		426	51,7	398	48,3	-	-	-	-
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		618	75,0	206	25,0	-	-	-	-
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		130	15,8	694	84,2	-	-	-	-
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une surdité.		488	59,2	336	40,8	-	-	-	-
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		750	91,0	74	9,0	-	-	-	-
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		680	82,5	144	17,5	-	-	-	-
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.		49	5,9	775	94,1	-	-	-	-
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour		65	7,9	757	92,1	-	-	-	-

la dépression.								
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour la dépression légère à modérée.	480	58,3	334	41,7	-	-	-	-
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	404	49,1	419	50,9	-	-	-	-
20) Les personnes souffrant de dépression doivent arrêter de prendre des antidépresseurs dès qu'elles se sentent mieux.	637	77,4	186	22,6	-	-	-	-

21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	297	36,1	526	63,9	-	-	-	-
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	654	79,5	169	20,5	-	-	-	-

PATH Output 4 - une série de sessions de soutien pour les nouvelles familles

Pièce jointe 4.1 - Flandre, Belgique

Tableau 10 - Analyses descriptives WP2.1 Belgique									
		PRÉ-MESURE (N=26)				POST-MESURE (N=0)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	3	11,5			-	-		
	Femme	23	88,5			-	-		
	X	0	0,0			-	-		
Mère/partenaire	Une (future) mère	22	84,6			-	-		
	Un partenaire	4	15,4			-	-		
Grossesse/post-partum	Enceinte	23	88,5			-	-		
	Post-partum	3	11,5			-	-		
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	1	3,8			-	-		
	1-19 h	0	0,0			-	-		
	20-32 h	7	26,9			-	-		
	33-40 h	14	53,8			-	-		
	> 40 h	4	15,4			-	-		
Niveau d'éducation le plus élevé BE		N=7				N=0			
	Aucun	0	0,0			-	-		
	Lager onderwijs	0	0,0			-	-		
	BSO	1	14,3			-	-		
	7de jaar BSO, volledige graad ASO, TSO of KSO	2	28,6			-	-		
	Graduaat/Hoger beroepsonderwijs niveau 5, Célibataire, BanaBa	1	14,3			-	-		
	Maître, ManaMa, PhD	3	42,9			-	-		
Niveau d'éducation le plus élevé NL		N=19				N=0			
	Aucun	0	0,0			-	-		
	Basisschool, VMBO-basis	0	0,0			-	-		
	VMBO-kader, VMBO-theretisch, HAVO-4, MBO-3	3	15,8			-	-		
	HAVO-5, WVO, MBO-4	6	31,6			-	-		
	WVO (athénée du gymnase), HBO (propédeuse)	5	26,3			-	-		
Pays d'origine	Belgique	6	23,1			-	-		
	Les Pays-Bas	19	73,1			-	-		

Statut relationnel	Autre	1	3,8			-	-		
	Marié, cohabitant, partenariat civil	23	88,5			-	-		
	En couple mais vivant séparément	1	3,8			-	-		
	Simple	2	7,7			-	-		
	Veuf/veuve	0	0,0			-	-		
Les enfants d'une précédente relation	Oui	0	0,0			-	-		
	Non	26	100,0			-	-		
Religieux	Oui	1	3,8			-	-		
	Non	25	96,1			-	-		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	6	23,1			-	-		
	Non	20	76,9			-	-		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=6				N=0			
	Oui	5	83,3			-	-		
	Non	1	16,7			-	-		
Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	8	30,8			-	-		
	Non	16	61,5			-	-		
	Je ne sais pas.	2	7,7			-	-		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	2	7,7			-	-		
	Non	24	92,3			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		30,31	4,946	22	39	-	-	-	-
Santé physique	<i>Score 1 (aucune plainte) - 10 (nombreuses plaintes)</i>	4,04	2,615	1	9	-	-	-	-
Bénéficie d'un soutien émotionnel	<i>Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)</i>	8,27	1,041	6	10	-	-	-	-
Expériences de soutien pratique	<i>Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)</i>	7,73	1,801	4	10	-	-	-	-
Informations suffisantes la parentalité (à venir)	<i>Score 1 (aucun) - 10 (maximum)</i>	7,58	1,391	5	10	-	-	-	-
Femmes enceintes et partenaires		N=23				N=			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (◆ 14 semaines)	0	0,0			-	-		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	11	47,8			-	-		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	12	52,2			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		27,57	6,044	17	36	-	-	-	-
Gravidité		1,35	0,775	1	4	-	-	-	-
Parité		0,35	0,775	0	3	-	-	-	-
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de le bébé	<i>Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)</i>	6,04	1,942	3	10	-	-	-	-
Se sentir prêt à être parent	<i>Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)</i>	6,78	1,476	4	10	-	-	-	-
Femmes en post-partum et partenaires		N=3				N=			
		N	%			N	%		

Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	2	66,7			-	-		
	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse) extracteur, forceps)	1	33,3			-	-		
	Césarienne planifiée	0	0,0			-	-		
	Césarienne urgente	0	0,0			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines post-partum		6,67	5,033	2	12	-	-	-	-
Gravidité		1,67	0,577	1	2	-	-	-	-
Parité		1,67	0,577	1	2	-	-	-	-
Dans quelle mesure...	<i>Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfaits/maximum préparés)</i>								
êtes-vous satisfait de votre livraison ?			2,082	6	10	-	-	-	-
vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?			1,00	6	8	-	-	-	-
les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la réalité ?			1,732	5	8	-	-	-	-
vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?			1,00	7	9	-	-	-	-
vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?			0,577	7	8	-	-	-	-
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	7	26,9			-	-		
	2x oui	2	7,7			-	-		
	Non	17	65,4			-	-		
Anxiété généralisée (GAD2)		N=9				N=0			
	Oui	0	0,0			-	-		
	Non	9	100,0			-	-		
* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considérée comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui le participant a reçu le questionnaire GAD2.									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		N=0				N=0			
	Risque accru (11)	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total du score								
Mères au deuxième trimestre		N=10							
	Risque accru (10)	1	10,0			-	-	-	-
	Total du score			5,200	3,19026			-	-
Mères au troisième trimestre		N= 11				N=0			
	Risque accru (10)	1	9,1			-	-	-	-
	Total du score			4,8182	2,71360			-	-
Mères en post-partum		N=1				N=0			
	Risque accru (13)	0	0,0			-	-	-	-
	Total du score			5,000	0			-	-
Partenaires masculins		N=3				N=0			
	Risque accru (10)	1	33,3			-	-	-	-

	Total du score			5,661	5,50457			-	-
Partenaires féminins		N=1				N=0			
	Risque accru (12)	0	0,0			-	-		
	Total du score			8,000	0			-	-
Résilience (BRS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Résilience (score BRS)		3,5321	0,71805	2	5	-	-	-	-
		N	%			N	%		
	Haute résilience	4	15,4			-	-		
	Résilience normale	17	65,4			-	-		
	Faible résilience	5	19,2			-	-		
Estime de soi (RSES)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
(RSES sumscore)		16,3684	4,86724	10	27	-	-	-	-
Attitudes en matière de recherche d'aide mentale (MHSAS)									
(MHSAS sumscore)		5,4017	0,95171	3,78	6,33	-	-	-	-
Intention de recherche d'aide mentale (MHSIS)									
(MHSIS sumscore)		5,93590	1,31663	2	7	-	-	-	-
Pièce jointe									
MAAS		N=21				N=0			
	Sumscore	77,2857	5,96335	68	89	-	-	-	-
	Sous-échelle - temps	27,1429	3,69169	22	36	-	-	-	-
	Sous-échelle - qualité	46,1429	2,55511	40	49	-	-	-	-
PAAS		N=2				N=0			
	Sumscore	58,500	2,12132	57	60	-	-	-	-
	Sous-échelle - temps	17,000	4,24264	14	20	-	-	-	-
	Sous-échelle - qualité	32,00	2,82823	30	34	-	-	-	-
MPAS		N=1				N=0			
	Sumscore	83,200	0	83,2	83,2	-	-	-	-
	Sous-échelle - plaisir dans l'interaction	19,000	0	19	19	-	-	-	-
PPAS		N=2				N=0			
	Sumscore	73,400	3,25269	71,1	75,7	-	-	-	-
	Sous-échelle - plaisir dans l'interaction	16,450	1,20208	15,6	17,3	-	-	-	-

Pièce jointe 4.2 - Pays-Bas

Tableau 11 - Analyses descriptives WP2.1 Les Pays-Bas									
		PRÉ-MESURE (N=21)				POST-MESURE (N=0)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	0	0,0			-	-		
	Femme	21	100,0			-	-		
	X	0	0,0			-	-		
Mère/partenaire	Une (future) mère	17	81,0			-	-		
	Un partenaire	4	19,0			-	-		
Grossesse/post-partum	Enceinte	1	4,8			-	-		
	Post-partum	20	95,2			-	-		
Heures de travail hebdomadaires	Je n'ai pas d'emploi rémunéré	5	23,8			-	-		
	1-19 h	1	4,8			-	-		
	20-32 h	13	61,9			-	-		
	33-40 h	2	9,5			-	-		
	> 40 h	0	0,0			-	-		
Niveau d'éducation le plus élevé	Aucun	0	0,0			-	-		
	<i>Basisschool, VMBO-basis</i>	1	4,8			-	-		
	<i>VMBO-kader, VMBO-theretisch, HAVO-4, MBO-3</i>	3	14,3			-	-		
	<i>HAVO-5, WVO, MBO-4</i>	1	4,8			-	-		
	<i>WVO (athénée du gymnase), HBO (propédeuse)</i>	14	66,7			-	-		
	<i>WO, PhD</i>	2	9,5			-	-		
Pays d'origine	Les Pays-Bas	17	81,0			-	-		
	Autre	4	19,0			-	-		
Statut relationnel	Marié, cohabitant, partenariat civil	19	90,5			-	-		
	En couple mais vivant séparément	2	9,5			-	-		
	Simple	0	0,0			-	-		
	Veuf/veuve	0	0,0			-	-		
Les enfants d'une précédente relation	Oui	2	9,5			-	-		
	Non	19	90,5			-	-		
Religieux	Oui	9	42,9			-	-		
	Non	12	57,1			-	-		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	16	76,2			-	-		
	Non	5	23,8			-	-		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=16				N=0			
	Oui	15	93,8			-	-		
	Non	1	6,3			-	-		

Plaintes psychologiques chez les frères/sœurs/parents	Oui	9	42,9			-	-		
	Non	9	42,9			-	-		
	Je ne sais pas.	3	14,3			-	-		
Plaintes psychologiques pendant grossesse/post-partum	Oui	17	81,0			-	-		
	Non	4	19,0			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		32,67	5,295	19	47	-	-	-	-
Santé physique	Score 1 (aucune plainte) - 10 (nombreuses plaintes)	6,14	2,393	1	9	-	-	-	-
Bénéficie d'un soutien émotionnel	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	6,29	2,432	1	10	-	-	-	-
Expériences de soutien pratique	Score 1 (aucun soutien) - 10 (maximum soutien)	6,57	2,204	2	10	-	-	-	-
Informations suffisantes la parentalité (à venir)	Score 1 (aucun) - 10 (maximum)	7,29	1,848	3	10	-	-	-	-
Femmes enceintes et partenaires		N=1				N=0			
		N	%			N	%		
Trimestre	Premier trimestre (◆ 14 semaines)	0	0,0			-	-		
	Deuxième trimestre (15-27 semaines)	1	100,0			-	-		
	Troisième trimestre (28-42 semaines)	0	0,0			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines de grossesse		25	0	25	25	-	-	-	-
Gravidité		8	0	8	8	-	-	-	-
Parité		0	0	0	0	-	-	-	-
Sentez-vous prêt pour l'accouchement de le bébé	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparé au maximum)	5	0	5	5	-	-	-	-
Se sentir prêt à être parent	Score 1 (préparation minimale) - 10 (préparation maximale)	7	0	7	7	-	-	-	-
Femmes en post-partum et partenaires		N=20				N=0			
		N	%			N	%		
Façon d'accoucher	Accouchement par voie vaginale	12	60,0			-	-		
	Accouchement vaginal avec assistance (ventouse) extracteur, forceps)	1	5,0			-	-		
	Césarienne planifiée	2	10,0			-	-		
	Césarienne urgente	5	25,0			-	-		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Semaines post-partum		34,60	14,005	7	52	-	-	-	-
Gravidité		1,85	1,309	1	6	-	-	-	-
Parité		1,45	0,759	1	4	-	-	-	-
Dans quelle mesure...	Score 1 (insatisfait/non préparé) - 10 (satisfait/maximum préparé)					-	-	-	-
êtes-vous satisfait de votre livraison ?			2,956	1	10	-	-	-	-
vous êtes-vous sentie préparée pour l'accouchement ?			2,645	1	9	-	-	-	-
les attentes que vous aviez à l'égard de la prestation correspondent-elles à la			3,12	1	9	-	-	-	-

réalité ?

vous êtes-vous sentie préparée à la parentalité ?		2,088	1	10	-	-	-	-	
vos attentes en matière de parentalité correspondaient-elles à la réalité ?		2,668	1	10	-	-	-	-	
Probabilité accrue d'anxiété (Whooley*/GAD2)									
		N	%			N	%		
Dépistage de l'anxiété - Whooley*	1x oui	1	4,8			-	-	-	
	2x oui	17	81,0			-	-	-	
	Non	3	14,3			-	-	-	
Anxiété généralisée (GAD2)		<i>N=18</i>				<i>N=0</i>			
Oui		12	66,7			-	-	-	
Non		6	33,3			-	-	-	
* Le questionnaire de Whooley permet de dépister la présence de symptômes dépressifs. Le questionnaire consiste en 2 questions auxquelles on répond par oui ou par non. Une réponse positive à au moins 1 question est considérée comme un test positif (Whooley et al., 1997). Si 1x oui ou 2x oui le participant a reçu le questionnaire GAD2.									
Risque accru de développer des symptômes dépressifs (EPDS)									
		N	%	M	SD	N	%	M	SD
Mères au premier trimestre		<i>N=0</i>				<i>N=0</i>			
Risque accru (11)		-	-			-	-		
Total du score				-	-			-	-
Mères au deuxième trimestre		<i>N=0</i>				<i>N=0</i>			
Risque accru (10)		-	-			-	-		
Total du score				-	-			-	-
Mères au troisième trimestre		<i>N=0</i>				<i>N=0</i>			
Risque accru (10)		-	-			-	-		
Total du score				-	-			-	-
Mères en post-partum		<i>N=16</i>				<i>N=0</i>			
Risque accru (13)		12	75,0			-	-		
Total du score				17,125	6,99405			-	-
Partenaires masculins		<i>N=0</i>				<i>N=0</i>			
Risque accru (10)		-	-			-	-		
Total du score				-	-			-	-
Partenaires féminins		<i>N=4</i>				<i>N=0</i>			
Risque accru (12)		3	75,0			-	-		
Total du score				14,2522	4,78714			-	-
Résilience (BRS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Résilience (score BRS)		2,5	0,98518	1	4,33	-	-	-	-
		N	%			N	%		
Haute résilience		1	5,6			-	-		
Résilience normale		7	38,7			-	-		
Faible résilience		10	55,6			-	-		
Estime de soi (RSES)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
(RSES sumscore)		23,333	5,52002	15	35	-	-	-	-

Attitudes en matière de recherche d'aide mentale (MHSAS)									
(MHSAS sumscore)		5,8086	0,77338	3,78	6,33	-	-	-	-
Intention de recherche d'aide mentale (MHSIS)									
		<i>N=0</i>							
(MHSIS sumscore)		-	-	-	-	-	-	-	-
Pièce jointe									
MAAS		<i>N=1</i>				<i>N=0</i>			
	Sumscore	75	0	75	75	-	-	-	-
	Sous-échelle - temps	21	0	21	21	-	-	-	-
	Sous-échelle - qualité	50	0	50	50	-	-	-	-
PAAS		<i>N=0</i>				<i>N=0</i>			
	Sumscore	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sous-échelle - temps	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sous-échelle - qualité	-	-	-	-	-	-	-	-
MPAS		<i>N=16</i>				<i>N=0</i>			
	Sumscore	65,5367	15,17925	40,23	95	-	-	-	-
	Sous-échelle - plaisir dans l'interaction	15,0933	4,91637	8	25	-	-	-	-
PPAS		<i>N=4</i>				<i>N=0</i>			
	Sumscore	61,3200	1,3582	60,13	62,8	-	-	-	-
	Sous-échelle - plaisir dans l'interaction	13,9667	1,1547	13,3	15,3	-	-	-	-

PATH Output 5 - cours de formation en face à face pour les professionnels de la santé

Pièce jointe 5.1 - Flandre, Belgique

Tableau 12 - Analyses descriptives WP2.2 Flandre, Belgique									
		PRÉ-MESURE (N=180)				POST-MESURE (N=85)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Formation	Formation autour de la santé mentale pendant la période périnatale pour les soignants					49	57,6		
	Former le formateur : Santé mentale périnatale spécialiste de la pratique, partie 2 : dynamique de l'organisation					4	4,7		
	Hoofdzaak : conseils et astuces pour faire face au nuage "fragile"					18	21,2		
	Leçon UA 17/3/22 - La santé mentale en milieu de travail période périnatale					2	2,4		
	Hoofdzaak : faire attention à soi, c'est pas une réflexion après coup					12	14,1		
Genre	Homme	1	0,6			1	1,2		
	Femme	179	99,4			84	98,8		
	X	0	0,0			0	0,0		
Avoir des enfants	Oui	130	72,2			61	71,8		
	Non	59	27,8			24	28,2		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	75	41,7			33	38,8		
	Non	105	58,3			52	61,2		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=75				N=33			
	Oui	58	77,3			28	84,8		
	Non	48	26,1			5	15,2		
Vous avez été en contact avec une personne de votre entourage souffrant de troubles mentaux. problèmes de santé	Oui	132	73,3			58	68,2		
	Non	48	26,7			27	31,8		
Professionnel de la santé	<i>Vroedvrouw/verpleegkundige tweede lijn</i>	103	57,2			48	56,5		
	<i>Gynécologie</i>	2	1,1			3	3,5		
	<i>Huisarts</i>	0	0,0			0	0,0		
	<i>Pédiatre</i>	0	0,0			0	0,0		
	<i>Vroedvrouw/verpleegkundige eerste lijn</i>	33	18,3			14	16,5		

<i>Kraamverzorgende</i>	9	5,0			3	3,5		
<i>Doula</i>	0	0,0			0	0,0		

	<i>Sociaalwerker</i>	2	1,1			2	2,4		
	<i>Psycholoog</i>	11	6,1			3	3,5		
	<i>Étudiant vroedvrouw/verpleegkundige</i>	7	3,9			4	4,7		
	<i>Anders</i>	13	7,2			8	9,4		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		36,69	10,395	20	61	35,51	9,88	20	63
Années d'expérience professionnelle		12,30	10,235	0	40	10,48	9,072	0	35
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		47,3789	6,54403	31	67	47,0000	6,01783	28	63
	Stigmatisation personnelle	18,2174	3,52614	11	31	17,5696	3,3047	9	27
	Stigmatisation sociale	29,1696	3,92811	17	38	29,4304	4,6330	14	42
	<i>p-value stigmaté personnel/social</i>	0,250				0,522			
Dépression des connaissances (DLQ)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		14,0938	2,99223	5	20	15,6053	2,7716	7	21
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		82	51,2	78	48,8	46	60,5	30	39,5
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		151	94,4	9	5,6	72	94,7	4	5,3
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		61	38,1	99	61,9	45	59,2	31	40,8
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		149	93,1	11	6,9	71	93,4	5	6,6
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		72	45,0	88	55,0	50	65,8	26	34,2
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		108	67,5	52	32,5	64	84,2	12	15,8
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		153	95,6	7	4,4	74	97,4	2	2,6
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		149	93,1	11	6,9	69	90,8	7	9,2
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		145	90,6	15	9,4	69	90,8	7	9,2
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		83	51,9	77	48,1	55	72,4	21	27,6
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		151	94,4	9	5,6	75	98,7	1	1,3
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		141	88,1	19	11,9	72	94,7	4	5,3
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une la surdité.		114	71,3	46	28,7	58	67,3	18	23,7
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		152	95,0	8	5,0	73	96,1	3	3,9
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		65	40,6	95	59,4	34	44,7	42	55,3
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.		5	3,1	155	96,9	5	6,6	71	93,4
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour		14	8,8	146	91,3	5	6,6	71	93,4

la dépression.								
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.	59	36,9	101	63,1	47	61,8	29	38,2
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	67	41,9	93	58,1	31	40,8	45	49,2
20) Les personnes souffrant de dépression doivent cesser de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentent mieux.	139	86,9	21	13,1	73	96,1	3	3,9
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	51	31,9	109	68,1	30	39,5	46	60,5

22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	144	90,0	16	10,0	68	89,5	8	10,5	
GSE									
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max	
(GSE sumscore)	28,681	3,4115	12	40	30,3086	2,83533	24	38	
PIMMHS									
(PIMMHS sumscore)	11,9294	2,90394	6	20	12,1059	2,93997	6	19	

Pièce jointe 5.2 - Pays-Bas

Tableau 13 - Analyses descriptives WP2.2 Les Pays-Bas									
		PRÉ-MESURE (N=200)				POST-MESURE (N=114)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Formation	Soins centrés sur la famille dans les soins de naissance et néonatalogie	-	-			105	92,1		
	Mattie-click : base	-	-			1	0,9		
	Mattie-click : approfondissement	-	-			1	0,9		
	Système de garde d'enfants intégratif : pratique la formation des infirmières en pédiatrie	-	-			7	6,1		
Genre	Homme	5	2,5			3	2,6		
	Femme	195	97,5			11	97,4		
	X	0	0,0			0	0,0		
Avoir des enfants	Oui	151	75,5			89	78,1		
	Non	49	24,5			25	21,9		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	44	22,0			20	17,5		
	Non	156	78,0			94	82,5		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=44				N=20			
	Oui	35	79,5			15	75,0		
	Non	9	20,5			5	25,0		
Vous avez été en contact avec une personne de votre entourage souffrant de troubles mentaux. problèmes de santé	Oui	107	53,5			65	57,0		
	Non	93	46,5			49	43,0		
Professionnel de la santé	<i>Vroedvrouw/verpleegkundige</i>	160	80,0			76	66,7		
	<i>Gynécologie</i>	0	0,0			0	0,0		
	<i>Huisarts</i>	0	0,0			0	0,0		
	<i>Pédiatre</i>	0	0,0			0	0,0		
	<i>Vroedvrouw/verpleegkundige bureau de consultation</i>	2	1,0			5	4,4		
	<i>Kraamverzorgende</i>	3	1,5			2	1,8		
	<i>Doula</i>	0	0,0			0	0,0		
	<i>Sociaalwerker</i>	0	0,0			2	1,8		
	<i>Psycholoog</i>	0	0,0			0	0,0		
<i>Anders</i>	35	17,5			29	25,4			
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		43,760	11,813	22	64	43,77	11,3680	23	65
Années d'expérience professionnelle		20,845	11,9683	0	45	20,601	11,5969	0	42
Stigmatisation de la dépression (DSS)									

		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
--	--	---	----	-----	-----	---	----	-----	-----

Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		45,1368	7,71100	19	63	45,1204	8,02502	18	63
	Stigmatisation personnelle	19,1105	3,50497	9	29	18,8704	4,09207	9	28
	Stigmatisation sociale	26,0263	5,64657	7	37	26,2500	5,71928	9	36
	<i>p-value stigmaté personnel/social</i>	<0,001				0,003			
Dépression des connaissances (DLQ)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		12,6649	4,01498	0	21	13,1853	3,83313	0	20
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et désordonnée.		102	54,3	86	45,7	69	63,9	39	36,1
2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.		149	79,3	39	20,7	91	84,3	17	15,7
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.		80	42,6	108	57,4	47	43,5	61	56,5
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.		161	85,6	27	14,4	92	85,2	16	14,8
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.		79	42,0	109	58,0	51	47,2	57	52,8
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.		101	53,7	87	46,3	60	55,6	48	44,4
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.		167	88,8	21	11,2	96	88,9	12	11,1
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.		157	83,5	31	16,5	94	87,0	17	13,0
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.		153	81,4	35	18,6	82	75,9	26	24,1
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.		80	42,6	108	57,4	49	45,4	59	54,6
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.		175	93,1	12	6,9	100	92,6	8	7,4
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.		123	65,4	65	34,6	80	74,1	28	25,9
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une surdité.		119	63,3	69	36,7	81	75,0	27	25,0
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.		176	93,6	12	6,4	99	91,7	9	8,3
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.		68	36,2	120	63,8	38	35,2	70	64,8
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.		6	3,2	182	96,8	4	3,7	104	96,3
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.		19	10,1	169	89,9	9	8,3	99	91,7
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.		56	29,9	131	70,1	40	37,0	68	63,0
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.		51	27,1	137	72,9	30	27,3	78	72,7
20) Les personnes souffrant de dépression doivent cesser de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentir mieux.		158	84,5	29	15,5	89	82,4	19	17,6
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.		48	25,5	140	74,5	34	31,5	74	68,5

22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	153	81,8	34	18,2	89	82,4	19	17,6
GSE								
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
(GSE sumscore)	30,4381	3,64902	18	40	31,5135	3,50440	23	39
PIMMHS								
(PIMMHS sumscore)	12,9700	2,31645	7	21	13,2632	2,95408	0	20

PATH Output 6 - formation de pairs supporteurs et réseau de groupes de soutien intergénérationnels

Pièce jointe 6.1 - Flandre, Belgique

Tableau 14 - Analyses descriptives WP.2.3 Belgique									
		PRÉ-MESURE (N=110)				POST-MESURE (N=35)			
Facteurs socio-démographiques									
		N	%			N	%		
Genre	Homme	1	0,9			0	0,0		
	Femme	109	99,1			35	100,0		
	X	0	0,0			0	0,0		
Avoir des enfants	Oui	17	15,5			7	20,0		
	Non	93	84,5			28	80,0		
Problèmes psychologiques chez les passé	Oui	33	30,0			8	22,9		
	Non	77	70,0			27	77,1		
Traitement de ces problèmes psychologiques		N=33				N=8			
	Oui	20	60,6			7	87,5		
	Non	13	39,4			1	12,5		
Vous avez été en contact avec une personne de votre entourage souffrant de troubles mentaux. problèmes de santé	Oui	62	56,4			23	65,7		
	Non	48	43,6			12	34,3		
Quelle est votre relation avec le (futur) parent pour lequel vous avez été ou êtes un pair aidant ?	Étudiant	-	-			15	42,9		
	Famille	-	-			4	11,4		
	Ami	-	-			12	34,4		
	Manquant	-	-			4	11,4		
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Âge		22,18	5,141	18	40	21,4	5,036	18	37
Stigmatisation de la dépression (DSS)									
		M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
Dépression liée à la stigmatisation (score total de l'enquête DSS)		49,9909	6,41743	23	67	52,0857	5,36531	43	64
	Stigmatisation personnelle	20,1909	3,84205	14	36	20,2857	2,87557	14	26
	Stigmatisation sociale	29,8000	5,17545	9	45	31,8000	4,07874	23	40
	<i>p-value stigmaté personnel/social</i>	0,902				0,972			
Dépression des connaissances (DLQ)									
Connaissance de la dépression (DLQ sumscore)		11,3714	3,14849	0	17	13,4571	3,26607	5	20
Dépression des connaissances (items du DLQ)		Juist		Fout/ik weet het niet		Juist		Fout/ik weet het niet	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1) Les personnes dépressives parlent souvent de manière décousue et		35	33,3	70	66,7	15	42,9	20	57,1

désordonnée.								
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--

2) Les personnes souffrant de dépression peuvent se sentir coupables alors qu'elles ne sont pas en faute.	90	85,7	15	14,3	29	82,9	6	17,1
3) Un comportement imprudent et téméraire est un signe courant de dépression.	38	36,2	67	63,8	13	37,1	22	62,9
4) La perte de confiance et une mauvaise estime de soi peuvent être des symptômes de la dépression.	92	87,6	13	12,4	34	97,1	1	2,9
5) Ne pas marcher sur les fissures du sentier peut être un signe de dépression.	38	36,2	67	63,8	19	54,3	16	45,7
6) Les personnes souffrant de dépression entendent souvent des voix qui ne sont pas là.	38	36,2	67	63,8	13	37,1	22	62,9
7) Dormir trop ou trop peu peut être un signe de dépression.	91	86,7	14	13,3	31	88,6	4	11,4
8) Manger trop ou se désintéresser de la nourriture peut être un signe de dépression.	93	88,6	12	11,4	33	94,3	2	5,7
9) La dépression n'affecte pas votre mémoire et votre concentration.	78	74,3	27	25,7	27	77,1	8	22,9
10) Avoir plusieurs personnalités distinctes peut être un signe de dépression.	34	32,4	71	67,6	12	34,3	23	65,7
11) Les personnes peuvent se déplacer plus lentement ou devenir agitées en raison de leur dépression.	94	89,5	11	10,5	32	91,4	3	8,6
12) Les psychologues cliniques peuvent prescrire des antidépresseurs.	52	49,5	53	50,5	18	51,4	17	48,6
13) Une dépression modérée perturbe la vie d'une personne autant qu'une sclérose en plaques ou une surdité.	58	55,2	47	44,8	20	57,1	15	42,9
14) La plupart des personnes souffrant de dépression doivent être hospitalisées.	89	84,8	16	15,2	30	85,7	5	14,3
15) De nombreuses personnes célèbres ont souffert de dépression.	57	54,3	48	45,7	22	62,9	13	37,1
16) De nombreux traitements de la dépression sont plus efficaces que les antidépresseurs.	4	3,8	101	96,2	13	37,1	22	62,9
17) Le conseil est aussi efficace que la thérapie cognitivo-comportementale pour la dépression.	8	7,6	97	92,4	15	42,9	20	57,1
18) La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace que les antidépresseurs pour les troubles légers à sévères. dépression modérée.	30	28,6	75	71,4	10	28,6	25	71,4
19) De tous les traitements alternatifs et de style de vie pour la dépression, les vitamines sont susceptibles d'être les plus utiles.	31	29,5	74	70,5	17	48,6	18	51,4
20) Les personnes souffrant de dépression doivent cesser de prendre des antidépresseurs dès qu'ils se sentent mieux.	69	65,7	36	34,3	29	82,9	6	17,1
21) Les antidépresseurs créent une dépendance.	10	9,5	95	90,5	17	48,6	18	51,4
22) Les médicaments antidépresseurs agissent généralement immédiatement.	65	61,9	40	38,1	22	62,9	13	37,1
GSE								
	M	SD	Min	Max	M	SD	Min	Max
(GSE sumscore)	29,4	3,85089	19	40	29,6857	2,6738	25	37