

Université de Montréal

Adaptation à la maternité : Les facteurs de risque, leur dépistage et leur relation
à l'anxiété maternelle périnatale

par

Emmanuelle Robert

Département de psychologie
Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophæ Doctor (Ph.D.)
en psychologie, programme recherche et intervention
option psychodynamique

Septembre 2006

© Emmanuelle Robert, 2006



BF
22
U54
2007
V.012

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.


Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.



Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Adaptation à la maternité : Les facteurs de risque, leur dépistage et leur relation
à l'anxiété maternelle périnatale

présentée par:
Emmanuelle Robert

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :


Jean-Pierre Blondin
Président-rapporteur

Hélène David
Directrice de recherche

Jean-François Saucier
Membre du jury

Véronique Lussier
Examineur externe

Philippe Robaey
Représentant du doyen de la FES



Résumé

Cette thèse s'attache aux facteurs de risque psychosociaux présents lors de l'adaptation à la maternité chez des femmes issues de la population générale, à leur dépistage ainsi qu'à leur relation à l'anxiété maternelle. Ce travail comporte deux volets et est composé de trois articles. Le premier volet, constitué du premier article, présente les résultats obtenus auprès d'un vaste échantillon de femmes enceintes (N = 619), recrutées au Centre des naissances du CHUM et participant à un programme de dépistage par le biais du questionnaire *ALPHA* d'évaluation de la santé psychosociale anténatale. Les analyses descriptives font preuve (1) de la présence importante de facteurs de risque psychosociaux anténataux, en particulier les facteurs familiaux (événements stressants, insatisfaction conjugale, manque de soutien social) et maternels (faible estime de soi relative au rôle de mère, antécédents de troubles émotifs, sentiments dépressifs durant la grossesse) et (2) de la proportion considérable de sujets auprès de qui le dépistage prénatal effectué a mené à des interventions psychosociales.

Le second volet, composé des deuxième et troisième articles, introduit la dimension anxieuse, son évolution au cours de la période périnatale ainsi que sa mise en relation avec diverses variables psychosociales, à partir d'un plus petit nombre de sujets (N = 83) issus de l'échantillon principal. Le deuxième article cherche à vérifier si l'*ALPHA* permet de dépister les femmes anxieuses durant la grossesse et si son utilisation permet de prédire la présence d'anxiété postnatale. Bien que de nombreux facteurs de risque psychosociaux anténataux soient corrélés avec l'anxiété prénatale, très peu d'entre eux sont corrélés à l'anxiété postnatale. Des analyses de régression démontrent que seule la faible estime de soi quant au rôle de mère dépistée par l'*ALPHA* en pré-partum est prédictrice de l'anxiété spécifique à la maternité en post-partum. L'*ALPHA* peut donc être considéré comme un corrélat robuste de l'anxiété prénatale, mais un faible prédicteur de l'anxiété postnatale.

Le troisième article traite de l'évolution de l'anxiété maternelle en période périnatale et s'emploie à distinguer ses différentes formes. Ses principaux objectifs sont de vérifier la pertinence d'évaluer l'anxiété dite *spécifique à la maternité* et de voir si la présence

d'anxiété prénatale permet de prédire, et donc d'anticiper - voire de prévenir - l'anxiété postnatale. Simultanément, certaines variables psychosociales ont été mesurées. Malgré une apparente stabilité de l'anxiété en période périnatale, une faible proportion de femmes anxieuses en pré-partum le demeure en post-partum, suggérant une certaine discontinuité dans l'évolution de l'anxiété maternelle. Des analyses de régression indiquent que l'état anxieux prénatal n'est pas un bon prédicteur de l'anxiété postnatale. Par contre, elles démontrent que l'anxiété-trait pré-partum contribue significativement à la présence d'anxiété-trait post-partum. Des divergences dans les résultats selon l'instrument de mesure utilisé pour évaluer l'anxiété sont observées.

En conclusion, cette thèse soutient que l'*ALPHA*, en plus de son intérêt clinique, est un instrument pertinent à l'étude empirique des facteurs de risque psychosociaux anténataux. Sont proposées des recommandations voulant que l'on procède à une évaluation systématique, précoce, spécifique et prolongée de l'anxiété maternelle en période d'adaptation à la maternité.

Mots clés : Grossesse, maternité, anxiété, anxiété spécifique, dépistage, ALPHA, facteurs de risque psychosociaux.

Abstract

This thesis examines the occurrence of psychosocial risk factors during the period of maternal adaptation. A group of pregnant women sampled from the general population participated in a screening process and were also evaluated for maternal anxiety. This research consists of two sections containing three articles. The first section and article present the results issued from a large sample of pregnant women (N = 619) recruited through the *Centre hospitalier de l'Université de Montréal's* (CHUM) obstetric department. Subjects participated in a screening program by completing the Antenatal Psychosocial Health Assessment (*ALPHA*) form. Descriptive analyses indicated the presence of antenatal psychosocial risks factors, in particular family factors (recent stressful life events, poor couple satisfaction, lack of social support) and maternal factors (low self-esteem, history of emotional problems, ante-partum depression). Results also determined the proportion of subjects whose participation to prenatal screening measures lead to psychosocial interventions.

The second section, which is composed of the second and third articles, introduces the anxiety dimension, its evolution during the perinatal stage, as well as its relation to various psychosocial variables. A smaller group of women (N = 83) issued from the initial sample completed a series of questionnaires including the *ALPHA* form and other measures pertaining to different forms of anxiety. The second article examines the questionnaire's efficacy in identifying women who are anxious during pregnancy and determines whether this measure is a good predictor of postnatal anxiety. Although many antenatal psychosocial risk factors were correlated to prenatal anxiety, few were correlated to postnatal anxiety. Regression analyses showed that only low self-esteem, as detected by the *ALPHA* form during the pre-partum period, is a predictor of maternity-specific anxiety in the post-partum period. The *ALPHA* questionnaire is thus considered a strong correlate of prenatal anxiety, but a weak predictor of postnatal anxiety.

The third article deals with the evolution of maternal anxiety across the perinatal stage and attempts to distinguish its different components. With prevention in mind, the main

objectives of this study focus on establishing the relevance of screening for maternity-specific anxiety and on examining prenatal anxiety as a predictor of postnatal anxiety. Simultaneously, certain psychosocial variables were measured. Despite an apparent stable trend in anxiety during the perinatal period, only a small proportion of women who were anxious in the pre-partum period also demonstrated high levels of anxiety during post-partum. These findings suggest a certain discontinuity in the evolution of maternal anxiety. Furthermore, regression analyses indicate that prenatal anxiety is not a good predictor of postnatal anxiety. Divergent results were also observed according to the instrument used.

In conclusion, this thesis supports clinical interests in the *ALPHA* questionnaire and its role as a significant psychometric instrument for the empirical study of antenatal psychosocial risk factors. Recommendations propose a systematic assessment of women's psychosocial health and symptoms of anxiety during the period of maternal adaptation. Accordingly, this assessment should be one that is early, specific and longitudinal.

Key words: Pregnancy, maternity, anxiety, specific anxiety, screening, ALPHA, psychosocial risk factors.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	x
Liste des abréviations	xi
Remerciements	xii
INTRODUCTION	1
ARTICLE I	
Le questionnaire ALPHA : Implantation d'un outil de dépistage de la détresse psychologique et sociale chez les femmes enceintes.....	18
ARTICLE II	
Adaptation à la maternité : Le questionnaire d'évaluation psychosociale ALPHA comme corrélat de l'anxiété maternelle pré- et post-natale.....	48
ARTICLE III	
Adaptation à la maternité : Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété	87
CONCLUSION	121
Appendice A : Questionnaire ALPHA	xiii
Appendice B : Questionnaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété	xviii
Appendice C : Questionnaire POQ	xxi
Appendice D : Questionnaire sociodémographique et histoire obstétricale	xxiii
Appendice E : Questionnaire sur le support social (SSQ)	xxv
Appendice F : Échelle d'ajustement dyadique (DAS)	xxix
Appendice G : Sondage sur les expériences vécues (LES)	xxxvi

Liste des tableaux

ARTICLE I

Tableau 1.	Les facteurs de risque psychosociaux de l' <i>ALPHA</i> en 4 catégories	.....	39
Tableau 2.	Identification de facteurs familiaux auprès des sujets	.....	40
Tableau 3.	Identification de facteurs maternels auprès des sujets	.....	41
Tableau 4.	Identification de facteurs toxicomanies auprès des Sujets	.....	42
Tableau 5.	Identification de facteurs violence auprès des sujets	.....	43
Tableau 6.	Comparaison des moyennes des groupes avec et sans intervention	.....	44

ARTICLE II

Tableau 1.	Caractéristiques sociodémographiques des sujets	.....	83
Tableau 2.	Instruments de mesure	.....	84
Tableau 3.	Corrélations entre facteurs prénataux et anxiété pré-partum et post-partum	.....	85
Tableau 4.	Corrélations entre facteurs postnataux et anxiété post-partum	.....	86
Tableau 5.	Contribution des variables prédictives de l'anxiété maternelle postnatale	.....	86

ARTICLE III

Tableau 1.	Caractéristiques sociodémographiques des sujets	.....	117
Tableau 2.	Instruments de mesure	.....	117
Tableau 3.	Évolution des cas cliniques d'anxiété en pré-partum et post-partum	.....	118

Tableau 4.	Matrice des corrélations entre les anxiétés aux T1 et T2	.....	119
Tableau 5.	Contribution des variables prédictives de l'anxiété maternelle postnatale	.....	120

Liste des figures

ARTICLE I

Figure 1.	Identification de facteurs de risque familiaux auprès des sujets de l'échantillon	.....	45
Figure 2.	Identification de facteurs de risque maternels auprès des sujets de l'échantillon	.....	45
Figure 3.	Identification de facteurs de risque toxicomanies auprès des sujets de l'échantillon	.....	46
Figure 4.	Identification de facteurs de risque violence auprès des sujets de l'échantillon	.....	46
Figure 5.	Moyenne des scores obtenus par facteurs de risque et par groupe, avec ou sans intervention	.....	47

Liste des abréviations

ALPHA	Antenatal Psychosocial Health Assessment Form
ALPHA F	Facteurs familiaux de l'ALPHA
ALPHA M	Facteurs maternels de l'ALPHA
ALPHA C	Facteurs consommation / toxicomanies de l'ALPHA
ALPHA V	Facteurs violence de l'ALPHA
ASTA	Questionnaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété
CHUM	Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
GARE	Grossesses à risque élevé
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LES	Life Experiences Survey
POQ	Pregnancy Outcome Questionnaire
SEV	Sondage sur les expériences vécues
SSQ	Social Support Questionnaire
SSQS	Facteur satisfaction du SSQ
SSQN	Facteur nombre de personnes du SSQ
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
S-STAI	Échelle état du STAI
T-STAI	Échelle trait du STAI
T1	Temps 1
T2	Temps 2

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude à ma directrice de thèse, Hélène David, pour son encadrement dans la réalisation d'un grand rêve. Son énergie et sa disponibilité continue, ses précieux conseils, son dynamisme contagieux ont fait en sorte que cette aventure soit à la fois fructueuse et agréable. Je remercie également Nicole Reeves pour toutes les opportunités offertes, pour son intérêt toujours présent à développer et à s'impliquer dans des projets et pour la place qu'elle a su m'y faire.

Merci à Julie Achim pour son soutien intensif, pour d'innombrables relectures et remaniements et à qui je dois beaucoup, notamment l'aboutissement de ce travail doctoral. Un grand merci à Pierre McDuff pour son aide rassurante lors d'orages statistiques. Merci aussi à Natali Sanlian pour sa fidèle amitié et pour les connexions neuronales, dans le travail comme dans la vie. Je suis très reconnaissante à Stéphanie Goron et Sabine Delfosse pour leurs idées, leur participation et leur compagnie dans les étapes de conceptualisation et d'expérimentation de ce projet. Et par-dessus tout, mille mercis à Donald, à mes parents et à mon frère pour leur présence, leur patience et leur confiance en moi tout au long de mon cheminement doctoral.

Je tiens à remercier les membres de l'équipe psychosociale du Centre des naissances de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM (Karine-Alexandra Lavandier, Marielle Venne, Élane Perreault et Nicole Reeves) pour des échanges toujours stimulants et sans qui la réalisation de ce projet n'aurait pas été possible. J'adresse un merci particulier à Marie Guertin pour ses mots d'encouragement et sa bienveillance. Merci également à tout le personnel et aux patientes du Centre des naissances de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM pour leur dévouement, leur disponibilité et leur générosité. Sans la participation volontaire de ces patientes, jamais ce travail n'aurait pu être réalisé.

Merci aussi à Marcel Courtemanche, chef du Service de psychologie du CHUM, pour son aide dans la mise en œuvre de mes projets et au Dr. Mounir Samy d'avoir su éclairer mes choix. Je remercie, enfin, le département de psychologie de l'Université de Montréal pour son soutien financier au cours de mes études doctorales.

Introduction

La recherche consacrée à la périnatalité a connu un essor important depuis les cinquante dernières années. De nombreuses études se sont attachées, par le passé, à l'analyse de l'adaptation des femmes à la maternité. Plus récemment, l'évolution que connaît la recherche dans ce domaine se caractérise par un double mouvement. D'un côté on constate que les chercheurs ne se préoccupent plus seulement de la période postnatale mais aussi, si ce n'est davantage, des troubles ou des difficultés qui affectent la mère au cours de sa grossesse (Austin, 2004). De l'autre, alors que la dépression chez les futures et nouvelles mères a été abondamment étudiée (Beck, 2001; Berthiaume, David, Saucier, & Borgeat, 1998; Bonari et al., 2004; Lussier, David, Saucier, & Borgeat, 1994; McMahon, Barnett, Kowalenko, & Tennant, 2005; O'Hara, & Swain, 1996), l'anxiété est devenue l'objet de travaux empiriques de plus en plus fréquents (Gutteling et al., 2005; Heron et al., 2004; O'Connor, Heron, Golding, Glover, & the ALSPAC Study Team, 2003; Van den Bergh et al., 2005; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005). Plusieurs constats sont à l'origine de ce double mouvement. Le fait que ce soit bien souvent avant la période du post-partum que se révèlent les difficultés auxquelles les mères sont confrontées (Beck, 1995; Bell, & Lacombe, 2006; Brouwers, Van Baar, & Pop, 2001; Glover, O'Connor, Heron, & Golding, 2000; Lortie, 1996) a contribué à la croissance de l'intérêt pour la période prénatale. Qu'elles soient ou non sujettes à de telles difficultés, les femmes, parce qu'elles consultent régulièrement leur gynécologue obstétricien durant leur grossesse, sont beaucoup plus faciles à rejoindre pendant cette période qu'après la naissance de l'enfant (Austin, 2004; Raphael-Leff, 2003). Cet élément a, parmi d'autres, incité les chercheurs à accorder davantage d'attention à la période prénatale. Ce changement d'attitude les aura conduit à identifier plusieurs facteurs de nature à détecter la détresse maternelle, une identification qui permet aujourd'hui d'intervenir de manière précoce et préventive.

De la même façon, la prise de conscience des chevauchements existant entre les symptômes de dépression et ceux de l'anxiété (Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004; Sutter-Dallay, Giaccone-Marcésche, Glatigny-Dallay, & Verdoux, 2004; Wenzel et al., 2005), la difficulté de les isoler (Jomeen, & Martin, 2005; Teissedre, & Chabrol, 2004),

le fait que les motifs de référence pour consultations psychologiques se rapportent fréquemment à des troubles ou des symptômes anxieux sont autant de facteurs qui explicitent le nombre croissant de travaux consacrés à l'anxiété maternelle périnatale.

Les divers travaux de recherche qui y sont consacrés reflètent le souci de prendre davantage en considération tant les périodes pré- que post-natales et celui de mieux différencier les phénomènes d'anxiété et de dépression. C'est à ce double titre, quoiqu'à des degrés divers, qu'ils s'inscrivent dans l'une ou l'autre des deux tendances dont nous avons fait état. L'analyse des écrits à laquelle ces travaux ont donné lieu permet de les regrouper en cinq axes principaux.

Axes de recherches consacrées à l'anxiété périnatale

Répercussions de l'anxiété prénatale sur la grossesse et sur l'enfant

Le premier axe que nous identifions est constitué des nombreux travaux qui ont été consacrés aux répercussions de l'anxiété prénatale sur le déroulement de la grossesse, sur l'enfant ainsi que sur le lien mère-enfant. La mise en lumière des complications obstétricales et néonatales (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, & Sandman, 1999; Wadhwa, Sandman, Porto, Dunkel-Schetter, & Garite, 1993; Wroble Biglan, 2003) associées à l'anxiété maternelle anténatale telles que les accouchements prématurés et le faible poids des bébés à la naissance est à mettre à leur crédit. Ils ont également mis en évidence son impact négatif sur le tempérament (Austin, Hadzi-Pavlovic, Leader, Saint, & Parker, 2005; Coplan, O'Neil, & Arbeau, 2005; Gutteling et al., 2005) ainsi que sur le comportement (O'Connor et al., 2003) et le développement cognitif (King, & Laplante, 2005; Van den Bergh et al., 2005) de l'enfant au cours des mois, voire des années suivant la naissance. L'étude de Davis et al. (2004) montre en effet que l'anxiété et la dépression maternelles, présentes durant la période prénatale mais non durant la période postnatale, seraient associées à des comportements négatifs face à la nouveauté chez des enfants âgés de quatre mois. En contrôlant les effets de l'anxiété postnatale, d'autres études longitudinales ont

démontré l'existence d'une relation entre l'anxiété maternelle prénatale et des problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants aux âges de quatre et six ans et demi (O'Connor, Heron, Glover, & the ALSPAC Study Team, 2002). De leur côté, Van den Bergh et Marcoen (2004) démontrent l'existence d'un lien entre de hauts niveaux d'anxiété maternelle prénatale et la présence de symptômes de déficit d'attention et d'hyperactivité chez les enfants de huit et neuf ans. Enfin, Feldman et ses collègues montrent quels en sont les effets sur la qualité du lien de la mère à son enfant (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999). L'équipe de Del Carmen démontre notamment que l'attachement des bébés de mères anxieuses (en période prénatale) est de type *insécure*. Selon elle, l'anxiété maternelle prénatale est un bon prédicteur du type d'attachement observé chez les nourrissons à l'âge de 12 mois (Del Carmen, Pedersen, Huffman, & Bryan, 1993). Tous ces travaux illustrent l'effet persistant que l'état psychologique maternel prénatal, et plus particulièrement l'anxiété anténatale, peut exercer sur le fœtus et sur l'enfant.

Élaboration d'un modèle sociobiologique explicatif de l'anxiété pré-partum

Le deuxième axe regroupe de nombreuses études empiriques portant sur les bases physiologiques de l'anxiété prénatale. Le plus grand nombre d'entre elles suggèrent que les fluctuations hormonales durant la grossesse sont responsables de l'anxiété et de ses variations. Selon certaines (notamment celle réalisée par Mancuso, Dunkel-Schetter, Rini, Roesch, et Hobel, 2004), il existe une relation bidirectionnelle entre hormones et anxiété, les unes influençant l'autre et vice-versa. Un plus petit nombre s'attache non seulement aux hormones ou aux processus biologiques mais aussi à leur interaction avec les facteurs psychosociaux dans la genèse de l'anxiété.

Ross et ses collaborateurs proposent à cet égard un modèle explicatif de l'anxiété prénatale à partir de variables sociobiologiques qui montre que les changements hormonaux ne suffisent pas à expliquer les symptômes anxio-dépressifs entourant la maternité (Ross, Sellers, Gilbert Evans, & Romach, 2004). Validant leur modèle, ils estiment que ces changements hormonaux n'ont guère d'effet direct ni sur la dépression, ni

sur l'anxiété. Ils n'interviendraient, en fait, que comme catalyseurs en accentuant la vulnérabilité des femmes aux facteurs de risque que représentent le manque de soutien social, les difficultés conjugales ainsi que les événements de vie stressants, d'où la nécessité d'en tenir compte de façon systématique.

Opérationnalisation des facteurs de risque psychosociaux

Un troisième courant élargit l'objet de ses recherches à d'autres facteurs psychosociaux que les précédents. On en déduit qu'un sentiment d'ambivalence marqué et persistant à l'égard de la grossesse, la piètre qualité des relations filiales, une faible estime de soi relative au rôle de mère ou de fortes inquiétudes quant à ses compétences maternelles, des antécédents de problèmes émotifs, les tendances dépressives actuelles, la consommation abusive de drogues ou d'alcool par la future mère ou son partenaire, un vécu de violence familiale ou conjugale ont des conséquences néfastes en post-partum (Wilson et al., 1996).

S'efforçant de dépister tous ces facteurs, Midmer et al. (1996) ont élaboré un questionnaire intitulé *Évaluation de la santé psychosociale prénatale* ou *ALPHA*¹ qui permet de les opérationnaliser et de les intégrer aux soins prénataux de routine. Une méta-analyse consacrée aux facteurs de risque anténataux (Wilson et al., 1996) leur a permis d'identifier ceux étant associés à des difficultés en post-partum tel que la violence familiale, des problèmes conjugaux, la dépression post-partum et une augmentation des maladies physiques. Quinze facteurs de risque ont été ainsi identifiés pour être ensuite regroupés en quatre grandes catégories distinctes: les facteurs familiaux, les facteurs maternels, les facteurs toxicomanies et violence. Le recours à ce questionnaire en milieu clinique a permis de repérer près de deux fois plus de facteurs de risque de cette nature que ne le font les soins prénataux de routine (Carroll et al., 2005). Il aura également permis de détecter les femmes ayant un vécu de violence cinq fois plus souvent (Carroll et al., 2005). Or il s'agit là d'un facteur important étant donné qu'il est souvent à l'origine d'abus ou de

¹ La version originale anglophone est intitulée « *Antenatal Psychosocial Health Assessment Form* ».

négligence envers l'enfant comme envers la mère elle-même. De tels résultats militent en faveur d'une utilisation plus fréquente de ce questionnaire dans le cadre d'un dépistage psychosocial auprès des patientes enceintes. Parmi les outils de dépistage développés¹, le questionnaire ALPHA – en plus d'être recommandé par Santé Canada (2000) - comporte certains avantages qui en justifient l'utilisation. En effet, la variété de facteurs psychosociaux regroupés au sein d'un seul et même instrument, la revue critique de la littérature à la base de sa conception et sa visée prédictive de difficultés dans le fonctionnement familial en post-partum plutôt que de complications obstétricales sont des qualités qui font en sorte que l'*ALPHA* est retenu pour la recherche présentée ici.

Dépression anxieuse, anxiété dépressive et anxiété spécifique à la maternité

Le quatrième et l'avant dernier des axes répertoriés rassemble les travaux épidémiologiques consacrés à l'observation du chevauchement qui se manifeste dans les mesures de la dépression et celles de l'anxiété ainsi qu'à leur co-morbidité. Plusieurs d'entre eux ont montré quelle était l'importance de la symptomatologie anxieuse dans l'évaluation de la dépression durant la période périnatale (Ross, Gilbert Evans, Sellers, & Romach, 2003; Wenzel et al., 2005). À titre d'illustration, mentionnons qu'en subdivisant l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh en deux facteurs, il a été établi que le facteur anxiété comptait pour 28 pourcent de la variance de la dépression (Jomeen, & Martin, 2005; Teissedre, & Chabrol, 2004). Il ressort également de ces différents travaux que l'anxiété prénatale joue un rôle majeur en tant que prédicteur de la dépression post-partum (Heron et al., 2004; Robertson et al., 2004; Sutter-Dallay et al., 2004). Ross et son équipe ont démontré que près de 50 pourcent des femmes ayant un diagnostic de dépression ante- ou post-partum présentent également de hauts niveaux d'anxiété. Les résultats de leur étude suggèrent que les symptômes d'anxiété seraient plus fréquents chez

¹ Notamment les *Antenatal Screening Questionnaire* (Forde, Malterud, & Bruusgard, 1992), *Prenatal Psychosocial Profile* (Curry, Campbell, & Christian, 1994), *Prenatal Social Environment Inventory* (Orr, James, & Casper, 1992) et *Social Support APGAR* (Norwood, 1996) ainsi que certains protocoles d'évaluation psychosociale anténatale des facteurs de risque de maladie mentale (Austin, 2003).

les femmes déprimées durant la période périnatale que chez les femmes souffrant de dépression en d'autres circonstances (Ross et al., 2003).

D'autres travaux se sont attachés, non plus aux seuls symptômes de l'anxiété générale des femmes enceintes, mais également à ses manifestations spécifiques lors de la grossesse. Sjögren (1997) suggère à cet égard l'existence d'une anxiété particulière à la grossesse et à son déroulement. De la même manière, Huizink et ses collaborateurs soulignent l'importance de clarifier la nature *et* l'objet de l'anxiété plutôt que d'utiliser des mesures générales pour en évaluer le niveau (Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser, & Buitelaar, 2004). Ils estiment que le sentiment d'anxiété mis en évidence par le *STAI* est de conception par trop générale et qu'il revêt une dimension particulière lors de la grossesse, une dimension spécifique centrée sur le déroulement de la grossesse lui-même. Les résultats des recherches entreprises par Standley et ses collègues démontrent la présence de sentiments d'anxiété spécifiques à la grossesse durant le dernier mois de gestation chez des femmes enceintes nullipares (Standley, Soule, & Copans, 1979). Ces sentiments peuvent être regroupés en deux dimensions selon qu'ils résultent d'une anxiété relative à la grossesse et à l'accouchement ou de celle propre au rôle de futur parent. Les travaux de Wadhwa et ses collaborateurs précisent la part qui revient à l'anxiété spécifique plutôt qu'à l'anxiété générale dans les prédictions relatives à l'issue d'une grossesse (Wadhwa et al., 1993). L'anxiété spécifique aurait d'ailleurs une plus grande valeur prédictive de troubles du comportement et de retards au niveau du développement chez les enfants dans la première année de vie que l'anxiété générale (Huizink, Robles de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2002; 2003). Huizink et son équipe (2004), quant à eux, suggèrent de considérer l'anxiété spécifique à la grossesse comme une entité distincte de l'anxiété générale et d'examiner sa valeur prédictive de l'anxiété maternelle postnatale.

Évolution de l'anxiété du pré-partum au post-partum

Enfin, les travaux consacrés à l'étude longitudinale de l'anxiété définissent un cinquième et dernier axe de recherche. Nous rapportons ici les résultats de trois études

importantes. L'étude de Engle et ses collègues observe une moindre prévalence de l'anxiété postnatale comparée à l'anxiété prénatale, mais elle ne s'applique qu'à l'anxiété vécue immédiatement après l'accouchement (Engle, Scrimshaw, Enid Zambrana, & Dunkel-Schetter, 1990). Heron et ses collaborateurs (2004) mesurent l'anxiété à quatre reprises, deux fois en pré-partum et deux fois en post-partum soit sur une période d'environ douze mois encadrant la grossesse. Leurs résultats font état de la persistance de l'anxiété tout au long de la période étudiée, mais ils montrent également que cette persistance s'accompagne d'une diminution d'intensité de l'anxiété de la période prénatale à la période postnatale. L'étude de Stuart et son équipe suggère au contraire que les symptômes d'anxiété augmentent au cours de la période postnatale (Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998). Ces auteurs constatent même qu'un nombre significatif de nouveaux cas d'anxiété se développe tardivement, entre le troisième et le septième mois du post-partum. Il en serait ainsi pour dix pour cent des femmes de leur échantillon, d'où l'importance, selon eux, d'évaluer les symptômes d'anxiété jusqu'au septième ou huitième mois post-partum.

La revue des travaux de recherche à laquelle nous nous sommes livrée à la faveur de leur regroupement en cinq axes met clairement en lumière la contribution de chacun de ces axes à une meilleure compréhension et à un meilleur traitement du phénomène de l'anxiété périnatale. Cette contribution n'apparaît cependant pas exempte de lacunes, voire de contradictions, lorsque l'on s'attache à en cerner les implications.

Implications empiriques et cliniques de la recension des écrits

Nous considérons que deux grandes catégories d'implications découlent de ces travaux selon qu'elles relèvent du domaine clinique ou de la recherche empirique.

Implications au niveau de la recherche empirique

En ce qui concerne la recherche empirique, la nécessité de procéder à une étude plus systématique de l'anxiété compte tenu de sa prépondérance en tant que trouble associé

à la période périnatale, la mise en évidence de l'existence d'un phénomène d'anxiété spécifique à la grossesse et à la maternité, le besoin de recourir à des mesures plus précises afin d'en clarifier la nature, la reconnaissance de l'importance du rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse de ce phénomène sont autant d'enrichissements de notre corpus de connaissances sur l'anxiété périnatale.

Cette même recension des écrits conduit cependant à identifier des omissions ou des lacunes relevant des travaux eux-mêmes ou découlant de leurs propres constats. Alors que plusieurs d'entre eux relèvent la présence de symptômes anxieux accompagnant la dépression postnatale sans en faire pour autant l'examen systématique, d'autres se penchent sur les répercussions de l'anxiété maternelle sur l'enfant, mais omettent de traiter de la détresse des nouvelles mères. Si l'anxiété spécifique à la maternité est considérée comme une entité distincte de l'anxiété générale par plusieurs auteurs, ceux-ci ne cherchent pas pour autant cependant à en examiner sa valeur prédictive sur l'anxiété postnatale. Outre les lacunes ou omissions, il convient de noter en dernier lieu que les résultats d'études consacrées au devenir de l'anxiété prénatale divergent selon leurs auteurs. Alors qu'une telle anxiété diminuerait du pré-partum au post-partum selon certains, elle augmenterait selon d'autres. De façon plus générale, nous sommes d'avis que cette contradiction est le reflet d'un manque de connaissance à propos de l'évolution de l'anxiété des femmes après la naissance ainsi que des facteurs qui lui sont associés.

Implications sur le plan clinique

Sur le plan clinique, la prise en considération des implications, tant du point de vue des acquis que de celui des lacunes, nous conduit à prendre conscience de l'importance de recourir à un dépistage de l'anxiété chez les femmes durant la période périnatale qui soit à la fois systématique, précoce, prolongé et plus spécifique. Nous sommes d'avis que le dépistage se doit d'être systématique compte tenu, nous l'avons dit, de l'importance de l'anxiété dans les troubles de la grossesse; il se doit d'être précoce, sachant quels peuvent être les effets à long terme de l'anxiété prénatale sur la mère et l'enfant. À cet égard, nous

croyons que la tendance de ces dernières années à la magnification du bébé tend à faire oublier le processus de la grossesse et le vécu des femmes qui la traversent. L'évaluation de la détresse maternelle se doit en troisième lieu d'être prolongée. Peu d'études en effet évaluent la symptomatologie anxieuse jusqu'au troisième trimestre post-partum. Le dépistage enfin doit tenter d'être plus spécifique aux différents types d'anxiété : l'anxiété-état, l'anxiété-trait et celle propre à la grossesse et à la maternité, afin de clarifier la nature des difficultés rencontrées par les futures et nouvelles mères.

C'est en s'appuyant à la fois sur les implications empiriques et cliniques de la recherche consacrée à l'anxiété périnatale et sur l'identification de ses lacunes, que nous définissons les objectifs de chacun des deux volets de l'étude que nous avons entreprise auprès d'un échantillon de femmes en milieu clinique.

Objectifs de recherche

Notre étude se propose d'analyser les facteurs de risque psychosociaux présents lors de l'adaptation à la maternité, leur dépistage ainsi que leur relation à l'anxiété maternelle, à l'instar des deux tendances observées.

Le premier volet de la thèse, constitué du premier article, dresse le portrait général d'un vaste échantillon de femmes enceintes participant à un programme de dépistage des facteurs de risque psychosociaux. Le premier article de ce travail, intitulé « *Le questionnaire ALPHA : Implantation d'un outil de dépistage de la détresse psychologique et sociale chez les femmes enceintes* » examine, d'une part, la présence de facteurs de risque psychosociaux anténataux chez cet échantillon, tel que dépistés par l'ALPHA. D'autre part, il cherche à déterminer chez combien de sujets le dépistage prénatal effectué donne lieu à des interventions psychosociales. Dans cet article, nous décrivons l'implantation d'un programme de dépistage prénatal précoce et systématique au sein de cliniques externes d'obstétrique d'un hôpital montréalais. Cet article sera soumis au *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Le second volet de notre travail, composé des deuxième et troisième articles, introduit la dimension anxieuse, son évolution au cours de la période périnatale ainsi que sa mise en relation avec diverses variables psychosociales, à partir de l'étude approfondie d'un plus petit nombre de sujets issus de l'échantillon principal.

Le deuxième article de la thèse, intitulé « *Adaptation à la maternité : Le questionnaire d'évaluation psychosociale ALPHA comme corrélat de l'anxiété maternelle pré- et post-natale* », expose les liens existant entre les facteurs de risque psychosociaux et l'anxiété maternelle durant la période périnatale. L'objectif premier de cet article est de vérifier si le questionnaire *ALPHA* permet de dépister les femmes anxieuses durant la grossesse et si son utilisation permet de prédire la présence d'anxiété postnatale. Simultanément, il cherche à investiguer certaines variables psychosociales postnatales et leur relation à l'anxiété maternelle. Dans cet article, qui sera soumis à la revue *Santé Mentale au Québec*, nous nous interrogeons à savoir si le dépistage par le biais de l'*ALPHA* permet d'anticiper, voire de prévenir, l'anxiété maternelle périnatale.

Enfin, un troisième article intitulé « *Adaptation à la maternité : Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété* », s'intéresse à l'évolution de l'anxiété maternelle au deuxième trimestre pré-partum et au troisième trimestre post-partum ainsi qu'à la distinction de ses différentes formes. Les objectifs de la recherche se situent à deux niveaux, un premier visant à vérifier si la mesure de l'anxiété dite *spécifique à la grossesse et à la maternité* s'avère pertinente et un second cherchant plutôt à déterminer la contribution de l'anxiété prénatale à la variance de l'anxiété postnatale. Cet article, qui sera soumis à la revue *Devenir*, s'attache donc à déterminer la valeur prédictive des différents types d'anxiété en pré-partum sur leur présence en post-partum.

L'originalité de cette thèse réside à la fois dans le choix de son objet d'étude et dans sa conceptualisation méthodologique. En effet, la mise en relation du questionnaire *d'évaluation de la santé psychosociale prénatale ALPHA* avec l'anxiété maternelle n'a, à

notre connaissance, jamais été réalisée dans le cadre d'une étude empirique. L'adaptation du questionnaire, par notre équipe de recherche, à une population francophone représente également un apport important. Son implantation au sein des cliniques externes d'obstétrique du Centre des naissances du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) ainsi que les trois articles qui en découlent sont le reflet d'un travail de collaboration entre ses cliniciens et chercheurs (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières, gynécologues-obstétriciens) et ceux de l'Université de Montréal. Cette implantation, de même que cette thèse, illustrent, en outre, les possibles allers-retours entre les domaines clinique et empirique puisqu'elles peuvent aussi bien intéresser les chercheurs que les cliniciens oeuvrant dans le domaine de la périnatalité. La présente thèse s'adresse, d'une part, aux chercheurs intéressés à l'étude des facteurs de risque psychosociaux et des différentes formes d'anxiété ainsi qu'aux instruments de mesure susceptibles de les dépister. Elle est, d'autre part, destinée aux cliniciens qui pourraient souhaiter implanter un programme de dépistage visant la prévention de complications en post-partum et l'intervention auprès des femmes qui sont à risque.

Sur le plan méthodologique, la force de notre travail repose sur l'intégration, au sein d'une même étude, d'une perspective longitudinale et d'une perspective spécifique de l'anxiété. De plus, notre thèse s'applique à rassembler les recommandations de diverses recherches antérieures en procédant à un dépistage de l'anxiété et des facteurs de risque psychosociaux qui soit à la fois systématique, précoce, spécifique et prolongé.

Références

- Austin, M-P. (2003). Psychosocial assessment and the management of depression and anxiety in pregnancy: key aspects of antenatal care for general practice. *Australian Family Physician*, 32, 119-126.
- Austin, M.-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1-6.
- Austin, M-P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81, 182-190.
- Beck, C.T. (1995). Screening methods for postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 24, 308-312.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Bell, L., & Lacombe, M. (2006). La dépression postnatale : un mal silencieux. *Perspective infirmière*, 3, 18-23.
- Berthiaume, M., David, H., Saucier, J.F., & Borgeat, F. (1998). Correlates of pre-partum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 45-56.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726-735.
- Brouwers, E.P.M., Van Baar, A.L., & Pop, V.J.M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 95-106.
- Carroll, J.C., Reid, A.J., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R.H., Wilson, L., Permaul, J.A., Pugh, P., Chalmers, B., Seddon, F., & Stewart, D.E. (2005). Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns : a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173, 253-259.
- Coplan, R.J., O’Neil, K., & Arbeau, K.A. (2005). Maternal anxiety during and after pregnancy and infant temperament at three months of age. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 19(3), 199-215.

- Curry, M.A., Campbell, R.A., & Christian, M. (1994). Validity and reliability testing of the Prenatal Psychosocial Profile. *Research in Nursing & Health, 17*, 127-135.
- Davis, E.P., Snidman, N., Wadhwa, P.D., Glynn, L.M., Schetter, C.D., & Sandman, C.A. (2004). Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioral reactivity in infancy. *Infancy, 6*, 319-331.
- Del Carmen, R., Pedersen, F. A., Huffman, L. C., & Bryan, Y. E. (1993). Dyadic distress management predicts subsequent security of attachment. *Infant Behavior and Development, 16*, 131-147.
- Engle, P.L., Scrimshaw, S.C.M., Enid Zambrana, R., & Dunkel-Schetter, C. (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychology, 9*, 285-299.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40* (6), 929-939.
- Forde, R., Malterud, K., & Bruusgard, D. (1992). Antenatal care in general practice. 1. A questionnaire as a clinical tool for collection of information on psychosocial conditions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 10*, 266-271.
- Glover, V., O'Connor, T., Heron, J., & Golding, J. (2000). *Antenatal stress and anxiety: effects on the fetus and the child*. Paper presented at the Marce Society International Biennial Scientific Meeting, Manchester, UK.
- Gutteling, B.M., de Weerth, C., Willemsen-Swinkels, S.H.N., Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2005). The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *European Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 41-51.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC study team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*, 65-73.
- Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Robles de Medina, P.G., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human development, 79*, 81-91.
- Huizink, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1078-1085.

- Huizink, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 810-818.
- Jomeen, J., & Martin, C.R. (2005). Confirmation of an occluded anxiety component within the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during early pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 143-154.
- King, S., & Laplante, D.P. (2005). The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development : Project Ice Storm. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress*, 8, 35-45.
- Lortie, G. (1996). De quelques observations révélatrices de risques chez la femme enceinte. *P.R.I.S.M.E.*, 6, 85-97.
- Lussier, V., David, H., Saucier, J.F., & Borgeat, F. (1994). Enjeux maternels et dépression postnatale: rupture ou continuité? *Devenir*, 6, 7-26.
- Mancuso, R.A., Dunkel-Schetter, C., Rini, C.M., Roesch, S.C., & Hobel, C.J. (2004). Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosomatic Medicine*, 66, 762-769.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.
- Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J.C., Reid, A.J., Wilson, L., Stewart, D., et al. (1996). *A reference guide for providers: the ALPHA form – Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*. 2nd ed. Toronto, Ont: University of Toronto Press.
- Norwood, S.L. (1996). The Social Support APGAR: instrument development and testing. *Research in Nursing & Health*, 19, 143-152.
- O'Connor, T.G., Heron, J, Glover, V., & the ALSPAC Study Team (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioural/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 41, 1470-1477.
- O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 44, 1025-1036.
- O'Hara, M.W., & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression : a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

- Orr, S.T., James, S.A., & Casper, R. (1992). Psychosocial stressors and low birth weight: development of a questionnaire. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 13*(5), 343-347.
- Raphael-Leff, J. (2003). Transition to parenthood in societies in transition: Mental health priorities in perinatal disturbance. *Journal of Child & Adolescent Mental Health, 15*(1), 49-53.
- Rini, C.K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P.D., & Sandman, C.A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology, 18*(4), 333-345.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26*, 289-295.
- Ross, L.E., Gilbert Evans, S.E., Sellers, E.M., & Romach, M.K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health, 6*, 51-57.
- Ross, L.E., Sellers, E.M., Gilbert Evans, S.E., & Romach, M.K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 457-466.
- Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa.
- Sjogren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 18*, 266-272.
- Standley, K., Soule, B., & Copans, S.A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 135*, 22-51.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M.W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *Journal of Nervous Mental Disorders, 186*, 420-424.
- Sutter-Dallay, A.L., Giaccone-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry, 19*, 459-463.

- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Encéphale*, *30*, 376-381.
- Van den Bergh, B.R.H., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development*, *75*, 1085-1097.
- Van den Bergh, B.R.H., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *29*, 259-269.
- Wadhwa, P.D., Sandman, C.A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T.J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *169*, 858-865.
- Wenzel, A., Haugen, E.N., Jackson, L.C., & Brendle, J.R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 295-311.
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringier, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, *154*(6), 785-799.
- Wroble Biglan, M. C. (2003). *Maternal stress during pregnancy: The relation between maternal stress, gestational complications, and neonatal health*. Thèse de doctorat inédite, University of Pittsburgh.

Article I

Le questionnaire ALPHA : Implantation d'un outil de dépistage de la détresse
psychologique et sociale chez les femmes enceintes

Le questionnaire ALPHA : Implantation d'un outil de dépistage de la détresse
psychologique et sociale chez les femmes enceintes

Emmanuelle Robert
Université de Montréal

Nicole Reeves
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Karine-Alexandra Lavandier
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Marielle Venne
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Élaine Perreault
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Hélène David
Université de Montréal

Article à soumettre au *Journal de l'Association médicale canadienne*

Cet article a été rédigé dans le cadre de la recherche doctorale de la première auteure. Les auteurs tiennent à remercier Robert Boileau pour le travail statistique ainsi que Deana Midmer pour sa collaboration.

Résumé

Cette étude rend compte des résultats qui découlent de l'implantation d'un programme de dépistage, précoce et systématique, de la détresse psychologique et sociale des femmes durant la grossesse. Elle examine, d'une part, la présence de facteurs de risque psychosociaux anténataux chez un vaste échantillon de femmes enceintes par le biais du questionnaire *ALPHA*. D'autre part, elle cherche à déterminer chez combien de sujets le dépistage prénatal effectué a donné lieu à des interventions psychosociales.

Six cent dix-neuf (N = 619) femmes enceintes ont complété le questionnaire *ALPHA* d'évaluation de la santé psychosociale anténatale à la vingt-cinquième semaine de gestation en moyenne.

Plusieurs constats découlent des analyses descriptives effectuées. On observe d'abord la présence importante de facteurs de risque, en particulier les facteurs familiaux (récents événements de vie stressants, relation conjugale problématique, manque de soutien social) et maternels (inquiétudes quant au rôle de mère, antécédents de troubles affectifs et/ou psychiatriques, sentiments dépressifs durant la grossesse). De plus, pour 20,7% des patientes interrogées, le dépistage prénatal a mené à des interventions d'ordre psychosocial. C'est donc dire qu'au sein de l'échantillon, le questionnaire *ALPHA* a permis de détecter chez une femme enceinte sur cinq la présence de difficultés nécessitant une intervention psychosociale.

Ces résultats démontrent la pertinence du dépistage psychosocial anténatal auprès des femmes enceintes et du recours au questionnaire *ALPHA* pour y parvenir. Ses forces et faiblesses, dans le cadre d'une utilisation clinique et scientifique, sont décrites. Les auteurs soulignent les limites de l'étude et suggèrent des pistes pour les recherches futures.

Mots clés : Grossesse, facteurs de risque, difficultés psychosociales, dépistage, ALPHA.

Abstract

The results presented in this article arise from the implementation of a screening program based on an early and systematic assessment of women's psychological and social distress during pregnancy. The presence of antenatal psychosocial risk factors is examined in a large sample of pregnant women via the Antenatal Psychosocial Health Assessment (*ALPHA*) form. In addition, this study reports the proportion of subjects whose participation in prenatal screening measures lead to psychosocial interventions.

Six hundred and nineteen (N = 619) pregnant women completed the *ALPHA* questionnaire on antenatal psychosocial health in their 25th week after conception, on average.

Descriptive analyses indicate the presence of antenatal psychosocial risks factors, in particular family factors (recent stressful life events, poor couple satisfaction, lack of social support) and maternal factors (low self-esteem, history of emotional problems, ante-partum depression). Moreover, it was found that prenatal screenings led to psychosocial interventions for 20.7% of participants. In other words, the *ALPHA* questionnaire allowed us to distinguish the presence of psychosocial difficulties in one out of five pregnant women in our sample.

The reported evidence supports the importance of antenatal psychosocial screening programs among pregnant women. The role of the *ALPHA* form is also discussed, along with its strengths and shortcomings within a clinical and scientific framework. Finally, the authors recognize the limitations of this study and offer suggestions for future research.

Key Words: Pregnancy, risk factors, psychosocial difficulties, screening, ALPHA.

La période de la grossesse est une période à risque pour les femmes de rencontrer des difficultés de toutes sortes. Parmi elles, certaines problématiques psychologiques ou sociales peuvent entraîner des répercussions à long terme sur la mère, le couple et l'enfant (Brouwers, Van Baar, & Pop, 2001; Glover, O'Connor, Heron, & Golding, 2000; O'Connor, Heron, Golding, Glover, & the ALSPAC Study Team, 2003; Van den Bergh et al., 2005).

Les problèmes rencontrés en période postnatale débutent souvent durant la grossesse (Austin, 2004; Beck, 1995; Bell, & Lacombe, 2006; Lortie, 1996). Plusieurs auteurs ont démontré que des interventions précoces pouvaient améliorer la santé psychologique des futures mères (Holden, Sagovsky, & Cox, 1989; MacMillan, MacMillan, & Offord, 1993; Midmer, Wilson, & Cumming, 1995; Oakley, 1992). Ces observations appuient donc la pertinence et la nécessité d'un dépistage en pré-partum.

Bien que l'importance d'un dépistage précoce des facteurs de risque psychosociaux fasse l'unanimité chez les cliniciens et chercheurs oeuvrant dans le domaine de la périnatalité, peu d'entre eux y procèdent systématiquement (Carroll, Reid, Biringer, Wilson, & Midmer, 1994). Pourtant, la majorité de ces problèmes ne peut être identifiée durant le suivi de grossesse sans un dépistage systématique (Forde, Malterud, & Bruusgard, 1992).

Devant la nécessité du dépistage des facteurs de risque et l'absence de mesures systématiques de ces facteurs, de nombreux efforts ont été déployés afin de pallier à ces lacunes. Parmi les outils développés¹, le questionnaire conçu par une équipe de médecine familiale de l'Université de Toronto, intitulé *Évaluation de la santé psychosociale prénatale* ou *ALPHA* (Midmer et al., 1996), a retenu notre attention. Une méta-analyse consacrée aux facteurs de risque anténataux a permis à cette équipe

¹ Notamment les *Antenatal Screening Questionnaire* (Forde et al., 1992), *Prenatal Psychosocial Profile* (Curry, Campbell, & Christian, 1994), *Prenatal Social Environment Inventory* (Orr, James, & Casper, 1992) et *Social Support APGAR* (Norwood, 1996) ainsi que certains protocoles d'évaluation psychosociale anténatale des facteurs de risque de maladie mentale (Austin, 2003).

d'identifier ceux étant associés à des difficultés en post-partum tel que la violence familiale, des problèmes conjugaux, la dépression post-partum et une augmentation des maladies physiques (Wilson et al., 1996). Quinze facteurs de risque ont été ainsi identifiés pour être ensuite regroupés en quatre grandes catégories distinctes: les facteurs familiaux, les facteurs maternels, les facteurs consommation et violence familiale.

Plusieurs études ont démontré la validité d'apparence de l'*ALPHA* (Carroll et al., 2005; Midmer et al., 1996; Midmer, Carroll, Bryanton, & Stewart, 2002; Reid et al., 1998). Le recours à ce questionnaire en milieu clinique a permis de repérer près de deux fois plus de facteurs de risque psychosociaux que ne le font les soins prénataux de routine (Carroll et al., 2005). Ses qualités font en sorte qu'il est maintenant recommandé par Santé Canada (2000).

Le programme de congé post-partum précoce, un programme récent minimisant la durée de l'hospitalisation après l'accouchement, a permis à l'équipe interdisciplinaire du Centre des naissances du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) de constater qu'il fallait développer un programme de dépistage prénatal auprès des patientes². En effet, les professionnels constatent que de nombreuses difficultés psychosociales vécues par les mères passent inaperçues en raison du court séjour à l'hôpital lors de la naissance du bébé. De plus, lorsque des problèmes se présentent, les professionnels sont contraints d'intervenir en urgence, lors de crises, alors que le lien de confiance n'est pas encore tissé avec les patientes. Devant ce constat, des mesures de dépistage psychosocial prénatal systématique ont été mises en place dans le but de prévenir l'apparition d'éventuelles complications en post-partum. Pour ce faire, l'implantation du questionnaire *ALPHA* a été privilégiée.

² En 2002, l'équipe interdisciplinaire du comité d'amélioration continue du Centre des naissances du CHUM, constituée d'infirmières, de travailleurs sociaux, psychologues, médecins de famille, gynécologues-obstétriciens et pédiatres, décide de procéder à un dépistage psychosocial précoce et systématique.

L'étude descriptive présentée ici a pour objectif d'analyser les données recueillies auprès des patientes après quatre années d'utilisation de l'*ALPHA*. Plus précisément, elle cherche à 1) identifier les facteurs de risque les plus présents chez cette cohorte et 2) déterminer quelle proportion des femmes interrogées nécessite une intervention psychosociale.

Méthode

Participant

Entre 2002 et 2006, parmi les patientes suivies aux cliniques externes d'obstétrique ou de grossesses à risque élevé (GARE) du Centre des naissances du CHUM, 625 ont complété le questionnaire *ALPHA* durant leur grossesse. De ce nombre, six ont été éliminées de l'étude en raison de questionnaires incomplets. L'échantillon final est donc composé de 619 participantes.

Instrument de mesure

L'*ALPHA* est composé de 45 items regroupés en 4 catégories de facteurs de risque psychosociaux, présentées au tableau 1. La majorité des questions (42) se présente sous forme fermée. Vingt-sept d'entre elles donnent lieu à des réponses sur une échelle de type Likert en 5 points (une cote de 1 correspondant à l'échelon le plus faible d'un facteur de risque et une cote de 5 au plus élevé) et 15 à des réponses de type oui / non. Les trois autres sont des questions ouvertes sollicitant des réponses qualitatives³. Puisqu'à notre connaissance, aucune version française de l'instrument n'était disponible au moment d'entamer la collecte de données, la version originale a été traduite en langue française par un membre de l'équipe de recherche⁴. Des études de validation visant la vérification des propriétés psychométriques de la version originale anglophone de

³ Seuls les deux premiers types de questions ont donné lieu aux analyses statistiques présentées ici.

⁴ Il s'agit de la deuxième auteure, Nicole Reeves, psychologue.

l'*ALPHA* sont en cours (Carroll et al., 2005). Il existe deux versions de l'instrument soit la version originale, administrée par un professionnel de la santé lors d'une entrevue avec la patiente, et la forme auto administrée développée par la suite et privilégiée ici pour sa facilité d'utilisation. Des études comparatives démontrent que les deux versions sont jugées équivalentes (Bryanton, 1999; Midmer, Bryanton, & Brown, 2004).

Insérer environ ici le tableau 1

Déroulement

L'implantation du questionnaire de dépistage psychosocial prénatal s'est faite en deux temps. Au cours des deux premières années d'application, des stagiaires aux études supérieures en psychologie ont administré l'*ALPHA* aux patientes des cliniques d'obstétrique et GARE. Durant les deux années suivantes, le questionnaire était remis par l'infirmière à l'accueil de ces mêmes cliniques (lors de la deuxième visite médicale, vers la 20^e semaine de grossesse⁵) et complété - sur une base volontaire - dans la salle d'attente ou à leur domicile par les patientes intéressées qui le rapportaient à la visite médicale suivante.

Résultats

Rappelons d'abord que l'*ALPHA* est un questionnaire qui, jusqu'à maintenant, a été développé et utilisé principalement à des fins cliniques. Même si les auteurs de l'instrument poursuivent actuellement des études de validation du questionnaire, aucun point de coupure (ou « cut-off score ») pour l'échelle globale ni pour les sous-échelles

⁵ Nous avons procédé ainsi dans la mesure du possible, afin de suivre les recommandations des auteurs de l'*ALPHA* qui proposent d'attendre le deuxième trimestre de la grossesse pour procéder à l'évaluation alors que la relation avec les soignants est plus solide.

n'a encore été déterminé⁶. Ainsi, et afin de rester fidèles à la conceptualisation des auteurs et aux objectifs de l'étude, nous avons privilégié une méthode d'analyse clinique (c'est-à-dire la présentation de proportions ou de moyennes) plutôt que d'opter pour des analyses statistiques complexes qui apparaissaient peu pertinentes à notre contexte.

Les résultats sont donc présentés sous forme de présence ou d'absence de facteurs de risque chez les femmes de l'échantillon. Dans certains cas, une analyse descriptive permet de rapporter, lorsqu'elle est pertinente, la fréquence des variables mesurées à partir de réponses à des items gradués (un score de 1 correspondant à l'absence du facteur mesuré, 2 à une présence *légère / rare*, 3 = *modérée*, 4 = *élevée / fréquente* et 5 = *très élevée / très fréquente*). Dans d'autres, des analyses corrélationnelles ont été réalisées de manière à comparer le groupe de femmes auprès duquel on est intervenu avec celui n'ayant pas reçu d'intervention psychosociale.

Données descriptives de l'échantillon

L'échantillon est composé de 619 femmes enceintes entre 4 et 40 semaines de gestation avec une moyenne de 25 semaines (écart-type = 8,65). Ces femmes ont entre 16 et 42 ans et sont âgées de 30 ans en moyenne (écart-type = 5,45). Il s'agit d'un premier enfant pour un peu plus de la moitié de l'échantillon puisque 56,8% d'entre elles sont primipares. De plus, 2,3% des femmes interrogées n'ont pas de conjoint au moment de compléter le questionnaire. Enfin, à titre indicatif, dans la dernière année d'activité, le taux de réponse fut d'environ 60%.

Présence de facteurs de risque

Les scores totaux permettent de constater, en premier lieu, que tous les facteurs de risque sont représentés, à des degrés divers, au sein de notre échantillon. Les facteurs maternels (score moyen = 1,59) et familiaux (score moyen = 1,54) sont les facteurs de

⁶ Après vérification auprès des auteurs du questionnaire *ALPHA*.

risque les plus fréquemment dépistés, suivis des facteurs violence (score moyen = 1,37) et consommation (score moyen = 1,19). L'analyse des résultats aux sous-échelles révèle, en second lieu, la présence spécifique de chacun des facteurs de risque et est présentée aux tableaux 2 à 5. Des figures sont également présentées afin de faciliter la compréhension des résultats (Figures 1 à 4).

Facteurs familiaux

Soutien social. On observe à la sous-échelle « soutien social » que 26 % des patientes ne se sentent pas beaucoup soutenues par les autres durant leur grossesse. De plus, dans 20,4% des cas, les femmes pensent que leur conjoint ne s'impliquera pas beaucoup auprès du bébé.

Événements de vie stressants. En ce qui concerne la présence d'événements de vie stressants, 29,6% disent avoir eu une vie stressante ou *très* stressante durant la dernière année et 45,5% rapportent traverser des changements dans leur vie en même temps que la grossesse.

Relation conjugale. Les résultats obtenus à la troisième sous-échelle du facteur familial montrent que 28,5% des femmes de l'échantillon ne se disent pas *très* heureuses de leur relation conjugale; certaines sont *modérément* malheureuses (5,7%) et une minorité (2,1%) décrit une relation conjugale malheureuse ou *très* malheureuse.

Insérer environ ici le tableau 2 et la figure 1

Facteurs maternels

Soins prénataux. Très peu de femmes ($n = 4$) rapportent avoir débuté les soins prénataux tardivement, c'est-à-dire avoir consulté le médecin pour la première fois pour le suivi de grossesse au troisième trimestre de gestation (> 26 semaines). En moyenne, la première visite chez le médecin a lieu au premier trimestre de grossesse (moy. = 9,7 semaines) pour les femmes de l'échantillon.

Cours prénataux. Par contre, nous observons un pourcentage élevé (41,2%) de femmes primipares qui n'ont pas l'intention de suivre des cours prénataux, ce qui constitue un facteur de risque.

Ambivalence par rapport à la grossesse. Alors que 31% des femmes interrogées rapportent un sentiment d'ambivalence *léger à très élevé* au moment où elles ont appris qu'elles étaient enceintes, plus que 19% d'entre elles se sentent *légèrement à très* ambivalentes au moment de répondre au questionnaire, c'est-à-dire vers la 25^e semaine de gestation. Une analyse différentielle démontre que l'ambivalence par rapport à la grossesse tend à diminuer au cours de cette période, et ce de manière statistiquement significative ($p < 0,001$).

Insérer environ ici le tableau 3 et la figure 2

Relations avec les parents durant l'enfance. Les résultats obtenus à la sous-échelle des relations filiales montrent que environ 5% des sujets s'entendaient *très mal* avec leurs parents. Un même pourcentage ont le sentiment de ne *pas du tout* avoir été aimées par leur mère alors que 9% ne se sentaient *pas du tout* aimées par leur père.

Inquiétudes quant à ses compétences maternelles. Alors que 52% n'ont aucune inquiétude à propos du rôle de mère, 48% ont *un peu* (2) à *beaucoup* (5) d'inquiétudes quant à leurs capacités maternelles.

Antécédents de troubles psychiatriques ou affectifs. Les proportions observées à cette sous-échelle sont réparties ainsi: 30,5% rapportent avoir eu des problèmes affectifs et 31,3% ont consulté un psychiatre ou un thérapeute (psychologue / travailleur social) dans le passé.

Sentiments dépressifs durant la grossesse. Depuis la grossesse, 56,5% ont l'humeur joyeuse alors que 20% rapportent une présence *modérée* à *très élevée* de sentiments dépressifs.

Facteurs toxicomanies

Consommation d'alcool. Les questions consacrées à la consommation d'alcool révèlent que 5,8% des participantes consomment sans nécessairement souffrir d'un problème ou d'une consommation abusive d'alcool.

Consommation de drogue(s). La majorité (93%) des femmes enceintes interrogées ne consomme aucune drogue au moment de compléter le questionnaire. Cependant, 7% en consomment, certaines *modérément* (2,2%), d'autres *souvent* (0,8%) ou encore *très souvent* (1%). Enfin, 0,7% affirment avoir un problème de consommation de drogue(s). Quant à la consommation de leur partenaire, 1,7% des conjoints auraient, selon les patientes, un problème actuel de drogue.

Insérer environ ici le tableau 4 et la figure 3

Facteurs violence

Violence familiale passée. Les résultats obtenus à cette sous-échelle révèlent que 18,4% et 17,6% des participantes rapportent avoir été respectivement témoins et victimes de la violence verbale ou physique des parents durant l'enfance. De plus, une proportion de 6,4% des patientes interrogées affirme avoir été victimes d'abus sexuel étant enfant.

Violence conjugale. Dans 36% des cas, la relation des femmes avec leur conjoint est source de tension et les participantes règlent leurs conflits conjugaux avec de *légères* (25,9%), *modérées* (5,7%), *importantes* (2,7%) ou *très importantes* (1,4%) difficultés. Une proportion notable (15%) s'est parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait le conjoint et 9,7% ont été rabaisées ou humiliées par ce dernier. Quant à la violence physique, 3,2% disent avoir été frappées ou bousculées par leur partenaire. Enfin, 1,8% des sujets rapportent avoir été forcées d'avoir des relations sexuelles contre leur gré.

Violence dans l'éducation. 78,2% des femmes interrogées n'ont jamais été punies sévèrement étant enfant alors que 21,8% l'ont été *rarement à très souvent*. Ainsi, 4% rapportent avoir été *souvent* ou *très souvent* disciplinées sévèrement étant enfant. Leur opinion actuelle concernant les fessées dévoile qu'elles ne sont pas à proscrire entièrement puisque dans 21,4% des cas, les sujets affirment qu'elles sont *un peu* utiles et qu'elles le sont *modérément* 10% du temps.

Insérer environ ici le tableau 5 et la figure 4

Intervention psychosociale

Pour 20,7% des patientes interrogées, le dépistage prénatal a conduit à des interventions d'ordre psychosocial. C'est donc dire que au sein de l'échantillon, le

questionnaire *ALPHA* a permis de détecter chez une femme enceinte sur cinq la présence de difficultés nécessitant une intervention psychosociale.

Lorsqu'on les compare à celles qui n'ont pas nécessité d'intervention, les femmes auprès desquelles on est intervenu présentent, de manière générale, significativement plus de facteurs de risque ($p < 0,001$). Les résultats des analyses (tests-t), présentés au tableau 6 ainsi qu'à la figure 5, démontrent que les secondes se distinguent des premières par la plus grande proportion de facteurs familiaux ($p < 0,001$), maternels ($p < 0,001$), toxicomanies ($p < 0,001$) et violence ($p < 0,001$). Notons que la décision d'intervenir était prise selon un indice clinique qui s'étayait sur le jugement de l'équipe interdisciplinaire à partir des résultats quantitatifs et du matériel qualitatif.

Insérer environ ici le tableau 6 et la figure 5

Discussion

Forces et faiblesses du dépistage

La présence de facteurs de risque détectés en proportions importantes durant la grossesse grâce au questionnaire *ALPHA* confirme la pertinence d'évaluer la santé psychologique et la situation sociale des femmes enceintes. Parmi ceux-ci, notons le taux élevé de récents événements stressants dans la vie de la future mère, de sentiments dépressifs durant la grossesse et d'inquiétudes à propos de la maternité et enfin, le refus fréquent, par les femmes primipares, de suivre des cours prénataux qui représentent tous des risques pour la santé de la mère et celle de l'enfant (Glover et al., 2000; Santé Canada, 2000; Wilson et al., 1996).

Ce travail d'évaluation permet d'intervenir précocement auprès d'un nombre considérable de femmes enceintes, soit chez une femme sur cinq, qui n'avaient pas été dépistées autrement et qui, tel que le suggèrent Forde et al. (1992), ne l'auraient peut-être pas été. De plus, le dépistage des risques psychosociaux donne l'opportunité d'adapter les interventions aux besoins de chacune des mères. Le soutien ainsi offert est donc nettement plus efficace puisque réalisé plus précocement et ciblé selon les besoins individuels.

En plus de dépister les femmes à risque de détresse psychologique et sociale et de favoriser la prévention, l'utilisation de l'*ALPHA* s'est avérée pertinente pour plusieurs raisons. Ainsi, la facilité de la passation, la faisabilité de l'implantation au sein de cliniques très fréquentées et très sollicitées, l'investissement du questionnaire par les femmes et l'appréciation de l'intérêt que leur témoigne l'équipe soignante par le biais du questionnaire (tel que déjà souligné par Midmer et al., 2004 et selon nos propres observations), constituent des atouts importants. Il semble donc réaliste d'envisager son implantation au sein d'autres centres hospitaliers ou cliniques d'obstétrique en l'intégrant aux soins de routine et ce, à des coûts minimes.

Malgré ses forces et bénéfiques, le questionnaire *ALPHA* comporte quelques lacunes. En effet, il semble que certains items du sous-facteur « violence envers les enfants » ne mesurent pas ce qu'ils cherchent à mesurer. Ainsi, plusieurs patientes ou leur conjoint ont des enfants qui ne vivent pas avec eux non pas suite à un placement par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), mais à cause de séparations dues à un divorce ou à l'immigration, ce qui ne constitue pas nécessairement un risque d'abus envers l'enfant-à-venir. Nous avons donc choisi de ne pas traiter les résultats obtenus à ces questions puisqu'ils n'évaluaient pas de manière valide, selon nos observations, les facteurs de risque de violence envers les enfants. De plus, l'item s'intéressant au contact que les participantes pourraient avoir eu par le passé avec la DPJ ne précise pas si leur implication les concernait elles-mêmes durant leur enfance ou bien leur(s) enfant(s). Ces failles ont été corrigées dans la récente version francophone développée par les auteurs

de l'*ALPHA* (ALPHA Group, 2005), version que nous utilisons dorénavant au Centre des naissances du CHUM.

En outre, alors qu'une relation conjugale problématique ou violente est considérée comme un facteur de risque pouvant être dépisté par l'*ALPHA*, l'absence de conjoint n'apparaît pas dans l'analyse des données de nature quantitative. Cette situation peut pourtant être source de difficultés en post-partum et mériterait d'être quantifiée.

Enfin, sur le plan empirique, le questionnaire *ALPHA* compte quelques limites, tel que nous l'avons évoqué précédemment. Une validation psychométrique (actuellement en cours) de l'*ALPHA* pourrait venir pallier à certaines lacunes méthodologiques rencontrées ici telles que l'absence de point de coupure et de normes pourtant essentiels à une analyse statistique rigoureuse des données recueillies par le biais du questionnaire. Il s'avère également difficile d'évaluer les effets de la présence simultanée de plusieurs facteurs et de mesurer leurs interactions. Il est intéressant de noter que les dimensions quantitatives et qualitatives inhérentes au questionnaire *ALPHA* peuvent constituer à la fois un atout sur le plan clinique et un inconvénient sur le plan empirique. Les multiples commentaires écrits par les femmes, très informatifs et d'une grande valeur dans la décision d'intervenir, n'ont pas pu être encodés parmi les données ayant donné lieu aux analyses présentées. À titre illustratif, un commentaire tel que « *J'ai peur de faire une deuxième dépression après l'accouchement* » a mené à une consultation psychologique qui s'est avérée tout à fait appropriée.

Limites de l'étude

Notre étude comporte certaines limites méthodologiques, notamment le peu d'informations sociodémographiques recueillies concernant les sujets, le recours à deux procédures d'administration différentes du questionnaire et l'absence de validation psychométrique de la version originale de l'instrument tout comme de sa version française pouvant restreindre la généralisation des résultats. Les profils

sociodémographiques des sujets pourraient nous fournir une meilleure connaissance des femmes qui ont été rejointes par le dépistage psychosocial mais aussi de celles qui n'ont pas été rejointes par le biais de l'ALPHA. Ainsi, nous serions également plus en mesure de développer des stratégies pour s'assurer que les femmes les plus à risque bénéficient de la mise en place d'un tel programme de dépistage précoce et systématique.

Recommandations pour recherches futures

Il serait intéressant, dans le cadre de recherches futures, de vérifier si certaines variables mesurées par l'ALPHA permettent de prédire les difficultés rencontrées par les mères en post-partum. Il serait également pertinent d'évaluer les effets des interventions prénatales réalisées, dans le cadre d'études longitudinales, par le biais d'évaluations psychosociales après l'accouchement, lors de la visite médicale de contrôle en post-partum. Les recherches futures devraient également prioriser la validation psychométrique de la version française du questionnaire ALPHA.

Références

- ALPHA Group. (2005). *Antenatal Psychosocial Health Assessment*. Consulté le 26 avril 2006 à <http://dfcm.utoronto.ca/research/alpha/pdf/fr/SelfreportformFR.pdf>.
- Austin, M-P. (2003). Psychosocial assessment and the management of depression and anxiety in pregnancy: key aspects of antenatal care for general practice. *Australian Family Physician*, 32, 119-126.
- Austin, M.-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 1-6.
- Beck, C.T. (1995). Screening methods for postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 24, 308-312.
- Bell, L., & Lacombe, M. (2006). La dépression postnatale : un mal silencieux. *Perspective infirmière*, 3, 18-23.
- Brouwers, E.P.M., Van Baar, A.L., & Pop, V.J.M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 95-106.
- Bryanton, J. (1999). *The ALPHA (Antenatal Psychosocial Health Assessment) Pilot Study Report*. Charlottetown, PEI: P.E.I. Reproductive Care Program.
- Carroll, J.C., Reid, A.J., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R.H., Wilson, L., Permaul, J.A., Pugh, P., Chalmers, B., Seddon, F., & Stewart, D.E. (2005). Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173(3), 253-259.
- Carroll, J.C., Reid, A.J., Biringer, A., Wilson, L.M., & Midmer, D.K. (1994). Psychosocial risk factors during pregnancy. What do family physician ask about? *Canadian Family Physician*, 40, 1280-89.
- Curry, M.A., Campbell, R.A., & Christian, M. (1994). Validity and reliability testing of the Prenatal Psychosocial Profile. *Research in Nursing & Health*, 17, 127-135.
- Forde, R., Malterud, K., & Bruusgard, D. (1992). Antenatal care in general practice. 1. A questionnaire as a clinical tool for collection of information on psychosocial conditions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 10, 266-271.

- Glover, V., O'Connor, T., Heron, J., & Golding, J. (2000). *Antenatal stress and anxiety: effects on the fetus and the child*. Paper presented at the Marce Society International Biennial Scientific Meeting, Manchester, UK.
- Holden, J.M., Sagovsky, R., & Cox, J. (1989). Counselling in a general practice setting controlled study of health visitor intervention in treatment of postpartum depression. *Journal of Behaviour Medicine*, 6, 223-226.
- Lortie, G. (1996). De quelques observations révélatrices de risques chez la femme enceinte. *P.R.I.S.M.E.*, 6, 85-97.
- MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., & Offord, D.R. (1993). Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Canadian Medical Association Journal*, 148 (2), 151-163.
- Midmer, D., Bryanton, J., & Brown, R. (2004). Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Canadian Family Physician*, 50, 80-87.
- Midmer, D., Carroll, J., Bryanton, J., & Stewart, D. (2002). From research to application: the development of an antenatal psychosocial health assessment tool. *Canadian Journal of Public Health*, 93 (4), 291-296.
- Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J.C., Reid, A.J., Wilson, L., Stewart, D., et al. (1996). *A reference guide for providers: the ALPHA form – Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*. 2nd ed. Toronto, Ont: University of Toronto Press.
- Midmer, D., Wilson, L., & Cummings, S. (1995). A randomized, controlled trial of the influence of prenatal parenting education on postpartum anxiety and marital adjustment. *Family Medicine*, 27, 200-205.
- Norwood, S.L. (1996). The Social Support APGAR: Instrument development and testing. *Research in Nursing & Health*, 19, 143-152.
- Oakley, A. (1992). Measuring the effectiveness of psychosocial interventions in pregnancy. *Journal of technological assessment health care*, 8(1), 129-138.
- O'Connor, T.G., Heron, J., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 44, 1025-1036.

- Orr, S.T., James, S.A., & Casper, R. (1992). Psychosocial stressors and low birth weight: development of a questionnaire. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 13*(5), 343-347.
- Reid, A.J., Biringer, A., Carroll, J.C., Midmer, D., Wilson, L., Chalmers, B., & Stewart, D. (1998). Using the ALPHA Form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Canadian Medical Association Journal, 159*(6), 677-684.
- Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa.
- Van den Bergh, B.R.H., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29*, 259-269.
- Wilson, L.M., Reid, A.J., Midmer, D.K., Biringer, A., Carroll, J.C., & Stewart, D.E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal, 154*(6), 785-799.

Tableau 1

Les 15 facteurs de risque psychosociaux de l'ALPHA en 4 catégories

Facteurs familiaux	Facteurs maternels	Facteur toxicomanies	Facteur violence
Manque de soutien social	Soins prénataux débutés tardivement (> 26 sem.)	Consommation alcool / drogue(s) femme / conjoint	Violence familiale à l'enfance (victime ou témoin)
Présence de récents événements stressants	Refus cours prénataux (primipares seulement)		Violence conjugale actuelle ou passée
Relation conjugale problématique	Ambivalence à l'égard de la grossesse		Violence envers les enfants
	Relations parentales problématiques à l'enfance		Discipline sévère à l'enfance ou envers l'enfant-à-venir
	Inquiétudes à propos du rôle de mère		
	Antécédents troubles psychiatriques ou affectifs		
	Sentiments dépressifs durant la grossesse		

Tableau 2

Identification de facteurs familiaux auprès des sujets (%)

(N = 619)

	1 <i>absence ou non</i>	2 <i>légère / rare</i>	3 <i>modérée</i>	4 <i>élevée / fréquente</i>	5 <i>très élevée / fréquente ou oui</i>	Total facteurs de risque (2 et +)	Total
Manque de soutien social							
Soutien de l'entourage	74.1	14.4	7.3	2.3	1.9	25.9	100.0
Implication du conjoint	79.6	12.3	4.2	1.7	2.2	20.4	100.0
Événements stressants							
Stress durant l'année	25.2	17.4	27.8	16.9	12.7	74.8	100.0
Changements importants	54.5	-	-	-	45.5	45.5	100.0
Relation conjugale problématique	71.5	20.7	5.7	1.0	1.1	28.5	100.0

Tableau 3

Identification de facteurs maternels auprès des sujets (%)

(N = 619)

	1 <i>absence ou non</i>	2 <i>légère / rare</i>	3 <i>modérée</i>	4 <i>élevée / fréquente</i>	5 <i>très élevée / fréquente ou oui</i>	Total facteurs de risque (2 et +)	Total
Soins prénataux							
Soins prénat. tardifs	99.4	-	-	-	0.6	0.6	100.0
Cours prénat. refusés	58.8	-	-	-	41.2	41.2	100.0
Ambivalence grossesse							
En début de grossesse	68.9	12.6	12.7	4.2	1.6	31.1	100.0
Actuellement	80.8*	13.7	3.9	0.8	0.8	19.2	100.0
Relations parentales problématiques							
Manque d'affection	60.5	21.9	12.5	3.1	2.0	39.5	100.0
- maternelle	75.3	11.9	7.6	3.1	2.1	24.7	100.0
- paternelle	68.4	13.2	9.3	4.9	4.2	31.6	100.0
Inquiétudes p/r maternité							
	52.0	22.4	16.2	6.8	2.6	48.0	100.0
Antécédents troubles psychiatriques / affectifs							
Problèmes passés	69.5	-	-	-	30.5	30.5	100.0
Thérapie ou traitement	68.7	-	-	-	31.3	31.3	100.0
Sentiments dépressifs							
	56.6	23.5	15.2	2.9	1.8	43.4	100.0

 * $p < 0.001$

Tableau 4

Identification de facteurs toxicomanies auprès des sujets (%)

(N = 619)

	1 <i>absence ou non</i>	2 <i>légère / rare</i>	3 <i>modérée</i>	4 <i>élevée / fréquente</i>	5 <i>très élevée / fréquente ou oui</i>	Total facteurs de risque (2 et +)	Total
Consommation d'alcool	94.2	-	-	-	5.8	5.8	100.0
Drogue(s)							
Consommation	93.0	3.0	2.2	0.8	1.0	7.0	100.0
Abus / problème	99.3	-	-	-	0.7	0.7	100.0
Drogue(s) conjoint							
Consommation	88.9	4.1	3.9	1.2	1.9	11.1	100.0
Abus / problème	98.3	-	-	-	1.7	1.7	100.0

Tableau 5

Identification de facteurs violence auprès des sujets (%)

(N = 619)

	1 <i>absence ou non</i>	2 <i>légère / rare</i>	3 <i>modérée</i>	4 <i>élevée / fréquente</i>	5 <i>très élevée / fréquente ou oui</i>	Total facteurs de risque (2 et +)	Total
Violence familiale							
passée							
Témoins de violence	81.6	7.2	5.2	3.4	2.6	18.4	100.0
Victimes de violence	82.4	6.8	5.7	2.7	2.4	17.6	100.0
Abus sexuel	93.6	-	-	-	6.4	6.4	100.0
Violence conjugale							
Tensions / conflits	64.3	25.9	5.7	2.7	1.4	35.7	100.0
Violence verbale							
- effrayée	85.0	10.8	2.2	0.8	1.2	15.0	100.0
- dénigrée	90.3	6.8	1.5	0.7	0.7	9.7	100.0
Violence physique							
Abus sexuel	96.8	2.5	0.5	0.0	0.2	3.2	100.0
Violence dans							
l'éducation							
Durant l'enfance	78.2	13.2	4.7	2.1	1.8	21.8	100.0
Discipline des enfants	66.8	21.4	10.0	1.1	0.7	33.2	100.0

Tableau 6

Comparaison des moyennes des groupes avec et sans intervention

	Sans intervention	Avec intervention	Tests-t
Facteurs familiaux	Moy. : 9.96 Eta : 3.08	Moy. : 14.43 Eta : 5.80	11.02*
Facteurs maternels	Moy. : 10.76 Eta : 3.95	Moy. : 15.50 Eta : 5.33	10.41*
Facteurs toxicomanies	Moy. : 3.53 Eta : 1.60	Moy. : 4.34 Eta : 2.75	4.01*
Facteurs violence	Moy. : 13.62 Eta : 3.81	Moy. : 17.53 Eta : 5.84	8.51*
Total	Moy. : 37.86 Eta : 9.50	Moy. : 51.81 Eta : 13.27	12.59*

* $p < 0.001$

Figure 1. Identification de facteurs de risque familiaux auprès des sujets de l'échantillon (n = 619)

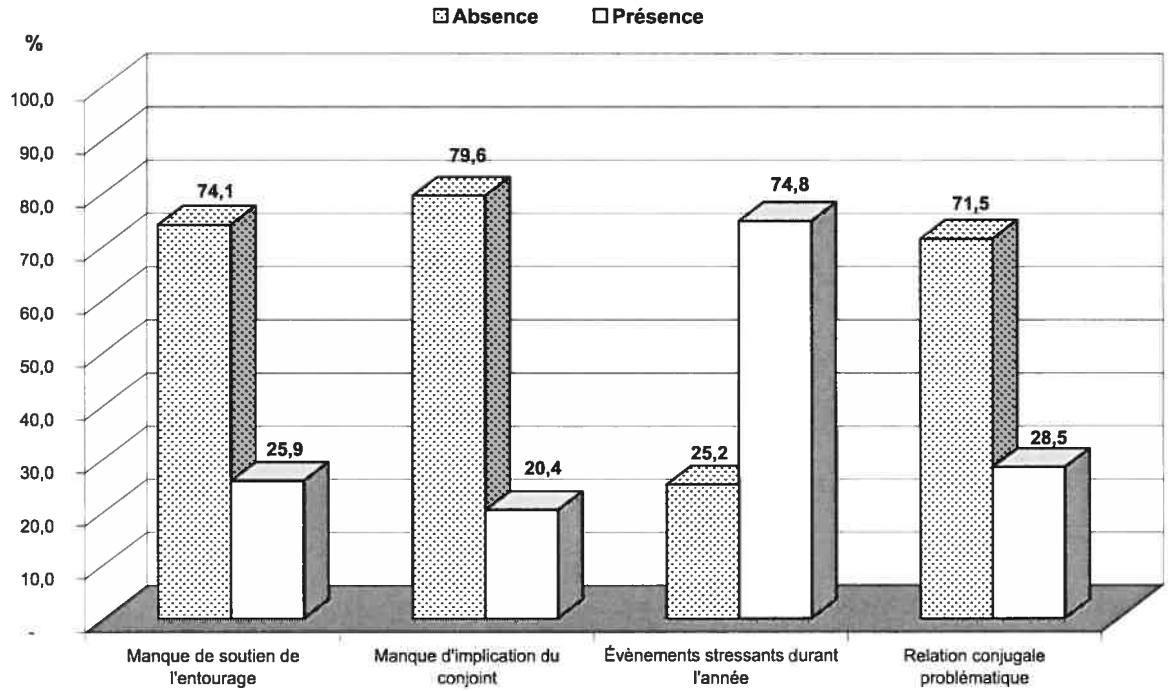


Figure 2. Identification de facteurs de risque maternels auprès des sujets de l'échantillon (n=619)

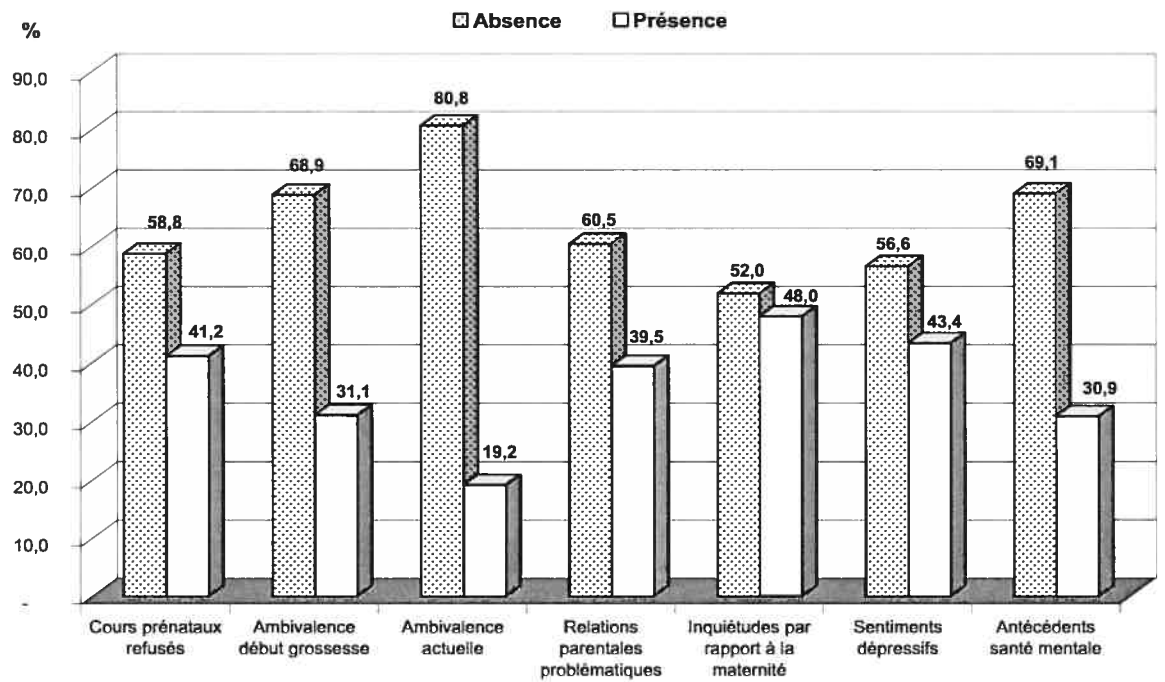


Figure 3. Identification de facteurs de risque toxicomanies auprès des sujets de l'échantillon (n=619)

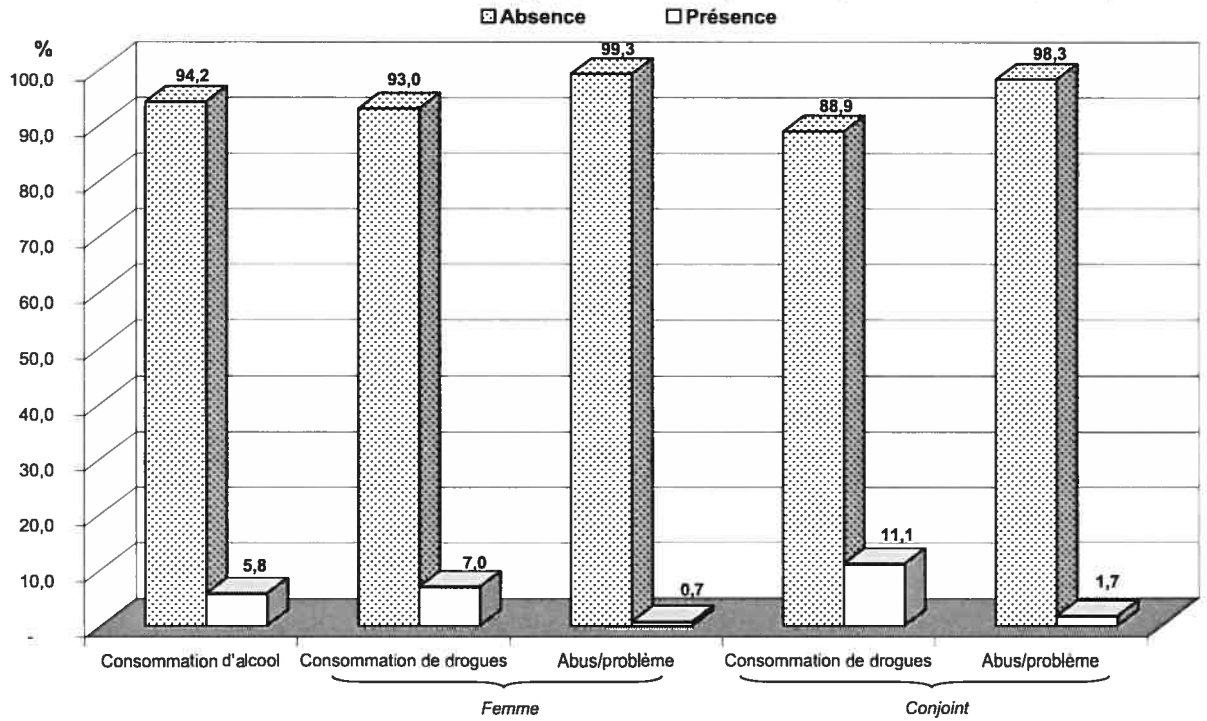


Figure 4. Identification de facteurs de risque violence auprès des sujets de l'échantillon (n = 619)

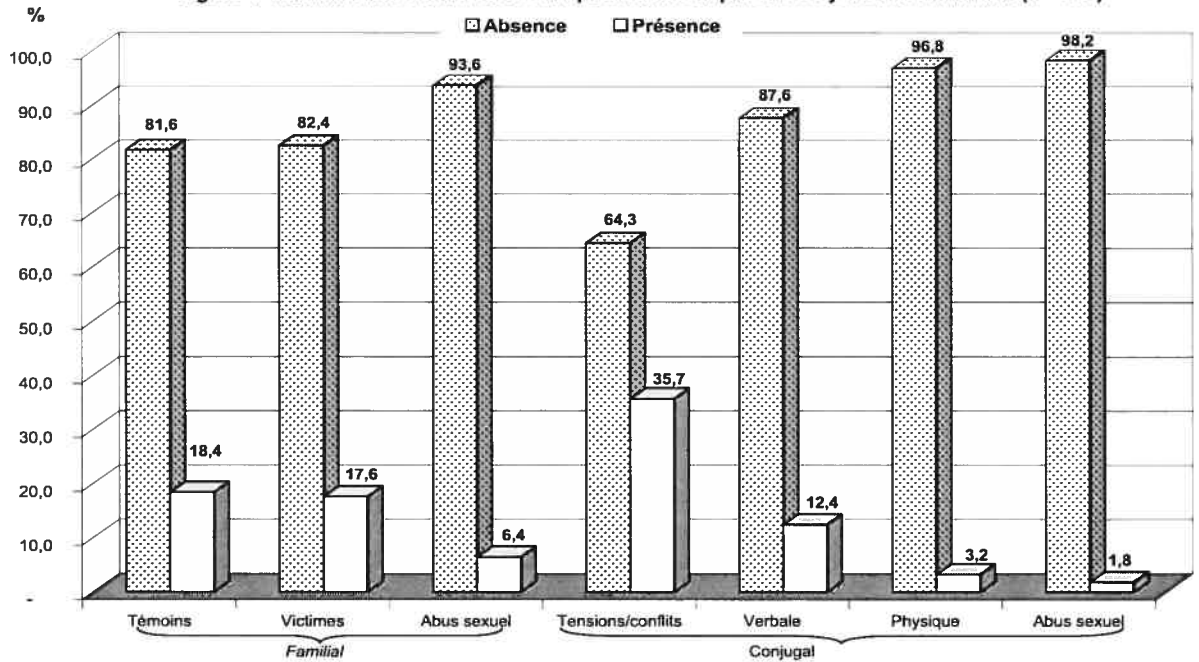
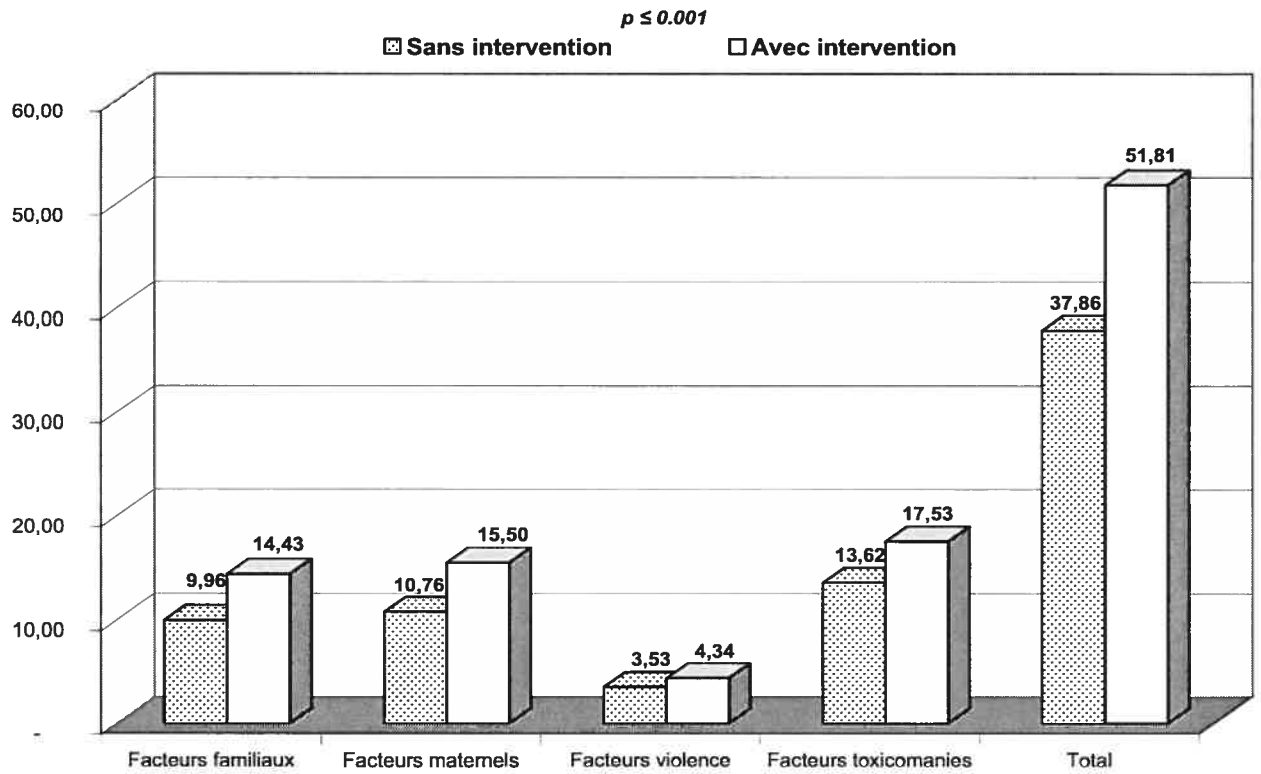


Figure 5. Moyenne des scores obtenus par facteurs de risque et par groupe, avec ou sans intervention



Article II

Adaptation à la maternité : Le questionnaire d'évaluation psychosociale ALPHA
comme corrélat de l'anxiété maternelle pré- et post-natale

Adaptation à la maternité : Le questionnaire d'évaluation psychosociale ALPHA
comme corrélat de l'anxiété maternelle pré- et post-natale

Emmanuelle Robert
Université de Montréal
Montréal, Québec, Canada

Hélène David
Université de Montréal
Montréal, Québec, Canada

Nicole Reeves
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
Montréal, Québec, Canada

Stéphanie Goron
Université Catholique de Louvain-la-Neuve
Louvain-la-Neuve, Belgique

Sabine Delfosse
Université Catholique de Louvain-la-Neuve
Louvain-la-Neuve, Belgique

Article à soumettre à la revue *Santé Mentale au Québec*

Résumé

Cette étude s'intéresse aux facteurs psychosociaux auxquels est associée l'anxiété maternelle au cours de la période périnatale. Elle cherche à vérifier si le questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale anténatale *ALPHA* permet de dépister les femmes anxieuses durant la grossesse et si son utilisation permet de prédire la présence d'anxiété postnatale. L'étude examine, de plus, les difficultés psychosociales en post-partum qui contribuent à la présence d'anxiété.

Quatre-vingt trois (N = 83) femmes enceintes ont complété, vers la 21^e semaine de gestation, les questionnaires *ALPHA* d'évaluation de la santé psychosociale anténatale et d'anxiété *STAI* ainsi qu'un questionnaire d'anxiété spécifique à la maternité. En post-partum, certaines variables psychosociales sont mesurées de nouveau et leur relation à l'anxiété est investiguée.

Bien que de nombreux facteurs de risque psychosociaux soient corrélés avec l'anxiété prénatale, très peu d'entre eux sont corrélés à l'anxiété postnatale. Des analyses de régression démontrent que seule la faible estime de soi quant au rôle de mère dépistée par l'*ALPHA* en pré-partum est prédictrice de l'anxiété spécifique à la maternité en post-partum.

La pertinence du dépistage psychosocial anténatal auprès des femmes enceintes et du recours au questionnaire *ALPHA* pour y parvenir est soulignée. Les auteurs suggèrent que l'*ALPHA* peut être considéré comme un corrélat robuste de l'anxiété prénatale mais un faible prédicteur de l'anxiété postnatale. Ils recommandent de procéder à une évaluation psychosociale prolongée, jusqu'au troisième trimestre post-partum, étant donné les symptômes anxieux observés chez les mères à cette période.

Mots clés : Grossesse, facteurs de risque, anxiété, dépistage, ALPHA.

Abstract

This study concerns the psychosocial factors associated with maternal anxiety during the perinatal period. Evaluation through the Antenatal Psychosocial Health Assessment (*ALPHA*) form was conducted in order to establish its efficacy in identifying women who are anxious during pregnancy and in predicting postnatal anxiety.

During their 21st week after conception, eighty-three (N = 83) pregnant women completed a series of questionnaires including the *ALPHA* form, the State-Trait Anxiety Inventory (*STAI*), and a questionnaire measuring pregnancy- and maternity-specific anxiety (*POQ*). Certain psychosocial variables were measured again during the post-partum period and their relation to anxiety is investigated.

Although many antenatal psychosocial risk factors are correlated to prenatal anxiety, the findings indicate that few are correlated to postnatal anxiety. Results from regression analyses show that only low self-esteem, as detected by the *ALPHA* questionnaire at the pre-partum stage, is a predictor of maternity-specific anxiety at the post-partum stage.

The relevance of testing for antenatal psychosocial risks among pregnant women is established, and the use of the *ALPHA* questionnaire as a significant psychometric instrument is emphasized. Hence, the authors present the *ALPHA* form as a strong correlate of prenatal anxiety, but a weak predictor of postnatal anxiety. Recommendations suggest an extended psychosocial evaluation, and this until the third trimester of the post-partum period, in light of the anxious symptoms observed at this stage of pregnancy.

Key Words: Pregnancy, risk factors, anxiety, screening, ALPHA.

La recension des écrits permet de constater l'existence d'un double mouvement caractérisant l'évolution des travaux de recherche consacrés au domaine de la périnatalité. On constate une première tendance, chez les chercheurs, à faire de l'anxiété leur principal objet de recherche. Par le passé, la majorité des travaux était plutôt consacrée à l'étude de la dépression chez les nouvelles mères (Beck, 2001; Berthiaume, David, Saucier, & Borgeat, 1998; Bonari et al., 2004; McMahon, Barnett, Kowalenko, & Tennant, 2005; O'Hara, & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). Une seconde tendance veut qu'on ne se préoccupe plus seulement de la période postnatale mais aussi, si ce n'est davantage, des difficultés qui affectent les femmes au cours de leur grossesse (Austin, 2004). L'émergence de ces deux tendances est le reflet, selon nous, d'une réalité clinique actuelle. En effet, l'anxiété est une difficulté rencontrée fréquemment par les femmes durant l'adaptation à la maternité et débute souvent, comme d'autres problèmes, bien avant la naissance de l'enfant (Beck, 1995; Bell, & Lacombe, 2006; Brouwers, Van Baar, & Pop, 2001; Glover, O'Connor, Heron, & Golding, 2000; Lortie, 1996). L'analyse des travaux s'inscrivant dans l'une ou l'autre des deux tendances identifiées permet de distinguer cinq principaux axes de recherches.

Les répercussions de l'anxiété maternelle prénatale

Le premier axe regroupe les nombreuses études consacrées aux répercussions de l'anxiété maternelle prénatale sur le déroulement de la grossesse, sur l'enfant ainsi que sur le lien mère-enfant. La mise en lumière des complications obstétricales et néonatales (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa, & Sandman, 1999; Wadhwa, Sandman, Porto, Dunkel-Schetter, & Garite, 1993; Wroble Biglan, 2003) associées à l'anxiété maternelle anténatale telles que les accouchements prématurés et le faible poids des bébés à la naissance est à mettre à leur crédit. Elles ont également mis en évidence son impact négatif sur le tempérament (Austin, Hadzi-Pavlovic, Leader, Saint, & Parker, 2005; Coplan, O'Neil, & Arbeau, 2005; Gutteling et al., 2005) ainsi que sur le comportement (O'Connor, Heron, Golding, Glover, & the ALSPAC Study Team, 2003) et le

développement cognitif (King, & Laplante, 2005; Van den Bergh et al., 2005) de l'enfant au cours des mois et même des années suivant la naissance.

L'étude de Davis et al. (2004) montre en effet que l'anxiété et la dépression maternelles, présentes durant la période prénatale mais non durant la période postnatale, seraient associées à des comportements négatifs face à la nouveauté chez des enfants âgés de quatre mois. En contrôlant les effets de l'anxiété postnatale, d'autres études longitudinales ont démontré l'existence d'une relation entre la présence d'anxiété maternelle en pré-partum et l'apparition de problèmes affectifs et comportementaux chez les enfants aux âges de quatre et six ans et demi (O'Connor, Heron, Glover, & the ALSPAC Study Team, 2002). De leurs cotés, Van den Bergh et Marcoen (2004) démontrent l'existence d'un lien entre de hauts niveaux d'anxiété maternelle prénatale et la présence de symptômes de déficit attentionnel et d'hyperactivité chez les enfants de huit et neuf ans. Enfin, Feldman et ses collègues (1999) montrent quels en sont les effets sur la qualité du lien de la mère à son enfant (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999). L'équipe de Del Carmen démontre notamment que l'attachement des bébés de mères anxieuses (en période prénatale) est de type *insécure*. Selon elle, l'anxiété maternelle prénatale est un bon prédicteur du type d'attachement observé chez les nourrissons à l'âge de 12 mois (Del Carmen, Pedersen, Huffman, & Bryan, 1993). Tous ces travaux illustrent l'effet persistant que l'état psychologique maternel prénatal, et plus particulièrement l'anxiété, peut exercer sur le fœtus et sur l'enfant. La sévérité des répercussions de l'anxiété maternelle justifie que l'on s'y intéresse et que l'on tâche de la dépister de manière précoce et systématique.

L'évolution de l'anxiété du pré-partum au post-partum

Le deuxième axe de recherche que nous identifions est constitué d'études longitudinales portant sur l'anxiété maternelle. Les résultats des recherches consacrées à son évolution au cours des périodes pré- et post-natales présentent des contradictions. Alors que certaines observent une diminution d'intensité de l'anxiété de la période

prénatale à la période postnatale (Engle, Scrimshaw, Enid Zambrana, & Dunkel-Schetter, 1990), d'autres font état de la persistance de l'anxiété tout au long de la période périnatale (Heron et al., 2004). L'étude de Stuart et ses collaborateurs suggère au contraire que les symptômes d'anxiété augmentent au cours de la période postnatale (Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998). Ces auteurs constatent même qu'un nombre significatif de nouveaux cas d'anxiété se développe tardivement, entre le troisième et le septième mois du post-partum. Il en serait ainsi pour dix pour cent des femmes de leur échantillon, d'où l'importance, selon eux, d'évaluer les symptômes d'anxiété jusqu'au troisième trimestre post-partum (Stuart et al., 1998).

Dépression anxieuse, anxiété dépressive et anxiété spécifique à la maternité

Les travaux consacrés à l'observation du chevauchement dans les mesures de la dépression et celles de l'anxiété ainsi qu'à leur co-morbidité définissent un troisième axe de recherche. Plusieurs d'entre eux montrent l'importance des symptômes anxieux dans l'évaluation de la dépression durant la période périnatale (Ross, Sellers, Gilbert Evans, & Romach, 2004; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005), la symptomatologie anxieuse expliquant 28% de la variance de la dépression (Jomeen, & Martin, 2005; Teissedre, & Chabrol, 2004). D'autres travaux se sont attachés, non plus aux seuls symptômes de l'anxiété générale des femmes enceintes, mais également à ses manifestations spécifiques lors de la grossesse et de l'adaptation à la maternité. Sjögren (1997) suggère à cet égard l'existence d'une anxiété particulière à la grossesse et à son déroulement. De la même manière, Huizink et ses collègues soulignent l'importance de clarifier la nature et l'objet de l'anxiété plutôt que d'utiliser des mesures générales pour en évaluer le niveau (Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser, & Buitelaar, 2004). L'équipe de Theut, quant à elle, a développé le *Pregnancy Outcome Questionnaire* (ou *POQ*), une mesure d'anxiété propre à la maternité (Theut, Pedersen, Zaslow, & Rabinovich, 1988). Compte tenu du chevauchement des symptômes anxieux et dépressifs, il s'avère essentiel de procéder à une évaluation plus spécifique de l'anxiété.

L'élaboration d'un modèle sociobiologique explicatif de l'anxiété prénatale

Un quatrième axe élargit l'objet des recherches sur l'anxiété maternelle prénatale au rôle qu'occupent les facteurs physiologiques dans son étiologie. Le plus grand nombre d'entre elles suggèrent que les fluctuations hormonales durant la grossesse sont responsables de l'anxiété et de ses variations. Selon certaines, (notamment celle de Mancuso, Dunkel-Schetter, Rini, Roesch et Hobel, 2004) il existe une relation bidirectionnelle entre hormones et anxiété, les unes influençant l'autre et vice-versa. Un plus petit nombre s'attache non seulement aux hormones ou aux processus biologiques mais aussi à leur interaction avec les facteurs psychosociaux dans la genèse de l'anxiété. Ross et al. (2004) ont proposé un modèle explicatif de l'anxiété prénatale à partir de variables sociobiologiques qui montre que les changements hormonaux ne suffisent pas à expliquer les symptômes anxio-dépressifs entourant la maternité. Validant leur modèle, ils estiment que ces changements hormonaux n'ont guère d'effet direct ni sur la dépression, ni sur l'anxiété. Ils n'interviendraient, en fait, que comme catalyseurs en accentuant la vulnérabilité des femmes aux facteurs de risque que sont le manque de soutien social, les difficultés conjugales ainsi que les événements de vie stressants, d'où la nécessité d'en tenir compte de façon systématique.

Les facteurs de risque psychosociaux

Le cinquième et dernier des axes répertoriés rassemble les travaux consacrés à l'opérationnalisation des facteurs de risque de détresse psychologique et sociale. Leurs résultats démontrent qu'en plus des facteurs de risque déjà évoqués, d'autres ont également des conséquences néfastes en post-partum. Parmi eux, notons un sentiment d'ambivalence marqué et persistant à l'égard de la grossesse, la piètre qualité des relations filiales, des doutes ou des inquiétudes quant à ses capacités maternelles, des antécédents de problèmes émotifs, des tendances dépressives actuelles, une consommation abusive de drogues ou d'alcool par la future mère ou son partenaire, un vécu de violence familiale ou conjugale. Le refus des femmes primipares de participer

aux cours prénataux ainsi que le début tardif des soins prénataux¹, peuvent être associés en post-partum, dans les cas les plus sévères, à la négligence de l'enfant ou à de la violence conjugale de la part du conjoint (Wilson et al., 1996).

S'efforçant de procéder à un dépistage exhaustif et systématique des facteurs de risque, Midmer et al. (1996) ont élaboré un questionnaire intitulé *Évaluation de la santé psychosociale prénatale* ou *ALPHA*² qui permet de les opérationnaliser et de les intégrer dans les soins prénataux de routine. Une méta-analyse consacrée aux facteurs de risque anténataux (Wilson et al., 1996) leur a permis d'identifier ceux étant associés à des difficultés en post-partum tel que la violence familiale, des problèmes conjugaux, la dépression post-partum et une augmentation des maladies physiques. Quinze facteurs de risque ont été ainsi identifiés pour être ensuite regroupés en quatre grandes catégories distinctes: les facteurs familiaux, les facteurs maternels, les facteurs toxicomanies et violence. Parmi les outils de dépistage développés³, les qualités de l'*ALPHA* font en sorte qu'il est maintenant recommandé par Santé Canada (2000) et retenu pour l'étude présentée ici. En effet, le recours à ce questionnaire en milieu clinique a permis de repérer près de deux fois plus de facteurs de risque psychosociaux que ne le font les soins prénataux de routine (Carroll et al., 2005). Il aura également permis de détecter les femmes ayant un vécu de violence sept fois plus souvent (Carroll et al., 2005). Or il s'agit là d'un facteur important étant donné qu'il est souvent à l'origine d'abus ou de négligence envers l'enfant comme envers la mère elle-même.

De tels résultats militent en faveur d'une utilisation plus fréquente de ce questionnaire dans le cadre d'un dépistage psychosocial auprès des patientes enceintes. Sur le plan empirique, plusieurs études ont démontré la validité d'apparence de

¹ Ce qui correspond à une première consultation médicale pour le suivi de grossesse au troisième trimestre de gestation.

² La version originale anglophone est intitulée « *Antenatal Psychosocial Health Assessment Form* ».

³ Notamment les *Antenatal Screening Questionnaire* (Forde, Malterud, & Bruusgard, 1992), *Prenatal Psychosocial Profile* (Curry, Campbell, & Christian, 1994), *Prenatal Social Environment Inventory* (Orr, James, & Casper, 1992) et *Social Support APGAR* (Norwood, 1996) ainsi que certains protocoles d'évaluation psychosociale anténatale des facteurs de risque de maladie mentale (Austin, 2003).

l'ALPHA (Carroll et al., 2005; Midmer et al., 1996; Midmer, Carroll, Bryanton, & Stewart, 2002; Reid et al., 1998). Alors que ce questionnaire a été développé, à l'origine, principalement à des fins cliniques, des études de validation visant la vérification des propriétés psychométriques de l'ALPHA sont en cours (Carroll et al., 2005).

Tendances actuelles en périnatalité

La richesse des travaux de recherche consacrés à l'anxiété périnatale s'exprime, entre autres critères, par leur diversité. Tantôt ces travaux se proposent d'identifier les répercussions éventuelles de l'anxiété sur la grossesse et plus tard, sur l'enfant, tantôt d'en cerner les facteurs explicatifs et les facteurs de risque qui peuvent y être associés. En tout état de cause, tous ces travaux reflètent le souci de prendre davantage en considération tant les périodes pré- que post-natales et celui de mieux différencier les phénomènes d'anxiété et de dépression. La présente étude s'inscrit, elle aussi, à la croisée des deux tendances dont nous avons fait état puisqu'elle s'intéresse au dépistage, dès le pré-partum, des facteurs psychosociaux associés à l'anxiété maternelle pré- et post-natale.

Parmi les contributions des travaux recensés, on note la reconnaissance du rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse de l'anxiété et la nécessité de procéder à une évaluation de la santé psychosociale des femmes. Suivant les recommandations des différentes études, il apparaît essentiel de tenir compte de la prépondérance de l'anxiété, de ses répercussions considérables à long terme, de son apparition parfois tardive, de la confusion existant entre les mesures d'anxiété et de dépression et de la nécessité d'évaluer l'anxiété de manière plus précise. Nous sommes d'avis que de l'analyse de ces écrits découlent quatre constats relatifs aux modalités de dépistage : la nécessité d'envisager un dépistage d'abord systématique, ensuite précoce mais également prolongé et enfin plus spécifique de l'anxiété chez les femmes durant la période périnatale. C'est ce que nous nous proposons de faire.

Alors que l'ALPHA a été conçu pour dépister, entre autres, la dépression post-partum et étant donné la confusion entre dépression et anxiété, il semble légitime de se demander si cet instrument dépiste également l'anxiété périnatale. Permet-il de prédire la présence d'anxiété en post-partum donc de dépister, dès la grossesse, les femmes les plus susceptibles de souffrir de problèmes d'anxiété? Cette question est importante lorsqu'on connaît les répercussions possibles de l'anxiété maternelle et n'a, à notre connaissance, jamais été étudiée. Au cours des dernières années, des mesures de dépistage psychosocial prénatal systématique ont été mises en place au Centre des naissances du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (Robert et al., soumis pour publication) dans le but de prévenir l'apparition d'éventuelles complications en post-partum, telle que la dépression post-partum. Nous nous interrogeons à savoir si l'implantation du questionnaire ALPHA comme mesure de dépistage des problèmes psychosociaux est aussi en mesure de détecter l'anxiété.

Objectifs de recherche et hypothèses

Objectifs de recherche

Dans cette étude longitudinale, nous nous intéressons aux facteurs de risque auxquels est associée l'anxiété maternelle au cours de la période périnatale. Parmi ces facteurs, nous explorons les quatre catégories de facteurs psychosociaux tels que les définissent Midmer et al. (1996) à savoir : les facteurs familiaux, les facteurs maternels, les toxicomanies et la violence ainsi que leur impact sur l'expérience de la grossesse et de la maternité. Les objectifs de la recherche sont, en premier lieu, de vérifier si le questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale anténatale *ALPHA* permet de dépister les femmes anxieuses durant la grossesse et, en second lieu, de voir si son utilisation permet de prédire la présence d'anxiété postnatale. L'étude examine, de plus, certaines difficultés psychosociales en post-partum qui contribuent à la présence d'anxiété chez les mères de l'échantillon.

Hypothèses

1. Les facteurs de risque psychosociaux anténataux (tels que mesurés par l'*ALPHA*) seront corrélés à l'anxiété maternelle durant la grossesse (temps 1 ou T1) et après l'accouchement (temps 2 ou T2);
2. les facteurs de risque psychosociaux présents en post-partum (T2) seront associés à une symptomatologie anxieuse à cette période;
3. les facteurs de risque psychosociaux anténataux et postnataux contribueront de manière significative à l'explication de la variance de l'anxiété maternelle postnatale.

Méthode

Participant

Quatre-vingt trois participantes (N = 83) ont été recrutées lors du deuxième trimestre de leur grossesse au Centre des naissances de l'Hôpital Saint-Luc du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et à la Clinique des gynécologues associés. Le choix de cette période de grossesse s'explique par le souci d'éviter le biais résultant d'une augmentation dite "normale" de l'anxiété aux premier et dernier trimestres de gestation ainsi que plusieurs auteurs en témoignent (Lubin, Gardner, & Roth, 1975; Smolla, 1982). Les femmes maîtrisant peu la langue française ainsi que celles suivies pour une grossesse à risque ou pour des troubles psychiatriques sévères ou chroniques n'ont pas été retenues.

Données descriptives de l'échantillon

Insérer environ ici le tableau 1

L'échantillon est composé de femmes enceintes entre 12 et 31 semaines de gestation avec une moyenne de 21 semaines (écart-type = 5.08) au moment du recrutement initial (tableau 1). Ces femmes, toutes francophones, sont âgées entre 20 et 40 ans, ont une moyenne d'âge de 29 ans, sont majoritairement primipares (64%) et ont atteint un niveau de scolarité universitaire (60%). Elles sont pour la plupart mariées ou en union de fait (80%), en moyenne depuis 6 ans (écart-type = 4.96). L'échantillon retenu est en majorité de culture québécoise (82%) et composé d'employées ou de cadres dont le revenu familial moyen est de 50 000 dollars.

Instruments de mesure

Les données sociodémographiques, les informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que les antécédents gynécologiques et obstétricaux (IVG, fausse couche, perte périnatale, infertilité) ont été répertoriés auprès des sujets consentants à partir de brèves questions. Six questionnaires auto-administrés ont été utilisés pour évaluer notre échantillon sur un ensemble de variables dont la liste figure au tableau 2. Ils ont tous été retenus en raison de leurs excellentes qualités psychométriques et de leur fréquence d'utilisation.

1. Le questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale prénatale intitulé **Antenatal Psychosocial Health Assessment Form** (Midmer et al., 1996) ou **ALPHA** a été utilisé pour évaluer 15 facteurs de risque psychosociaux prénataux regroupés selon quatre catégories telles que répertoriées au tableau 2. Puisqu'à notre connaissance, aucune version française de l'instrument n'était disponible au moment d'entamer la collecte de données, la version originale a été traduite

en langue française par un membre de l'équipe de recherche⁴. Des études de validation visant la vérification des propriétés psychométriques de la version originale anglophone de l'*ALPHA* sont en cours (Carroll et al., 2005). Les données cliniques sont unanimes en ce qui concerne la pertinence des informations recueillies grâce à ce questionnaire et plusieurs études ont démontré la validité d'apparence de l'*ALPHA* (Carroll et al., 2005; Midmer et al., 1996, 2002; Reid et al., 1998). Ses qualités font en sorte qu'il est maintenant recommandé par Santé Canada (2000). L'à-propos de son utilisation en recherche ne fait, selon nous, aucun doute même si des analyses supplémentaires, notamment la validation psychométrique de la version française, sont recommandées.

2. L'anxiété maternelle prénatale et postnatale a été évaluée à partir de la version française (Landry, 1976) du **State-Trait Anxiety Inventory** (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) ou *STAI*. Ce questionnaire est destiné à évaluer deux types d'anxiété, l'anxiété-état qui porte sur l'état émotionnel au moment précis de l'évaluation et l'anxiété-trait qui représente une disposition personnelle générale. La version française (Landry, 1976), sous le nom de questionnaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (*ASTA*), jouit de qualités psychométriques fort acceptables.
3. Le **Pregnancy Outcome Questionnaire** (*POQ*) élaboré par Theut et al. (1988) a été utilisé afin d'évaluer l'anxiété spécifique à la grossesse. Cet instrument spécialisé évalue certaines composantes particulières de l'anxiété maternelle: les peurs et les inquiétudes par rapport aux problèmes éventuels relatifs à la grossesse, les préoccupations par rapport à la santé de l'enfant et celles relatives à l'accouchement, les craintes quant à la capacité de mener la grossesse à terme et de prendre soin de l'enfant. Le coefficient alpha de 0.80 obtenu lors de l'étude réalisée par Theut et al. (1988) auprès d'un groupe de femmes enceintes indique

⁴ Il s'agit de la troisième auteure, Nicole Reeves, psychologue.

la consistance interne satisfaisante du *POQ*. La version originale a été traduite en langue française par la première auteure, selon la méthode de la double traduction (Vallerand, 1989). Les questions relatives à la grossesse et à l'accouchement ont été supprimées lors de la deuxième passation.

4. La version francophone du **Social Support Questionnaire (SSQ)** de Sarason, Levine, Bashman, & Sarason (1983) –ou Évaluation du soutien social- évalue la qualité des relations sociales entretenues par le sujet ainsi que son degré de satisfaction à l'égard du soutien reçu de son entourage (De Man, Balkou, & Iglesias, 1986). Les versions originale et francophone du *SSQ* font preuve d'une bonne fidélité test-retest (les coefficients de corrélation variant entre 0.83 et 0.90) et d'une consistance interne élevée (les coefficients alpha variant entre 0.94 et 0.97) (Sarason et al., 1983; De Man et al., 1986).

Insérer environ ici le tableau 2

5. L'échelle d'ajustement dyadique de Baillargeon, Dubois, & Marineau (1986) est la version canadienne française du **Dyadic Adjustment Scale (DAS)** de Spanier (1976), un instrument fidèle et valide de 32 questions qui mesure la satisfaction conjugale du sujet. La fidélité s'avère très satisfaisante avec un coefficient alpha qui varie entre 0.86 et 0.95. La version canadienne française de l'instrument (Baillargeon et al., 1986) maintient ses qualités psychométriques uniquement au niveau de l'ajustement global. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats aux sous-échelles.
6. Le **Life Experiences Survey** ou *LES* (Sarason, Johnson, & Siegel, 1978) permet aux sujets de rapporter, à partir d'une liste de 45 événements, ceux qui sont survenus dans leur vie au cours de la dernière année. Les sujets évaluent ensuite l'impact de chaque événement comme positif ou négatif, ce qui permet d'obtenir

un score de stress positif et un score de stress négatif. La version originale et l'adaptation à une population francophone⁵ (De Man, Balkou, & Iglesias, 1987) démontrent de bonnes propriétés psychométriques. Sa validité a été confirmée par la comparaison avec d'autres échelles de stress et sa fidélité test-retest est évaluée à 0.64 (Sarason et al., 1978).

Déroulement

Cinquante-trois (N = 53) sujets ont été interrogés à deux reprises : une première fois durant le deuxième trimestre de leur grossesse et une deuxième fois au neuvième mois (écart-type = 1.79) post-partum. La plupart des bébés sont nés à terme, sans complication lors de l'accouchement et en bonne santé à la naissance. Au T2 de l'expérimentation, l'âge moyen des bébés est de neuf mois.

Résultats

Il est important de préciser que certains sous-facteurs de l'*ALPHA* n'ont pas été retenus pour les analyses statistiques. L'item s'intéressant aux *soins prénataux* débutés tardivement a été éliminé puisque aucune femme n'a consulté le médecin pour la première fois pour le suivi de grossesse au troisième trimestre de gestation (> 26 semaines). En moyenne, la première visite chez le médecin a lieu au premier trimestre de grossesse (moy. = 8.4 semaines) pour les femmes de l'échantillon. De plus, nous avons choisi de ne pas traiter les données concernant le *refus de prendre des cours prénataux* étant donné que cet item s'applique seulement aux femmes primipares, ce qui réduisait considérablement la taille de notre échantillon. En outre, lorsque cela s'avérait possible et pertinent, certains items ont été fusionnés au sein d'une même sous-échelle afin d'éviter la multiplication de variables analysées. Ainsi, le sous-facteur s'intéressant à la *santé psychologique* est composé des questions relatives aux *problèmes émotifs passés* ainsi qu'à l'*affect dépressif actuel*. De la même manière, la troisième sous-

⁵ Sous le nom de Sondage sur les expériences vécues (*SEV*).

échelle du facteur *violence* regroupe la *violence passée envers les enfants* et la discipline sévère dans l'*éducation des enfants*. Les analyses statistiques présentées ont été effectuées à partir d'un total de 13 facteurs de risque psychosociaux rassemblés en 11 sous-facteurs. Enfin, nous avons choisi de considérer chacun des sous-facteurs de l'*ALPHA* plutôt que de limiter les analyses présentées aux catégories plus larges (i.e. facteur familiaux, maternels, etc.). En effet, les sous-échelles mesurent des facteurs de risque rendant compte de données bien distinctes qui justifient qu'elles soient présentées de manière individuelle.

Attrition de l'échantillon

Sur 83 patientes de l'échantillon recrutées au cours de la période de janvier à juin 2003, 53 d'entre elles ont accepté de compléter les questionnaires à deux moments distincts; soit au deuxième trimestre de grossesse et plusieurs mois après l'accouchement. Bien que cette attrition soit importante, elle ne prête pas à conséquence. Une série de comparaisons entre les 53 sujets de l'étude et les 30 patientes n'ayant complété que les questionnaires du T1, ne montre en effet aucune différence significative, ni entre les caractéristiques sociodémographiques, ni entre les niveaux d'anxiété de ces deux groupes.

Fréquence de l'anxiété en pré- et en post-partum

Au T1 de l'expérimentation (deuxième trimestre de grossesse), les résultats obtenus montrent que 15.1 % des sujets, soit un peu plus d'une femme sur six, présentent un *état d'anxiété (S-STAI) clinique*⁶. En ce qui concerne l'*anxiété-trait (T-STAI)*, 11.3% des sujets, soit une femme sur neuf, sont identifiées comme cliniquement

⁶ Selon les normes de la version francophone du *STAI* (Landry, 1976).

anxieuses alors que la proportion des sujets ayant obtenu un score clinique⁷ d'anxiété spécifique à la maternité (*POQ*) est de 26.9%.

Au T2 (environ neuf mois après l'accouchement), les résultats révèlent que 18.9% des sujets souffrent d'un état d'anxiété clinique alors que 15.1% présentent un trait d'anxiété clinique. Enfin, 25% des sujets présentent un score clinique d'anxiété spécifique à la maternité⁸.

Identification des facteurs associés à l'anxiété

En ce qui concerne les facteurs associés à l'anxiété, il convient de différencier ceux qui sont associés à l'anxiété au cours de la période prénatale de ceux qui sont liés à l'anxiété dans la période postnatale.

Facteurs prénataux et anxiété prénatale. La lecture du tableau 3 permet de constater qu'il existe des corrélations significatives entre 8 des 11 sous-variables retenues de l'*ALPHA* et l'anxiété prénatale. En ce qui concerne l'anxiété-état et l'anxiété-trait, nous dégagons des corrélations positives avec le facteur familial total (*ALPHA* f) ainsi qu'avec toutes ses sous-échelles : le manque de *soutien social* (*ALPHA* f1) au cours du 2^e trimestre de grossesse ($r = .39, p < .01$ pour le *S-STAI* ; $r = .32, p < .05$ pour le *T-STAI*), une *relation conjugale* peu satisfaisante (*ALPHA* f3) pendant la même période ($r = .44, p < .001$ pour le *S-STAI* ; $r = .27, p < .05$ pour le *T-STAI*) ainsi que la présence d'événements de vie stressants durant la dernière année (*ALPHA* f2) apparaissent comme étant tous associés à un état et un trait anxieux plus élevés en pré-partum. L'anxiété spécifique à la grossesse révèle également des corrélations significatives avec le facteur familial total, plus particulièrement avec la présence d'événements de vie stressants ($r = .29, p < .05$) et une *relation conjugale* problématique ($r = .33, p < .05$).

⁷ Étant donné l'absence de normes pour la version francophone du *POQ*, nous avons opté pour un point de coupure correspondant à un score supérieur au 75^e percentile.

⁸ Une analyse plus approfondie de la prévalence de l'anxiété maternelle fait l'objet d'un autre article (voir Robert, David, Reeves, Goron, & Delfosse, soumis).

Insérer environ ici le tableau 3

De plus, les résultats des analyses corrélationnelles montrent que le facteur maternel total (*ALPHA m*) est associé aux anxiétés –état et –trait dans la période prénatale. Alors qu'un sentiment d'*ambivalence à l'égard de la grossesse (ALPHA m1)*, une faible *estime de soi par rapport à ses capacités maternelles*⁹ (*ALPHA m3*) et des *difficultés d'ordre émotif actuelles et passées (ALPHA m4)* sont liés à l'état anxieux, seules ces deux dernières sous-variables sont corrélées avec le trait anxieux. En ce qui a trait à l'anxiété spécifique à la grossesse, un sentiment d'*ambivalence* marqué et une faible *estime de soi quant au rôle de mère* y sont associés. La *relation aux parents durant l'enfance*, quant à elle, n'est pas corrélée aux mesures d'anxiété. Enfin, la présence des facteurs *toxicomanies* ainsi que *violence conjugale (ALPHA c, ALPHA v2)* est corrélée significativement avec les trois formes d'anxiété au T1. Les deux autres types de violence : la *violence durant l'enfance (ALPHA v1)* et la *violence envers les enfants (ALPHA v3)* ne présentent aucune corrélation significative tandis que le facteur total de violence (*ALPHA v*) est associé à la fois à l'anxiété-état ($r = .32, p < .05$) et à l'anxiété-trait ($r = .33, p < .05$).

Facteurs prénataux et anxiété postnatale. S'agissant de l'anxiété postnatale, une matrice de corrélation comprenant trois dimensions a été produite afin de vérifier la présence de relations entre les facteurs de risque anténataux et l'anxiété post-partum. À l'exception du *revenu familial*, qui est négativement corrélé à l'anxiété-trait au T2 ($r = -.28, p < .05$), les deux premières dimensions de la matrice respectivement consacrées aux effets des variables sociodémographiques et des antécédents gynécologiques et obstétricaux ne révèlent aucune relation significative entre ces variables et l'anxiété postnatale.

⁹ Ce sous-facteur est également qualifié d'inquiétudes relatives au rôle de mère.

Les résultats obtenus avec la troisième dimension de la matrice tels qu'ils figurent au Tableau 3 caractérisent le type de relations existant entre les différents facteurs psychosociaux anténataux et nos trois mesures d'anxiété. Nous pouvons observer que les niveaux d'anxiété postnatale ne sont liés ni aux facteurs de risque familiaux, ni à la *consommation d'alcool ou de drogues*, ni à la présence de *violence* tels qu'évalués au 2^e trimestre pré-partum. Par contre, l'échelle de facteur maternel total (*ALPHA m*) est modérément liée à l'anxiété-état ($r = .33, p < .05$), mais fortement ($r = .43, p < .001$) à l'anxiété-trait, sans toutefois présenter de relation significative avec l'anxiété spécifique ($r = .13, ns$). En ce qui concerne les sous-variables du facteur maternel, les trois types d'anxiété postnatale sont corrélés avec l'*estime de soi relative au rôle de mère (ALPHA m3)* telle qu'évaluée durant le pré-partum. De plus, des *difficultés d'ordre émotif*, passées ou au moment de la grossesse (*ALPHA m4*), sont liées à une anxiété-trait plus élevée en post-partum.

Facteurs postnataux et anxiété postnatale. Les corrélations entre les trois types d'anxiété postnatale et les facteurs psychosociaux mesurés au troisième trimestre post-partum figurent au tableau 4. Elles montrent que le *nombre* de personnes constituant le *réseau social* est fortement lié aux différentes mesures d'anxiété ($r = -.42, p < .01$ pour l'état anxieux). De plus, la *satisfaction* des sujets par rapport au *soutien reçu de leur entourage* est corrélée négativement avec l'anxiété-état au T2 ($r = -.43, p < .001$). De la même manière, les scores à l'échelle d'ajustement dyadique permettent de rendre compte qu'une *relation conjugale* peu satisfaisante apparaît fortement liée à des niveaux élevés d'anxiété –état ($r = -.48, p < .001$) et –trait ($r = -.40, p < .01$) au neuvième mois post-partum.

Insérer environ ici le tableau 4

Les analyses corrélationnelles mettent également en évidence une relation positive modérée entre les deux formes générales d'anxiété postnatale et l'expérience récente d'*événements stressants*.

Contribution des facteurs identifiés à l'anxiété postnatale

Afin d'évaluer leur contribution respective aux différents types d'anxiété postnatale, les facteurs qui présentent le plus haut coefficient de corrélation avec l'un ou l'autre d'entre eux ont été inclus dans une régression séquentielle de type «pas à pas» («stepwise»). Pour chacune des régressions l'anxiété au T1 a d'abord été introduite dans l'équation, puis, dans un deuxième temps, chacun des facteurs ainsi identifiés. Le tableau 5 présente les deux étapes de chacune des régressions ainsi que les différents coefficients pour chacune des équations.

Insérer environ ici le tableau 5

Contribution des facteurs à l'anxiété-état postnatale. La première étape de la régression destinée à déterminer la contribution des facteurs à l'*anxiété-état postnatale* montre que 5% des sentiments anxieux post-partum sont expliqués par l'*anxiété-état pré-partum* ($B = .27, p = .07, ns$), cette relation n'étant pas significative. Dans un deuxième temps, l'introduction de la *satisfaction envers le réseau social* ($B = -.37, p < .01$), la qualité de la *relation conjugale* ($B = -.36, p < .01$) et la sévérité des *événements de vie stressants* ($B = .27, p < .05$) démontre qu'elles sont significativement liées aux symptômes anxieux post-partum et qu'elles expliquent conjointement 37% de la variance observée. Ainsi, les facteurs psychosociaux expliquent de manière significative la présence de sentiments anxieux au T2 chez les femmes de notre échantillon. Tandis que le *réseau social* et la qualité de la *relation conjugale* diminuent les symptômes anxieux, la sévérité des *événements stressants* y contribue positivement.

Contribution des facteurs à l'anxiété-trait postnatale. Les analyses de régression ont permis d'obtenir un modèle composé des variables qui ont contribué à prédire le trait d'anxiété des femmes au T2. Le modèle obtenu révèle, tout d'abord, une très forte relation entre le trait anxieux au T1 et celui observé au T2 ($B = .62, p < .01, R^2 = 37\%$). Par la suite, le *nombre* de personnes constituant le *réseau social* ($B = -.27, p < .05$) et la *sévérité des événements de vie stressants* ($B = .23, p < .05$) montrent également un lien significatif avec le trait anxieux au T2. Ces trois facteurs combinés expliquent plus de 46% de l'anxiété-trait au T2.

Contribution des facteurs à l'anxiété spécifique postnatale. Finalement, en ce qui concerne l'anxiété spécifique, sa présence au T1 n'est que modérément liée ($B = .30, p < .05, R^2 = 7\%$) à sa mesure au T2. Dans un deuxième temps, l'introduction du *revenu familial* ($B = -.26, p < .05$), mais surtout l'*estime de soi relative au rôle de mère* ($B = .54, p < .01$) permettent d'expliquer près de 38% de sa présence au T2. Lors de cette seconde étape, la mesure au T1 ne contribue plus de façon significative, ce qui laisse supposer un effet de médiation de l'*estime de soi*.

Discussion

Le dépistage de l'anxiété maternelle périnatale : sa pertinence et ses modalités

L'anxiété durant la grossesse est un phénomène important. Selon les analyses descriptives réalisées, sa fréquence auprès des femmes de notre échantillon varie de 11 à 27 % selon le type d'anxiété mesuré. Le fort pourcentage d'anxiété éprouvée par les femmes de notre échantillon pendant leur grossesse confirme la nécessité de la **dépister de manière précoce et systématique**. Ces résultats appuient les recommandations des auteurs stipulant qu'il est important de dépister l'anxiété en période prénatale compte tenu de ses répercussions éventuelles sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, sur l'enfant et sur la relation mère-enfant (Feldman et al., 1999; O'Connor et al., 2003; Van den Bergh et al., 2005; Wadhwa et al., 1993).

Les analyses descriptives dénotent également la présence d'une anxiété spécifique à la maternité chez les femmes interrogées. Elles font état de la forte proportion de ce type d'anxiété autant avant l'accouchement que après, confirmant la pertinence de la **dépister par le biais d'une mesure spécifique**, conformément aux recommandations des études recensés dans le troisième axe de recherches (Huizink et al., 2004; Sjögren, 1997).

Les résultats obtenus aux échelles d'anxiété en période postnatale montrent que les symptômes touchent entre 15 et 25% des femmes de l'échantillon, selon le type d'anxiété mesuré. Ainsi, la présence d'anxiété détectée chez les mères aussi tardivement qu'au neuvième mois après l'accouchement témoigne de la pertinence de procéder à une **évaluation psychosociale prolongée**. Nos travaux confirment donc la pertinence de recourir à un dépistage de l'anxiété chez les femmes durant la période périnatale qui soit à la fois systématique, précoce, prolongé et plus spécifique. De la proportion considérable de cas cliniques d'anxiété au troisième trimestre post-partum, découle la nécessité d'investiguer les facteurs susceptibles de prédire son apparition afin d'être mieux équipés pour la prévenir.

Le questionnaire ALPHA : un corrélat robuste de l'anxiété maternelle prénatale mais un faible prédicteur de l'anxiété maternelle postnatale

Les résultats présentés au tableau 3 démontrent l'existence de fortes relations entre l'anxiété maternelle prénatale et les quatre catégories de facteurs psychosociaux anténataux, à savoir les facteurs familiaux, les facteurs maternels, les toxicomanies et la violence. Bien que la majorité de ces facteurs de risque détectés en pré-partum soit corrélée de manière significative à l'anxiété prénatale, la plupart des variables identifiées ne nous permettent pas de dépister en pré-partum la présence d'anxiété maternelle en post-partum. En effet, seul un de ces facteurs –et deux de ses sous-échelles- nous indiquent dès le pré-partum, quelles sont les femmes les plus susceptibles d'être anxieuses en post-partum. Le facteur maternel, et plus particulièrement la faible

estime de soi relative au rôle de mère ainsi que les difficultés émotives passées ou présentes, permettent de dépister, au deuxième trimestre de la grossesse, les femmes à risque d'être anxieuses au troisième trimestre post-partum. La première hypothèse selon laquelle les facteurs de risque psychosociaux anténataux sont corrélés à l'anxiété maternelle durant la grossesse et après l'accouchement n'est donc que partiellement vérifiée. Nous constatons, par conséquent, que le pouvoir de prédiction des variables prénatales pour expliquer la symptomatologie anxieuse postnatale est peu concluant. Par conséquent, l'*ALPHA* peut être considéré comme **un corrélat robuste de l'anxiété prénatale mais un faible prédicteur de l'anxiété postnatale**. De tels résultats démontrent la nécessité, sur le plan clinique, de raffiner les mesures préventives, non seulement pour les femmes considérées comme à risque, mais aussi pour celles qui ont des facteurs concomitants.

La pertinence des mesures répétées

La démonstration de l'existence d'un lien entre les facteurs psychosociaux présents en post-partum et l'existence d'une symptomatologie anxieuse à cette même période était au nombre des objectifs de la présente étude. Notre recherche permet d'affirmer que c'est en procédant à **des mesures répétées, en post-partum cette fois**, que l'on détecte la présence **d'importantes relations entre les facteurs psychosociaux et l'anxiété postnatale**, ce qui vérifie notre deuxième hypothèse. Les résultats du tableau 4 révèlent en effet qu'un pauvre réseau de support, une relation conjugale peu satisfaisante et l'expérience d'événements stressants, évalués en post-partum, sont associés au trait et à l'état anxieux. Il nous semble intéressant de rappeler que ces facteurs, mesurés au T1, n'étaient pas corrélés à l'anxiété maternelle au T2.

De telles observations confirment la nécessité de réévaluer périodiquement, en post-partum, la présence de facteurs de risque et la symptomatologie anxieuse chez les nouvelles mères et ce, jusqu'au troisième trimestre après la naissance de l'enfant. Cette

nécessité est conforme aux recommandations de Stuart et al. (1998) qui prônent un dépistage prolongé.

L'élaboration d'un modèle psychosocial explicatif de l'anxiété postnatale

Même si l'analyse initiale des données de notre échantillon ne permet de dépister l'anxiété postnatale qu'à partir d'un seul facteur de risque identifié en pré-partum, on ne peut en déduire pour autant que les autres facteurs psychosociaux ne jouent aucun rôle dans l'émergence de l'anxiété. En effet, les analyses de régression séquentielle de type « pas à pas » auxquelles nous avons procédé par la suite ont permis d'obtenir un modèle composé de facteurs qui contribuent de manière significative au niveau d'anxiété générale des femmes, neuf mois après l'accouchement. Notre étude met en valeur **le rôle déterminant des variables psychosociales dans l'émergence de l'anxiété**, ce qui appuie les études de Ross et al. (2004) et vérifie notre troisième hypothèse. Les résultats figurant au tableau 5 montrent effectivement que c'est surtout l'effet des facteurs psychosociaux, plutôt que l'anxiété-état en pré-partum, qui contribue de manière significative à la présence d'états anxieux au T2. L'anxiété-trait post-partum s'explique également par des variables psychosociales mais combinées cette fois à l'anxiété-trait pré-partum. Le modèle explicatif de l'anxiété postnatale proposé ici démontre le rôle contributif des variables psychosociales postnatales telles que le manque de soutien social, des difficultés conjugales et l'expérience récente d'événements stressants, à la présence d'anxiété générale en post-partum. Enfin, le revenu familial et l'estime de soi relative au rôle de mère au T1 sont les meilleurs prédicteurs de l'anxiété spécifique à la maternité au T2. Soulignons, en dernier lieu, l'effet médiateur de l'estime de soi dans la variance de l'anxiété spécifique postnatale. Ainsi, la confiance que la femme enceinte éprouve au deuxième trimestre de sa grossesse en ses capacités maternelles et à l'égard de son rôle de mère viendrait moduler le niveau d'anxiété spécifique qu'elle vit au troisième trimestre après l'accouchement.

La maternité ne peut être séparée de l'adaptation générale de la femme à ses conditions de vie et l'appui du conjoint s'avère particulièrement essentiel encore qu'il ne constitue pas toujours l'élément stable, rassurant, souhaité (Righetti-Veltema, 1986). La femme enceinte et la nouvelle mère sont également fragilisées par les événements stressants survenus pendant l'année de la grossesse. Dans ce contexte, le soutien par l'entourage revêt une importance capitale, surtout si l'on considère la première grossesse comme une période de crise ou comme une phase du développement féminin, au même titre que l'adolescence et la ménopause. Cette période de transition, fertile à bien des égards, serait propice aux remaniements des imagos parentales qui pourraient, eux aussi, donner lieu à une certaine détresse psychologique, d'où l'importance de s'y intéresser.

Les relations aux parents durant l'enfance, opérationnalisées par le questionnaire ALPHA au deuxième trimestre de grossesse, ne sont corrélées avec aucune mesure d'anxiété maternelle aux deux temps de l'étude. Pourtant, les expériences vécues durant l'enfance avec les parents seraient de nature à influencer les facultés d'adaptation de la jeune mère à la maternité (Lortie, 1996; Righetti-Veltema, 1986). Une identification problématique avec la mère pourrait entraîner une certaine anxiété au moment de devenir mère soi-même. Même s'il n'apparaît pas chez les femmes interrogées au deuxième trimestre de la grossesse, nous pourrions nous attendre à découvrir un lien entre l'anxiété et des relations infantiles négatives avec la mère. Nous sommes d'avis que l'ALPHA ne permet pas d'évaluer de manière suffisamment précise cette dimension puisqu'il a plutôt été conçu pour détecter de lourdes carences au niveau des relations filiales. Néanmoins, il demeure possible qu'il soit trop tôt dans le processus de maternité, à neuf mois post-partum, pour observer de tels liens qui deviendraient manifestes ultérieurement.

Conclusion

Les résultats de l'étude permettent de conclure de la pertinence du dépistage psychosocial anténatal auprès des femmes enceintes et du recours au questionnaire *ALPHA* pour y parvenir. Les femmes chez lesquelles des facteurs de risque psychosociaux sont identifiés par l'*ALPHA* devraient être considérées comme à risque de souffrir de problèmes d'anxiété.

Ces résultats militent également en faveur de chacune des modalités de dépistage suggérées par la mise en relation d'études récentes et de leurs recommandations. En d'autres mots, un programme d'évaluation de la détresse psychologique et sociale qui soit à la fois systématique, précoce, prolongé et spécifique est fortement préconisé.

L'étude répond aux objectifs qu'elle s'était donnée. En premier lieu, elle confirme que le questionnaire *ALPHA* d'évaluation de la santé psychosociale anténatale permet de dépister les femmes anxieuses durant la grossesse (objectif 1). En second lieu, son utilisation permet de prédire l'anxiété postnatale spécifique à la maternité mais non les types plus généraux d'anxiété (objectif 2). Le dépistage mis en place a mené à l'identification des femmes souffrant ou à risque de souffrir de problèmes d'anxiété durant la période périnatale. Il contribue donc à la prévention de la détresse psychologique et sociale en pré-partum et en post-partum.

Limites de l'étude

Signalons quelques limites de la méthodologie de notre étude. Outre la perte de sujets du temps 1 au temps 2, un échantillon au niveau socio-économique élevé peut-être non représentatif de la population plus générale de femmes enceintes et l'utilisation exclusive de questionnaires auto-évaluatifs, il convient de mentionner que les instruments d'évaluation employés pour cette étude permettent de mesurer les symptômes d'anxiété plutôt que de poser des diagnostics. Nous recommandons une

certaine prudence dans la généralisation des résultats puisque les conclusions tirées de la présente étude s'appliquent à une symptomatologie anxieuse et non à des diagnostics de troubles anxieux. De plus, notons l'absence d'information concernant les éventuelles consultations psychothérapeutiques ou autre type d'aide reçue par certaines femmes de notre échantillon durant leur grossesse qui auraient pu influencer leurs degrés d'anxiété.

Recommandations pour recherches futures

Nous pensons que des études de validation de la version francophone du questionnaire *ALPHA* devraient être envisagées afin de vérifier de manière empirique les diverses caractéristiques psychométriques de l'instrument. Il serait par ailleurs intéressant, dans le cadre de recherches futures, d'examiner de plus près les différents types d'anxiété – généraux et spécifique – et leur évolution au cours de la période périnatale. L'effet médiateur de l'estime de soi révélé par les analyses de régression mériterait d'être investigué davantage, lors de recherches ultérieures. Enfin, des mesures répétées et raffinées des relations filiales seraient utiles à une meilleure compréhension des liens existant entre l'anxiété périnatale et les relations aux parents.

Références

- Austin, M-P. (2003). Psychosocial assessment and the management of depression and anxiety in pregnancy: key aspects of antenatal care for general practice. *Australian Family Physician*, 32, 119-126.
- Austin, M-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1-6.
- Austin, M-P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81, 182-190.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l’Échelle d’ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 25-34.
- Beck, C. T. (1995). Screening methods for postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 24, 308-312.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Bell, L., & Lacombe, M. (2006). La dépression postnatale : un mal silencieux. *Perspective infirmière*, 3, 18-23.
- Berthiaume, M., David, H., Saucier, J. F., & Borgeat, F. (1998). Correlates of prepartum depressive symptomatology: A multivariate analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 45-56.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726-735.
- Brouwers, E. P. M., Van Baar, A. L., & Pop, V. J. M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 95-106.
- Carroll, J. C., Reid, A. J., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R. H., Wilson, L., Permaul, J. A., Pugh, P., Chalmers, B., Seddon, F., & Stewart, D. E. (2005). Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns : a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173, 253-259.

- Coplan, R. J., O'Neil, K., & Arbeau, K. A. (2005). Maternal anxiety during and after pregnancy and infant temperament at three months of age. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 19*(3), 199-215.
- Curry, M. A., Campbell, R. A., & Christian, M. (1994). Validity and reliability testing of the Prenatal Psychosocial Profile. *Research in Nursing & Health, 17*, 127-135.
- Davis, E. P., Snidman, N., Wadhwa, P. D., Glynn, L. M., Schetter, C. D., & Sandman, C. A. (2004). Prenatal maternal anxiety and depression predict negative behavioral reactivity in infancy. *Infancy, 6*, 319-331.
- De Man, A. F., Balkou, S., & Iglesias, R. (1986). Une version canadienne-française du questionnaire sur le support social. *Santé Mentale au Québec, 11*, 199-202.
- De Man, A. F., Balkou, S., & Iglesias, R. (1987). Une version canadienne française du sondage sur les expériences vécues. *Santé Mentale au Québec, 12*, 181-183.
- Del Carmen, R., Pedersen, F. A., Huffman, L. C., & Bryan, Y. E. (1993). Dyadic distress management predicts subsequent security of attachment. *Infant Behavior and Development, 16*, 131-147.
- Engle, P. L., Scrimshaw, S. C. M., Enid Zambrana, R., & Dunkel-Schetter, C. (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychology, 9*, 285-299.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 40* (6), 929-939.
- Forde, R., Malterud, K., & Bruusgard, D. (1992). Antenatal care in general practice. 1. A questionnaire as a clinical tool for collection of information on psychosocial conditions. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 10*, 266-271.
- Glover, V., O'Connor, T., Heron, J., & Golding, J. (2000). *Antenatal stress and anxiety: effects on the fetus and the child*. Paper presented at the Marce Society International Biennial Scientific Meeting, Manchester, UK.
- Gutteling, B. M., de Weerth, C., Willemsen-Swinkels, S. H. N., Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2005). The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. *European Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 41-51.

- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC study team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*, 65-73.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human development, 79*, 81-91.
- Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). Confirmation of an occluded anxiety component within the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during early pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*, 143-154.
- King, S., & Laplante, D. P. (2005). The effects of prenatal maternal stress on children's cognitive development : Project Ice Storm. *Stress: The International Journal on the Biology of Stress, 8*, 35-45.
- Landry, M. (1976). *L'adaptation française d'un questionnaire d'anxiété : Fidélité, validité et normalisation avec une population étudiante de niveau collégial*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Lortie, G. (1996). De quelques observations révélatrices de risques chez la femme enceinte. *P.R.I.S.M.E., 6*, 85-97.
- Lubin, B. H., Gardner, S. H., & Roth, A. R. (1975). Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine, 37*, 136-146.
- Mancuso, R. A., Dunkel-Schetter, C., Rini, C. M., Roesch, S. C., & Hobel, C. J. (2004). Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery. *Psychosomatic Medicine, 66*, 762-769.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders, 84*, 15-24.
- Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J. C., Reid, A. J., Wilson, L., Stewart, D., et al. (1996). *A reference guide for providers: the ALPHA form – Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*. 2nd ed. University of Toronto Press, Toronto, Ontario.
- Midmer, D., Carroll, J., Bryanton, J., & Stewart, D. (2002). From research to application: the development of an antenatal psychosocial health assessment tool. *Canadian Journal of Public Health, 93* (4), 291-296.

- Norwood, S. L. (1996). The Social Support APGAR: Instrument development and testing. *Research in Nursing & Health*, 19, 143-152.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Glover, V., & the ALSPAC Study Team (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioural/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1470-1477.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1025-1036.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression : a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Orr, S. T., James, S. A., & Casper, R. (1992). Psychosocial stressors and low birth weight: development of a questionnaire. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 13(5), 343-347.
- Reid, A. J., Biringer, A., Carroll, J. C., Midmer, D., Wilson, L., Chalmers, B., & Stewart, D. (1998). Using the ALPHA Form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Canadian Medical Association Journal*, 159(6), 677-684.
- Righetti-Veltema, M. (1986). Psychopathologie et maternité. *Annales médico-psychologiques*, 144, 987-1008.
- Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18(4), 333-345.
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S., & Delfosse, S. (soumis). *Adaptation à la maternité : Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété*. Manuscrit soumis pour publication.
- Robert, E., Reeves, N., Lavandier, K. A., Venne, M., Perreault, E., & David, H. (soumis). *Le questionnaire ALPHA : Implantation d'un outil de dépistage de la détresse psychologique et sociale chez les femmes enceintes*. Manuscrit soumis pour publication.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.

- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 457-466.
- Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 932-946.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Bashman, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 127-139.
- Sjogren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *18*, 266-272.
- Smolla, N. (1982). *Étude des facteurs psychologiques chez le couple lors de la naissance du premier enfant*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, *38*, 15-28.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (self-evaluation questionnaire)*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *Journal of Nervous Mental Disorders*, *186*, 420-424.
- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Encéphale*, *30*, 376-381.
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslow, M. J., & Rabinovich, B. A. (1988). Pregnancy subsequent to perinatal loss : Parental anxiety and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 289-292.

- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
- Van den Bergh, B. R. H., & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Development*, 75, 1085-1097.
- Van den Bergh, B. R. H., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29, 259-269.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169, 858-865.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 295-311.
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringer, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154(6), 785-799.
- Wroble Biglan, M. C. (2003). *Maternal stress during pregnancy: The relation between maternal stress, gestational complications, and neonatal health*. Thèse de doctorat inédite, University of Pittsburgh.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des sujets

Caractéristiques	Minimum Maximum Moyenne Écart-type			
Âge (années)	20	40	29	4.93
Âge gestationnel (semaines)	12	31	21	5.08
Nombre d'enfants	0	3	.53	.82
Durée de l'union (mois)	4	264	73	59.5

Tableau 2

Instruments de mesure

VARIABLES	TEMPS	
	Questionnaires Temps 1 Moy. = 21 ^e sem. gestation	Questionnaires Temps 2 Moy. = 9 ^e mois post-partum
ANXIÉTÉ		
Anxiété-état	S-STAI	S-STAI
Anxiété-trait	T-STAI	T-STAI
Anxiété spécifique maternité	POQ	POQ ajusté
Facteurs familiaux	Alpha f	
Manque de soutien social	Alpha f1	SSQ
Événements stressants	Alpha f2	LES
Rel. conjugale problématique	Alpha f3	DAS
Facteurs maternels	Alpha m	
Ambivalence p/r grossesse	Alpha m1	
Relations parentales difficiles	Alpha m2	-
Estime de soi p/r maternité	Alpha m3	
Troubles ψ passés et présents	Alpha m4	
Facteur toxicomanies	Alpha c	-
Facteur violence	Alpha v	-
Violence familiale à l'enfance	Alpha v1	
Violence conjugale	Alpha v2	
Violence envers les enfants	Alpha v3	

Tableau 3

Corrélations entre facteurs prénataux et anxiété pré-partum et post-partum

FACTEURS	TEMPS 1			TEMPS 2		
	S-STAI 1	T-STAI 1	POQ T1	S-STAI 2	T-STAI 2	POQ T2
Familiaux						
Soutien social	.3897**	.3272*	.2177	.1311	.1613	.1473
Év. stressants	.5848***	.4285***	.2889*	.1806	.2072	-.0159
Relat. conj.	.4445***	.2745*	.3326*	.1915	.2191	.0392
Alpha f	.6068***	.4557***	.3518**	.2115	.2496	.1031
Maternels						
Ambivalence	.2783*	.2352	.3926**	.2105	.2476	-.0811
Rel. parentales	.0000	.1395	-.1483	.1242	.1902	-.0726
Estime de soi	.2956*	.4365***	.4358***	.3787**	.3673**	.5970***
Troubles ψ	.4593***	.5165***	.2169	.2109	.3705**	.0890
Alpha m	.3437*	.4672***	.2468	.3321*	.4354***	.1292
Toxicomanies						
Consommation	.2918*	.2784*	.3223*	-.0629	.1222	.0128
Violence						
Familiale	.0606	.2117	-.0294	.1209	.2428	.0615
Conjugale	.5544***	.3387*	.3871**	.1750	.1374	.1839
Enfants	-.0144	.0043	.1407	-.2412	-.0902	-.1330
Alpha v	.3239*	.3270*	.2140	.1135	.2216	.1035

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tableau 4

Corrélations entre facteurs postnataux et anxiété post-partum

	Anxiété-état temps 2 (S-STAI 2)	Anxiété-trait temps 2 (T-STAI 2)	Anxiété spécifique temps 2 (POQ T2)
Soutien social (SSQ)			
Nombre de personnes	-.4216**	-.4047**	-.2984*
Satisfaction des sujets	-.4308***	-.2650	-.1507
Relation conjugale (DAS)	-.4771***	-.4025**	-.1584
Événements stressants (LES)	.3174*	.3887**	.1911

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tableau 5

Contribution des variables prédictives de l'anxiété maternelle postnatale

Anxiété-état au temps 2						
Variables	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté
Anxiété - état T1 (S-STAI 1)	0.27	0.07	0.05	0.03	0.82	
Soutien social – satisfaction (SSQS)				-0.37	0.01	
Relation conjugale (DAS)				-0.36	0.01	
Événements de vie stressants (LES)				0.27	0.04	0.37
Anxiété-trait au temps 2						
Variables	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté
Anxiété-trait T1 (T-STAI 1)	0.62	0.01	0.37	0.49	0.01	
Soutien social – nombre (SSQN)				-0.27	0.02	
Événements de vie stressants (LES)				0.23	0.05	0.46
Anxiété spécifique au temps 2						
Variables	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté
Anxiété spécifique T1 (POQ 1)	0.30	0.05	0.07	0.01	0.94	
Revenu familial (Q° SOCIODÉMO.)				-0.26	0.05	
Estime de soi p/r maternité (ALPHA M3)				0.54	0.01	0.38

Article III

Adaptation à la maternité : Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété

Adaptation à la maternité : Évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en
post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété

Emmanuelle Robert
Université de Montréal
Montréal, Québec, Canada

Hélène David
Université de Montréal
Montréal, Québec, Canada

Nicole Reeves
Centre Hospitalier de l'Université de Montréal
Montréal, Québec, Canada

Stéphanie Goron
Université Catholique de Louvain-la-Neuve
Louvain-la-Neuve, Belgique

Sabine Delfosse
Université Catholique de Louvain-la-Neuve
Louvain-la-Neuve, Belgique

Article à soumettre à la revue *Devenir*

Résumé

Cette étude s'intéresse à l'évolution de l'anxiété maternelle en période périnatale ainsi qu'au dépistage de ses différentes formes. Les objectifs de la recherche se situent à deux niveaux, un premier visant à vérifier si la mesure de l'anxiété spécifique à la maternité s'avère pertinente et un second cherchant plutôt à déterminer la contribution de l'anxiété prénatale à la variance de l'anxiété postnatale. L'étude se penche également sur les difficultés psychosociales qui contribuent à son émergence.

Quatre-vingt trois (N = 83) femmes enceintes ont complété, vers la 21^e semaine de gestation (T1) puis vers le neuvième mois après l'accouchement (T2), les questionnaires d'anxiété (STAI) et d'anxiété spécifique à la maternité (POQ). Simultanément, certaines variables psychosociales ont été mesurées. Malgré une apparente stabilité de l'anxiété en période périnatale, une faible proportion de femmes anxieuses en pré-partum le demeure en post-partum, suggérant une certaine discontinuité dans l'évolution de l'anxiété maternelle. Des analyses de régression indiquent que l'état anxieux prénatal n'est pas un bon prédicteur de l'anxiété postnatale. Par contre, elles démontrent que l'anxiété-trait pré-partum contribue significativement à la présence d'anxiété-trait post-partum. L'introduction des variables psychosociales contribue également, à des degrés divers, à l'explication de la variance des différents types d'anxiété postnatale.

La discontinuité de l'anxiété en pré- et en post-partum est soulignée et les résultats divergents obtenus selon l'instrument de mesure utilisé sont discutés. Enfin, des recommandations sont formulées à l'égard de la pertinence de procéder à une évaluation prolongée des symptômes anxieux qui soit spécifique aux différents types d'anxiété.

Mots clés : Grossesse, maternité, anxiété, anxiété spécifique, étude longitudinale.

Abstract

This study investigates the evolution of maternal anxiety during the perinatal stage and attempts to distinguish its different components. The objective of this research is twofold. In a first instance, the measure of maternity-specific anxiety is verified for pertinence. Secondly, we examine the effect of prenatal anxiety on the variance of postnatal anxiety.

Around the 21st week after conception (T1) and nine months after parturition (T2), eighty-three (N = 83) women completed the State-Trait Anxiety Inventory (*STAI*) and the Pregnancy Outcome Questionnaire (*POQ*) on pregnancy- and maternity-specific anxiety. Simultaneously, certain psychosocial variables were measured. Despite an apparent stable trend in anxiety during the perinatal period, a small proportion of women who were anxious in the pre-partum period also showed high levels of anxiety in post-partum. These findings suggest a certain discontinuity in the evolution of maternal anxiety. Furthermore, regression analyses indicate that prenatal anxiety is not a good predictor of postnatal anxiety. However, they also show that pre-partum trait anxiety contributed significantly to the presence of post-partum trait anxiety. Additionally, the introduction of psychosocial variables affected, to a different extent, the variance of different types of postnatal anxiety.

This discontinuity in pre- and post-partum anxiety is outlined and the divergent findings according to our measuring instruments are also discussed. Finally, recommendations are formulated and acknowledge the need to proceed with a longitudinal evaluation of anxious symptoms specific to various types of anxiety.

Key Words: Pregnancy, maternity, anxiety, specific anxiety, longitudinal study.

De toutes les recherches consacrées à la périnatalité, nombreuses sont celles qui, par le passé, se sont attachées à l'étude de l'adaptation des femmes à la maternité. La recension de ces écrits permet notamment d'observer l'intérêt qu'ont porté les chercheurs à la dépression post-partum (Beck, 2001; Bernazzani, Saucier, David, & Borgeat, 1997; Bonari et al., 2004; Lussier, David, Saucier, & Borgeat, 1994; McMahon, Barnett, Kowalenko, & Tennant, 2005; O'Hara, & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). Plus récemment, deux tendances semblent se dégager de la recherche dans ce domaine: la première est celle caractérisée par la manifestation d'un intérêt grandissant des chercheurs pour l'anxiété maternelle. La plus grande attention portée à la période du pré-partum témoigne, quant à elle, de l'émergence d'une seconde tendance en périnatalité (Austin, 2004). L'analyse des travaux s'inscrivant dans la lignée de l'une ou l'autre de ces tendances a permis de dégager divers constats. L'identification des chevauchements existants entre la dépression et l'anxiété, la reconnaissance de l'existence d'une anxiété spécifique à la grossesse et à la maternité et enfin la mise en évidence d'une certaine confusion par rapport à l'évolution de l'anxiété au cours de la période périnatale en sont les principaux.

Dépression anxieuse ou anxiété dépressive?

Au cours des années 2000, d'importants travaux épidémiologiques se sont consacrés à la co-morbidité anxieuse et dépressive chez de nombreuses femmes ainsi qu'à l'observation du chevauchement dans les mesures de la dépression et celles de l'anxiété maternelles. Plusieurs d'entre eux ont montré quelle était l'importance de la symptomatologie anxieuse dans l'évaluation de la dépression durant la période périnatale (Ross, Sellers, Gilbert Evans, & Romach, 2004; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005). À l'échelle de dépression postnatale d'Edinburgh (ou *EPDS*), des analyses statistiques ont permis d'établir que le facteur anxiété comptait pour 28% de la variance de la dépression (Jomeen, & Martin, 2005; Teissedre, & Chabrol, 2004). Il ressort également de ces différents travaux que l'anxiété prénatale joue un rôle majeur en tant que prédicteur de la dépression post-partum (Heron et al., 2004; Robertson et al.,

2004; Sutter-Dallay, Giaccone-Marcesche, Glatigny-Dallay, & Verdoux, 2004). Tous ces travaux reflètent le souci de mieux différencier les symptômes d'anxiété de ceux de la dépression afin de mieux cerner la nature de la détresse que vivent les femmes à l'arrivée d'un nouveau bébé. De l'analyse des écrits se dégage donc un premier constat qui est l'identification de la confusion et du chevauchement dans les mesures de dépression et d'anxiété maternelles. Ce constat implique de considérer l'anxiété comme une dimension distincte de la dépression et de spécifier ses mesures.

Existence d'une anxiété spécifique à la grossesse et à la maternité

D'autres travaux ont élargi l'objet de leur recherche en se consacrant, non plus seulement aux symptômes de l'anxiété générale des femmes enceintes, mais également à ses manifestations spécifiques lors de la grossesse. Certains auteurs soulignent l'importance de clarifier la nature et l'objet de l'anxiété plutôt que d'utiliser des mesures générales pour en évaluer le niveau (Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser, & Buitelaar, 2004). Ils estiment que le sentiment d'anxiété mis en évidence par le *STAI*¹ est de conception par trop générale alors que ce sentiment revêt une dimension particulière lors de la grossesse, une dimension spécifique centrée sur le déroulement de la grossesse lui-même. Sjögren (1997) suggère à cet égard l'existence d'une anxiété particulière à la grossesse et à son déroulement. Les résultats des recherches entreprises par Standley et ses collaborateurs démontrent en effet la présence de sentiments d'anxiété spécifiques à la grossesse durant le dernier mois de gestation chez des femmes enceintes nullipares (Standley, Soule, & Copans, 1979). Ces sentiments peuvent être regroupés en deux dimensions selon qu'ils résultent d'une anxiété relative à la grossesse et à l'accouchement ou de celle propre au rôle de futur parent. L'équipe de Theut (1988) a, pour sa part, développé une mesure d'anxiété propre à la grossesse et à la maternité, le *Pregnancy Outcome Questionnaire*. Cet instrument permet, tout d'abord, de distinguer l'anxiété de la dépression, puisqu'il n'est pas corrélé à l'*Inventaire de*

¹ State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

dépression de Beck², tel que le démontre l'étude effectuée auprès d'une population de femmes enceintes (Theut, Pedersen, Zaslow, & Rabinovich, 1988). Il a, ensuite, la particularité de préciser la nature de l'anxiété maternelle en procédant à une évaluation plus spécifique. Compte tenu du chevauchement observé dans les mesures et les symptômes d'anxiété et de dépression, ces deux propriétés nous paraissent essentielles, c'est pourquoi ce questionnaire a été retenu pour l'étude présentée ici.

En outre, les travaux de Wadhwa et ses collaborateurs précisent, quant à eux, la part qui revient à l'anxiété spécifique plutôt qu'à l'anxiété générale dans les prédictions relatives à l'issue d'une grossesse (Wadhwa, Sandman, Porto, Dunkel-Schetter, & Garite, 1993). L'anxiété spécifique aurait d'ailleurs une plus grande valeur prédictive de troubles du comportement et de retards au niveau du développement chez les enfants dans la première année de vie que l'anxiété générale (Huizink, Robles de Medina, Mulder, Visser, & Buitelaar, 2002; 2003). Huizink et ses collègues (2004) recommandent de considérer l'anxiété spécifique à la grossesse comme une entité distincte de l'anxiété générale et d'examiner sa valeur prédictive de l'anxiété maternelle postnatale. À la lumière de la recension des écrits, nous sommes en mesure de constater le peu d'études qui font la distinction entre les différents types d'anxiété, telle que celle entre l'anxiété-état et l'anxiété-trait. De plus, nombreuses sont celles qui ne considèrent qu'une seule dimension de l'anxiété dans leurs analyses (Engle, Scrimshaw, Enid Zambrana, & Dunkel-Schetter, 1990; Glazier, Elgar, Goel, & Holzapfel, 2004). La nécessité d'en distinguer les différentes formes et de recourir à des mesures plus précises afin de clarifier la nature de l'anxiété constitue donc notre deuxième constat.

L'évolution de l'anxiété du pré-partum au post-partum

Les travaux consacrés à l'évolution de l'anxiété au cours de la période périnatale permettent de constater un certain nombre de contradictions dans les études longitudinales de l'anxiété maternelle. Nous rapportons ici les résultats de trois études

² Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Moch, & Erlbauch, 1961).

importantes. L'étude de Engle et al. (1990) observe une moindre prévalence de l'anxiété postnatale comparée à l'anxiété prénatale mais elle ne s'applique qu'à l'anxiété vécue immédiatement après l'accouchement. Heron et al. (2004) mesurent l'anxiété à quatre reprises, deux fois en pré-partum et deux fois en post-partum soit sur une période d'environ douze mois encadrant la grossesse. Leurs résultats font état de la persistance de l'anxiété tout au long de la période étudiée, mais ils montrent également que cette persistance s'accompagne d'une diminution d'intensité de l'anxiété de la période prénatale à la période postnatale. L'étude de Stuart et ses collaborateurs suggère au contraire que les symptômes d'anxiété augmentent au cours de la période postnatale (Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998). Ces auteurs constatent même qu'un nombre significatif de nouveaux cas d'anxiété se développe tardivement, entre le troisième et le septième mois du post-partum. Il en serait ainsi pour dix pour cent des femmes de leur échantillon, d'où l'importance, selon eux, d'évaluer les symptômes d'anxiété jusqu'au septième ou huitième mois post-partum. Nous constatons, en troisième et dernier lieu, que les résultats des études consacrées au devenir de l'anxiété prénatale divergent selon leurs auteurs et suggèrent de prolonger son évaluation jusqu'au troisième trimestre du post-partum.

En résumé, il découle de ces constats diverses implications conceptuelles et méthodologiques. Le chevauchement dans les symptômes et mesures d'anxiété et de dépression implique la nécessité de distinguer les différents types d'anxiété et le choix de mesures appropriées, suffisamment spécifiques. De plus, l'obtention de résultats contradictoires et la confusion relatives à l'évolution de l'anxiété donnent à penser qu'il serait pertinent de concevoir des études longitudinales à plus long terme. C'est ce que nous avons fait.

Objectifs de recherche et hypothèses

Objectifs de recherche

Dans cette étude longitudinale, nous nous proposons de mettre en lumière différents types d'anxiété maternelle, leur évolution durant la période périnatale ainsi que les facteurs qui contribuent à leur émergence. Les objectifs de la recherche sont, en premier temps, d'examiner l'évolution de l'anxiété d'un groupe de femmes au deuxième trimestre de leur grossesse puis au troisième trimestre post-partum. Simultanément, certaines variables psychosociales sont mesurées et leur relation à l'anxiété est investiguée. En un deuxième temps, nous cherchons à vérifier la valeur prédictive des différentes formes d'anxiété identifiées en pré-partum sur l'anxiété en période postnatale.

Hypothèses

1. Les femmes anxieuses durant leur grossesse (temps 1 ou T1) seront toujours anxieuses plusieurs mois après l'accouchement (temps 2 ou T2);
2. L'anxiété maternelle prénatale expliquera de manière significative la variance de l'anxiété maternelle postnatale.

Méthode

Participant

Ont participé à cette étude quatre-vingt trois femmes (N = 83) recrutées lors du deuxième trimestre de leur grossesse au Centre des naissances de l'Hôpital Saint-Luc du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et à la Clinique des gynécologues associés. Un effort particulier a été fait pour prévenir le biais résultant

d'une augmentation dite "normale" de l'anxiété aux premier et dernier trimestres de gestation, tel que souligné par plusieurs auteurs (Lubin, Gardner, & Roth, 1975; Smolla, 1982), en choisissant la période du deuxième trimestre de grossesse. Les femmes maîtrisant peu la langue française ainsi que celles suivies pour une grossesse à risque ou pour des troubles psychiatriques sévères ou chroniques n'ont pas été retenues.

Données descriptives de l'échantillon

Au moment du recrutement initial, les femmes sont enceintes entre 12 et 31 semaines de gestation avec une moyenne de 21 semaines (écart-type = 5.08), tel que l'indique le tableau 1. Ces femmes, toutes francophones, sont âgées entre 20 et 40 ans, ont une moyenne d'âge de 29 ans, sont majoritairement primipares (64%) et ont atteint un niveau de scolarité universitaire (60%). Elles sont pour la plupart mariées ou en union de fait (80%), en moyenne depuis 6 ans (écart-type = 4.96). La majorité de l'échantillon est de culture québécoise (82%) et composé d'employées ou de cadres dont le revenu familial moyen est de 50 000 dollars.

Insérer environ ici le tableau 1

Instruments de mesure

Trois ensembles de mesures, dont la liste figure au tableau 2, ont été pris au cours de cette recherche. Le premier est constitué des données sociodémographiques ainsi que des informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement répertoriées auprès des sujets consentants à partir de brèves questions. Le deuxième ensemble de mesures comprend trois échelles d'anxiété, alors que le troisième et dernier ensemble s'intéresse aux variables psychosociales par le biais de quatre questionnaires auto-administrés. Ces instruments ont tous été retenus en raison de leurs excellentes qualités psychométriques et de leur fréquence d'utilisation.

Mesures d'anxiété. L'anxiété maternelle prénatale et postnatale a été évaluée selon la version française (Landry, 1976) du **State-Trait Anxiety Inventory** (Spielberger et al., 1970) ou *STAI*. Ce questionnaire est destiné à évaluer deux types d'anxiété, l'anxiété-état qui porte sur l'état émotionnel au moment précis de l'évaluation et l'anxiété-trait qui représente une disposition personnelle générale. La version française (Landry, 1976), sous le nom de questionnaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (*ASTA*), jouit de qualités psychométriques fort satisfaisantes.

De plus, le **Pregnancy Outcome Questionnaire (POQ)** élaboré par Theut et al. (1988) a été utilisé afin d'évaluer l'anxiété spécifique à la maternité. Cet instrument spécialisé évalue certaines composantes particulières de l'anxiété maternelle: les peurs et les inquiétudes par rapport aux problèmes éventuels relatifs à la grossesse, les préoccupations par rapport à l'accouchement et celles relatives à la santé de l'enfant, les craintes quant à la capacité de mener la grossesse à terme et de prendre soin de l'enfant. L'étude réalisée par Theut et al. (1988) auprès d'un groupe de femmes enceintes indique la consistance interne satisfaisante du *POQ*, avec un coefficient alpha de 0.80, et montre que cet instrument n'est pas corrélé à l'*Inventaire de dépression* de Beck (Beck et al., 1961). La version originale a été traduite en langue française par la première auteure selon la méthode de la double traduction (Vallerand, 1989). Les questions relatives à la grossesse et à l'accouchement ont été supprimées lors de la deuxième passation.

Mesures de variables psychosociales. Le questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale prénatale intitulé **Antenatal Psychosocial Health Assessment Form** (Midmer et al., 1996) ou *ALPHA* destiné à évaluer les facteurs de risque psychosociaux a été utilisé pour évaluer, en pré-partum, le soutien social, les événements stressants, la relation conjugale, l'estime de soi relative au rôle de mère³ et les troubles émotifs passés et présents. Puisqu'à notre connaissance, aucune version française de l'instrument n'était disponible au moment d'entamer la collecte de données, la version

³ Ce sous-facteur est également qualifié d'inquiétudes par rapport à ses capacités maternelles.

originale a été traduite en langue française par un membre de l'équipe de recherche⁴. Des études de validation visant la vérification des propriétés psychométriques de la version originale anglophone de l'*ALPHA* sont en cours (Carroll et al., 2005) mais plusieurs études ont démontré la validité d'apparence de l'*ALPHA* (Carroll et al., 2005; Midmer et al., 1996; Midmer, Carroll, Bryanton, & Stewart, 2002; Reid et al., 1998).

Insérer environ ici le tableau 2

Trois questionnaires ont été ajoutés afin de mesurer les variables psychosociales en post-partum. La version francophone du **Social Support Questionnaire (SSQ)** de Sarason, Levine, Bashman, et Sarason (1983) a permis d'évaluer la qualité des relations sociales entretenues par le sujet ainsi que son degré de satisfaction à l'égard du soutien reçu de son entourage (De Man, Balkou, & Iglesias, 1986). Les versions originale et francophone du *SSQ* font preuve d'une bonne fidélité test-retest (les coefficients de corrélation variant entre 0.83 et 0.90) et d'une consistance interne élevée (les coefficients alpha variant entre 0.94 et 0.97) (Sarason et al., 1983; De Man et al., 1986).

L'échelle d'ajustement dyadique de Baillargeon, Dubois, et Marineau (1986) est la version canadienne française du **Dyadic Adjustment Scale (DAS)** de Spanier (1976), un instrument fidèle et valide de 32 questions, utilisé pour mesurer la satisfaction conjugale du sujet. La fidélité s'avère très satisfaisante avec un coefficient alpha qui varie entre 0.86 et 0.95.

Enfin, le **Life Experiences Survey** ou *LES* (Sarason, Johnson, & Siegel, 1978) a été employé afin d'identifier l'impact d'événements survenus dans la vie des sujets au cours de la dernière année, permettant d'obtenir un score de stress positif et un score de stress négatif. La version originale démontre de bonnes propriétés psychométriques; sa

⁴ Il s'agit de la troisième auteure, Nicole Reeves, psychologue.

validité a été confirmée par la comparaison avec d'autres échelles de stress et sa fidélité test-retest est évaluée à 0.64 (Sarason et al., 1978).

Déroulement

Cinquante-trois (N = 53) participantes ont accepté d'être interrogées à deux reprises : une première fois durant le deuxième trimestre de leur grossesse et une deuxième fois au neuvième mois (écart-type = 1.79) post-partum. La plupart des bébés sont nés à terme, sans complication lors de l'accouchement et en bonne santé à la naissance. Au T2 de l'expérimentation, l'âge moyen des bébés est de neuf mois.

Résultats

Attrition de l'échantillon

De l'échantillon initial (83 patientes) recruté au cours de la période de janvier à juin 2003, 53 des sujets ont participé aux deux temps de l'étude, soit au deuxième trimestre de grossesse et au troisième trimestre post-partum. Bien qu'importante, cette attrition ne prête pas à conséquence. En effet, une série de comparaisons entre les 53 participantes de l'étude et les 30 patientes n'ayant complété que les questionnaires du T1, ne montre aucune différence significative, ni entre les caractéristiques sociodémographiques qui leur sont propres, ni entre les niveaux d'anxiété de ces deux groupes.

Évolution et fréquence de l'anxiété en pré-partum et en post-partum

La lecture du tableau 3 permet de constater qu'une femme sur six présente un état d'anxiété (*S-STAI*) clinique⁵ au deuxième trimestre de la grossesse. Les résultats obtenus au T1 de l'expérimentation montrent en effet que 15.1% des sujets sont

⁵ Selon les normes de la version francophone du *STAI* (Landry, 1976).

cliniquement anxieuses. Au T2, soit environ 9 mois après l'accouchement, une proportion de 18.9% des participantes est identifiée comme anxieuse.

Insérer environ ici le tableau 3

En ce qui concerne l'anxiété-trait (*T-STAI*), on observe que seulement 11.3% des sujets, soit une femme sur neuf, sont identifiées comme cliniquement anxieuses au T1 alors que 15.1% présentent un trait d'anxiété clinique au T2. Cette augmentation n'est cependant pas significative, ni pour l'anxiété-état, ni pour l'anxiété-trait. De plus, la différence entre la proportion des sujets ayant obtenu un score clinique avec le *POQ*⁶ au T1, soit 26.9%, et celle observée au T2, soit 25%, n'est pas significative. L'anxiété liée spécifiquement à la maternité apparaît comme étant, d'une part, plus fréquente que l'anxiété-état et que l'anxiété-trait. D'autre part, sa fréquence paraît stable du deuxième trimestre de grossesse au troisième trimestre post-partum.

Malgré cette apparente stabilité dans l'évolution de l'anxiété, on note une tendance selon laquelle les femmes anxieuses au T2 ne seraient pas nécessairement les mêmes que celles qui l'étaient au T1. On remarque en effet que seulement 25% des femmes anxieuses au T1 le sont toujours au T2, selon le *S-STAI*. De même, seulement 28% des participantes anxieuses selon le *POQ* en pré-partum le sont également en post-partum. Des tests phi, permettant d'obtenir des corrélations entre des variables catégorielles, ont été réalisés afin d'étudier la variation dans les proportions d'anxiété aux deux temps de mesure (tableau 4). L'absence de corrélation significative entre les mesures d'anxiété au T1 et celles au T2 pour l'anxiété-état ($\phi = .07, p = .64$) comme pour l'anxiété spécifique ($\phi = .05, p = .72$) montre qu'il n'y a pas de lien entre les deux temps de mesures. Ces résultats laissent présager que le niveau d'anxiété d'une femme

⁶ Étant donné l'absence de normes pour la version francophone du *POQ*, nous avons opté pour un point de coupure correspondant à un score supérieur au 75^e percentile. Cet indice corrèle fortement avec l'anxiété-état mais peu avec l'anxiété-trait, telles que mesurées par le *STAI*.

au T1 n'assure en rien celui qu'elle présentera au T2. Le trait anxieux apparaît en revanche comme étant beaucoup plus stable puisqu'une proportion de 66% des sujets considérées anxieuses au T1 le demeure au T2. Les analyses corrélationnelles ne révèlent en effet qu'une corrélation significative entre l'anxiété au T1 et celle au T2, celle relative à l'anxiété-trait ($\phi = .51, p < .001$).

Insérer environ ici le tableau 4

Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété postnatale

Des analyses de régression séquentielle de type « pas à pas » (« stepwise ») ont été réalisées afin de déterminer la valeur prédictive des différentes formes d'anxiété identifiées en pré-partum sur l'anxiété en période postnatale. Pour chacune des régressions, l'anxiété au T1 a d'abord été introduite dans l'équation. Bien qu'ils ne soient pas le principal objet d'analyses, certains facteurs sociodémographiques et psychosociaux (les plus significativement corrélés à l'anxiété⁷) ont été inclus à l'équation de manière complémentaire. Le tableau 5 présente les résultats obtenus à ces analyses.

Insérer environ ici le tableau 5

Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété-état postnatale. L'analyse de régression montre en premier lieu que seulement 5% des sentiments anxieux post-partum sont expliqués par l'anxiété-état pré-partum ($B = .27, p = .07, ns$), cette relation n'étant pas significative. Étant donné la faible proportion de la variance de l'anxiété au T2

expliquée par l'anxiété au T1, l'introduction de facteurs psychosociaux (soutien social, relation conjugale et événements de vie stressants) s'est avérée nécessaire et a permis, quant à elle, d'expliquer 37% de la variance observée.

Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété-trait postnatale. L'analyse de régression séquentielle de type « pas à pas » destinée à déterminer la contribution des variables à l'anxiété-trait postnatale montre une très forte relation entre le trait anxieux au T1 et celui observé au T2 ($B = .62, p < .01$). À elle seule, cette association explique plus de 37% de la variance observée; l'explication de la variance s'élève à 46% lorsqu'on ajoute la contribution des facteurs psychosociaux.

Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété spécifique postnatale. L'analyse de régression a permis d'obtenir un modèle composé des variables qui ont contribué à prédire l'anxiété spécifique à la maternité au T2. Le modèle obtenu révèle, tout d'abord, que la présence, au T1, d'anxiété spécifique n'est que modérément liée ($B = .30, p < .05, R^2 = 7\%$) à sa mesure au T2. Par la suite, l'introduction de facteurs sociodémographiques (revenu familial) et psychosociaux (estime de soi relative à la maternité) permet d'expliquer près de 38% de la présence d'anxiété postnatale. Lors de cet ajout, la mesure d'anxiété au T1 ne contribue plus de façon significative à l'explication de la variance de l'anxiété au T2.

Discussion

Les analyses auxquelles nous nous sommes livrés permettent de dégager trois grands types de constats ayant respectivement trait à la prévalence de l'anxiété, à son évolution et enfin, à ses différentes formes.

⁷ Tel que le révèlent les analyses corrélationnelles entre les facteurs psychosociaux et l'anxiété maternelle présentées dans un autre article (Robert, David, Reeves, Goron, & Delfosse, soumis (a) pour publication).

La fréquence de l'anxiété durant la période périnatale

Il est essentiel de connaître l'ampleur du phénomène de l'anxiété maternelle prénatale compte tenu de ses éventuelles répercussions sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, sur l'enfant, sa mère et sur la relation mère-enfant (Feldman, Weller, Leckman, Kuint, & Eidelman, 1999; O'Connor, Heron, Golding, Glover, & the ALSPAC Study Team, 2003; Van den Bergh et al., 2005; Wadhwa et al., 1993). Nos travaux permettent de constater que l'anxiété durant la grossesse touche un nombre important de femmes. Selon les résultats des analyses descriptives qui figurent au tableau 3, sa fréquence chez les femmes de notre échantillon varie de 11 à 27% selon le type d'anxiété mesuré. Les analyses descriptives dénotent également la présence importante d'anxiété spécifique à la maternité chez les femmes interrogées puisque environ un quart d'entre elles en sont touchées. Enfin, en période postnatale, les résultats obtenus aux échelles d'anxiété montrent que les symptômes touchent entre 15 et 25% des femmes de l'échantillon, selon le type d'anxiété mesuré.

On peut présumer que ces taux déjà relativement élevés ont tendance à sous-estimer la réalité, les sujets faisant l'objet d'un suivi médical au titre d'une grossesse à risque élevé, ou affectés d'un trouble psychiatrique sévère et/ou persistant, ayant été exclus de l'échantillon. Ajoutons, par surcroît, que la fréquence mesurée correspond à l'anxiété vécue lors du deuxième trimestre de gestation, un trimestre qui, de ce point de vue, est généralement considéré comme un trimestre calme. Nos résultats, sous-estimant probablement l'ampleur réelle de la présence d'anxiété périnatale, appuient nos recommandations formulées ailleurs (Robert, David, Reeves, Goron, & Delfosse, soumis (a) pour publication) voulant qu'un dépistage précoce, systématique, spécifique et prolongé de l'anxiété s'avère des plus pertinent.

Évolution discontinue de l'anxiété en pré-partum et en post-partum

Les travaux de recherche consacrés à l'anxiété maternelle ne sont pas unanimes quand il s'agit de traiter de son évolution au cours de la période périnatale. La recension des écrits nous a montré, en effet, un certain nombre de contradictions dans les conclusions des analyses de l'évolution de la symptomatologie anxieuse en périodes prénatale et postnatale (Engle et al., 1990; Stuart et al., 1998). Les résultats auxquels nous sommes parvenus font état, quant à eux, d'une légère augmentation, quoique non significative, des cas cliniques d'anxiété maternelle en post-partum par rapport à ceux identifiés en pré-partum. Les observations que nous avons réalisées dans le cadre de cette étude laissent supposer que la symptomatologie anxieuse est relativement stable durant cette période, conformément aux résultats de Heron et al. (2004). Pourtant, l'apparition de nouveaux cas cliniques et la disparition de certains d'entre eux en post-partum suggèrent qu'il pourrait en être autrement. L'analyse des données de notre étude révèle en effet qu'une majorité – environ les trois quarts - des femmes anxieuses en pré-partum ne le seraient plus en post-partum et inversement. Notre première hypothèse selon laquelle les femmes anxieuses en pré-partum le demeurent en post-partum n'est donc pas vérifiée, même si le pourcentage de cas cliniques est relativement stable d'une période à l'autre.

Ainsi, bien que les résultats fassent état d'une apparente stabilité de l'anxiété en période périnatale, la tendance observée selon laquelle seulement une faible proportion – environ un quart - de femmes anxieuses en pré-partum le demeurent en post-partum suggère une certaine **discontinuité dans l'évolution de l'anxiété maternelle**, ce qui constitue **notre premier constat**. Il en serait ainsi pour les cas d'anxiété détectés par le biais du *S-STAI* et du *POQ*, mais non pour le trait anxieux, tel que l'indiquent les résultats des analyses figurant au tableau 4. Bien qu'elle demande à être vérifiée par des recherches ultérieures pour pouvoir être jugée suffisamment robuste, la tendance ainsi observée suggère que la trajectoire suivie par l'évolution de l'anxiété au cours de la

période périnatale pourrait être toute autre que linéaire. Nous proposons trois raisons susceptibles d'expliquer pourquoi il pourrait en être ainsi.

L'évolution du nombre de cas cliniques d'une période à l'autre pourrait découler d'une diminution symptomatique en post-partum chez certaines femmes anxieuses en pré-partum. Selon les concepteurs de l'*ALPHA*, ces femmes apprécieraient l'intérêt que leur témoigne l'équipe soignante par le biais de l'administration du questionnaire de dépistage (Midmer, Bryanton, & Brown, 2004; Reid et al., 1998). Il est par conséquent légitime de se demander si le fait d'avoir nous même utilisé ce questionnaire n'aurait pas contribué à infléchir les symptômes anxieux chez une partie des femmes de notre échantillon. De plus, dans certains cas, le dépistage a mené à des interventions psychosociales (Robert et al., article (b) soumis) qui ont pu, elles aussi, contribuer à l'amélioration de l'état psychologique des participantes.

Il convient de noter, en second lieu, que certaines de ces femmes ont développé un état d'anxiété tardif durant le post-partum. Il n'est pas impossible que cet état soit le fruit d'une prédisposition de leur entourage à négliger, après la grossesse, leur détresse psychologique au profit d'une attention dirigée surtout vers le bébé. À cet égard, la tendance de ces dernières années à la magnification du bébé tend à faire oublier le processus de la grossesse et le vécu des femmes qui la traversent (Stewart, & Robinson, 1993). Nous constatons d'ailleurs que les recherches récentes se consacrent davantage à l'étude des répercussions de l'anxiété maternelle sur l'enfant, plutôt que sur la mère elle-même.

Il faut souligner, en troisième et dernier lieu, le manque de discrimination au niveau des types d'anxiété, susceptible d'être à l'origine de cette discontinuité. Il n'est pas exclu que les instruments de mesure utilisés s'avèrent incapables de distinguer entre divers troubles anxieux dont les fluctuations diffèrent de la période prénatale à la période postnatale. Northcott et Stein (1994) constatent, à cet égard, une accalmie du trouble panique chez certaines femmes pendant leur grossesse alors que durant la

période postnatale, la majorité d'entre elles (65%) éprouvent une recrudescence de ce type de symptômes. Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) suivrait, quant à lui, une évolution inverse. L'apparition de nouveaux cas d'anxiété en post-partum au sein de notre échantillon pourrait s'expliquer de cette manière. Si tel était le cas, nous aurions alors mesuré des pathologies distinctes en pré-partum et en post-partum. Il est tout à fait clair que cette hypothèse implique qu'il faille procéder à un dépistage, plus spécifique cette fois, aux différents diagnostics psychiatriques de troubles anxieux.

À l'instar des recommandations de Stuart et al. (1998) qui prônent une évaluation plus tardive de l'anxiété maternelle, nos observations relatives à la discontinuité de l'anxiété maternelle en période périnatale confirment, elles aussi, la nécessité de réévaluer, en post-partum, la symptomatologie anxieuse des nouvelles mères et ce, jusqu'au troisième trimestre après la naissance de l'enfant. De telles recommandations appuient celles que nous avons formulées ailleurs, soulignant la pertinence d'opter pour des mesures répétées (Robert et al, article (a) soumis).

Différentes formes d'anxiété

De trop nombreux travaux de recherche ne se préoccupent que de mesurer l'anxiété-état alors qu'il importe, ainsi que nous nous y sommes employés, de différencier cette dernière de l'anxiété-trait. Les analyses de régression figurant au tableau 5 montrent que la présence d'anxiété-trait au T1 permet de prédire sa présence au T2 alors qu'il n'en est pas ainsi pour l'état anxieux. En effet, l'anxiété-état en pré-partum n'explique pas de manière significative la variance de l'anxiété-état en post-partum. La deuxième hypothèse selon laquelle l'anxiété maternelle prénatale contribue significativement à l'explication de la variance de l'anxiété postnatale n'est donc que partiellement vérifiée. De notre recherche se dégage un **deuxième constat : l'anxiété prénatale n'est pas un bon prédicteur de l'anxiété postnatale**. Il en est ainsi pour l'anxiété détectée par le biais du *S-STAI* et du *POQ*, mais non pour le trait anxieux. Les résultats obtenus suggèrent, de plus, que l'anxiété-trait mesure une dimension plus

structurale que l'anxiété-état qui reflète, elle, une détresse situationnelle, conformément à la conception de Spielberger et al. (1970). Cette plus grande stabilité dans l'évolution périnatale de l'anxiété-trait se reflète également dans la tendance selon laquelle le trait anxieux dépisté en pré-partum est toujours manifeste chez 66% des femmes en post-partum, à l'inverse de ce que nous avons observé pour l'état anxieux.

Outre la nécessité de distinguer entre l'anxiété-état et l'anxiété-trait, nos résultats **confirment l'existence d'une anxiété propre à la maternité** et ce, dans des proportions importantes, ce qui constitue notre **troisième constat**. Cette anxiété spécifique à la grossesse et à la maternité s'analyse à la lumière de l'angoisse de performance et du mythe de la mère parfaite et idéale. Il est possible que certaines femmes, plus fragiles sur le plan narcissique, y soient davantage susceptibles et plus à risque d'en souffrir, mais cette hypothèse demeure à vérifier. Alors que le State-Trait Anxiety Inventory (*STAI*) permet surtout de détecter l'anxiété générale, l'instrument auquel nous avons eu recours, le Pregnancy Outcome Questionnaire (*POQ*), s'avère à la fois plus sensible et plus efficace dans le dépistage de l'anxiété des futures et nouvelles mères, puisqu'il identifie un plus grand nombre de femmes anxieuses que ne le fait le *STAI*. De plus, l'anxiété spécifique à la maternité est le seul type d'anxiété qui s'explique par des variables, autres que l'anxiété au T1, qui peuvent être dépistées dès la période prénatale. Elle apparaît donc comme étant la seule qui puisse être prédite par des facteurs anténataux, tel que le *revenu familial* et l'*estime de soi relative au rôle de mère*, ce qui la distingue des deux formes plus générales d'anxiété.

Nous sommes d'avis qu'une distinction supplémentaire, relative à la nature de l'anxiété, apparaît comme étant une avenue prometteuse afin de mieux en cerner les nuances. La stabilité considérable observée au niveau du trait anxieux maternel au cours de la période périnatale pourrait être liée à la conceptualisation plus stable d'une structure au sein de la personnalité, tel qu'énoncée par des théories psychodynamiques (Bergeret, 1974; Kernberg, 1989). Ainsi, un même niveau d'anxiété pourrait traduire des états anxieux fort différents, de natures distinctes et reposant sur des enjeux

spécifiques à la structure de personnalité sous-jacente. Cette précision concernant la nature de l'anxiété que présentent les femmes en période périnatale pourrait teinter le travail psychothérapeutique et permettre de mieux cerner les enjeux à travailler.

En résumé, notre étude mène à la reconnaissance de l'importance de recourir à des mesures qui soient plus spécifiques aux différents types d'anxiété : l'anxiété-état, l'anxiété-trait et celle propre à la grossesse et à la maternité, afin de clarifier la nature des difficultés rencontrées par les futures et nouvelles mères. Compte tenu de la diversité des formes que peut prendre l'anxiété périnatale, il est indispensable de procéder à une évaluation qui soit aussi précise et systématique que possible pour être en mesure d'en identifier les différentes composantes. Il est tout aussi capital, selon nous, de s'intéresser à la structure de personnalité sur laquelle s'inscrit la symptomatologie anxieuse et d'obtenir ainsi une meilleure compréhension de ses diverses manifestations.

Conclusion

Limites de l'étude

La méthode de notre étude comporte certaines limites pouvant restreindre la généralisation des résultats. Outre la perte de sujets du temps 1 au temps 2, signalons le niveau socio-économique élevé de l'échantillon, peut-être non représentatif de la population plus générale de femmes enceintes. Enfin, des renseignements relatifs aux consultations psychologiques ou autres traitements psychothérapeutiques possiblement reçus par certaines femmes de notre échantillon durant la période périnatale nous auraient informé de leur impact sur les symptômes anxieux observés.

Recommandations pour recherches futures

Il convient de mentionner que les instruments d'évaluation employés pour cette étude permettent de mesurer les symptômes d'anxiété plutôt que de poser des diagnostics psychiatriques ou structuraux. En plus de procéder à une évaluation spécifique aux différents types d'anxiété qui soit prolongée jusqu'au troisième trimestre après la naissance de l'enfant, des mesures d'anxiété répétées et plus rapprochées dans le temps ainsi que l'utilisation de mesures diagnostiques sont recommandées pour un dépistage encore plus spécifique permettant de clarifier la nature des troubles anxieux rencontrés et de distinguer différents types de personnalité.

Notons, enfin, que les niveaux d'anxiété répertoriés varient en fonction des instruments de mesure utilisés. L'observation de ces divergences implique que l'on fasse preuve de prudence dans l'interprétation des différents résultats même s'ils se rapportent tous à l'anxiété maternelle. Il s'avère indispensable de porter une attention particulière aux mesures employées pour dépister l'anxiété et de les distinguer systématiquement dans l'analyse des données, tel que nous nous y sommes prêtés dans cette étude.

Conclusions principales

En conclusion, l'étude répond aux objectifs qu'elle s'était donnée. En premier lieu, elle confirme la pertinence de l'utilisation d'une mesure de l'anxiété spécifique à la maternité étant donné sa fréquence importante durant la période périnatale et la possibilité d'anticiper sa présence en post-partum à partir de variables dépistées dès le pré-partum. En second lieu, nos résultats mènent à une meilleure connaissance de la contribution de l'anxiété prénatale à l'explication de la variance de l'anxiété postnatale, une contribution qui diffère selon les types d'anxiété.

Les analyses effectuées permettent de conclure de la discontinuité de l'anxiété maternelle, pour l'état anxieux comme pour l'anxiété spécifique à la maternité. Cette discontinuité peut s'expliquer, comme nous l'avons précédemment évoqué, par le fait que nous avons peut-être mesuré différentes formes d'anxiété en pré- et en post-partum ayant des évolutions divergentes durant la période périnatale. L'hypothèse selon laquelle différents troubles anxieux sont mesurés nous permet également de comprendre que l'anxiété prénatale n'ait pas permis de prédire l'émergence de l'anxiété postnatale.

La présente recherche comporte des implications intéressantes au niveau clinique. La discontinuité des symptômes anxieux en période périnatale nous porte à croire que le dépistage de l'anxiété en pré-partum ne permettrait pas de prévenir de manière systématique l'apparition de nouveaux cas d'anxiété en post-partum. Nos observations quant à l'apparition d'états anxieux indiquent la nécessité de procéder à des mesures répétées et multiples, tel que déjà souligné dans le cadre de l'étude de la dépression postnatale (Lussier, David, Saucier, & Borgeat, 1996). Notre étude met en lumière la possibilité d'interventions ciblées, selon le type d'anxiété et la structure de personnalité sous-jacente.

Ces résultats militent donc en faveur de la distinction entre les différents types d'anxiété, une distinction qui se doit d'être à la fois conceptuelle et opérationnelle. Pour ce faire, il est essentiel d'opter pour des instruments de mesure précis. En d'autres termes, nous préconisons (1) l'utilisation de grilles symptomatiques permettant de discerner la forme que revêt l'anxiété, et (2) une évaluation structurale afin de déterminer la structure de la personnalité sur laquelle s'inscrivent les symptômes anxieux.

Références

- Austin, M-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for "perinatal" distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 7, 1-6.
- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 18, 25-34.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Moch, J., & Erlbaum, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Bergeret, J. (1974). *La personnalité normale et pathologique. Les structures mentales, le caractère, les symptômes*, Paris, Dunod.
- Bernazzani, O., Saucier, J.F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 46, 39-49.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 726-735.
- Carroll, J. C., Reid, A. J., Biringer, A., Midmer, D., Glazier, R. H., Wilson, L., Permaul, J. A., Pugh, P., Chalmers, B., Seddon, F., & Stewart, D. E. (2005). Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173, 253-259.
- De Man, A. F., Balkou, S., & Iglesias, R. (1986). Une version canadienne-française du questionnaire sur le support social. *Santé Mentale au Québec*, 11, 199-202.
- Engle, P. L., Scrimshaw, S. C. M., Enid Zambrana, R., & Dunkel-Schetter, C. (1990). Prenatal and postnatal anxiety in Mexican women giving birth in Los Angeles. *Health Psychology*, 9, 285-299.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, J. F., Kuint, J., & Eidelman, A. I. (1999). The nature of the mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (6), 929-939.

- Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V., & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, *25*, 247-255.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC study team (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *80*, 65-73.
- Huizink, A.C., Mulder, E.J.H., Robles de Medina, P.G., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human development*, *79*, 81-91.
- Huizink, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2002). Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1078-1085.
- Huizink, A.C., Robles de Medina, P.G., Mulder, E.J.H., Visser, G.H.A., & Buitelaar, J.K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 810-818.
- Jomeen, J., & Martin, C. R. (2005). Confirmation of an occluded anxiety component within the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during early pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *23*, 143-154.
- Kernberg, O. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques*, Paris, Presses universitaires de France.
- Landry, M. (1976). *L'adaptation française d'un questionnaire d'anxiété : Fidélité, validité et normalisation avec une population étudiante de niveau collégial*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Lubin, B. H., Gardner, S. H., & Roth, A. R. (1975). Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, *37*, 136-146.
- Lussier, V., David, H., Saucier, J. F., & Borgeat, F. (1994). Enjeux maternels et dépression postnatale: rupture ou continuité? *Devenir*, *6*, 7-26.
- Lussier, V., David, H., Saucier, J. F., & Borgeat, F. (1996). Self-rating assessment of postnatal depression: A comparison of the Beck Depression Inventory and the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, *11*(2), 81-91.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships,

defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.

- Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J. C., Reid, A. J., Wilson, L., Stewart, D., et al. (1996). *A reference guide for providers: the ALPHA form – Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*. 2nd ed. University of Toronto Press, Toronto, Ontario.
- Midmer, D., Bryanton, J., & Brown, R. (2004). Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Canadian Family Physician*, 50, 80-87.
- Midmer, D., Carroll, J., Bryanton, J., & Stewart, D. (2002). From research to application: the development of an antenatal psychosocial health assessment tool. *Canadian Journal of Public Health*, 93 (4), 291-296.
- Northcott, C. J., & Stein, M. B. (1994). Panic disorder and pregnancy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 539-542.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Glover, V., & the ALSPAC Study Team (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 44, 1025-1036.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression : a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Reid, A. J., Biringer, A., Carroll, J. C., Midmer, D., Wilson, L., Chalmers, B., & Stewart, D. (1998). Using the ALPHA Form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Canadian Medical Association Journal*, 159(6), 677-684.
- Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S., & Delfosse, S. (soumis a). *Adaptation à la maternité : Le questionnaire d'évaluation psychosociale ALPHA comme corrélat de l'anxiété maternelle pré- et post-natale*. Manuscrit soumis pour publication.
- Robert, E., Reeves, N., Lavandier, K. A., Venne, M., Perreault, E., & David, H. (soumis b). *Le questionnaire ALPHA : Implantation d'un outil de dépistage de la détresse psychologique et sociale chez les femmes enceintes*. Manuscrit soumis pour publication.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.

- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 457-466.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 932-946.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Bashman, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*, 127-139.
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *18*, 266-272.
- Smolla, N. (1982). *Étude des facteurs psychologiques chez le couple lors de la naissance du premier enfant*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, *38*, 15-28.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (self-evaluation questionnaire)*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Standley, K., Soule, B., & Copans, S.A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *135*, 22-51.
- Stewart, D. E., & Robinson, G. E. (1993). *Postpartum psychiatric disorders, Psychological Aspects of Women's Health Care: The Interface Between Psychiatry and Obstetrics and Gynecology*, Washington, American Psychiatric Press Inc.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *Journal of Nervous Mental Disorders*, *186*, 420-424.
- Sutter-Dallay, A.L., Giacomme-Marcésche, V., Glatigny-Dallay, E., & Verdoux, H. (2004). Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *European Psychiatry*, *19*, 459-463.

- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *Encéphale*, *30*, 376-381.
- Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslow, M. J., & Rabinovich, B. A. (1988). Pregnancy subsequent to perinatal loss : Parental anxiety and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *27*, 289-292.
- Vallerand, R.J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, *30*, 662-680.
- Van den Bergh, B. R. H., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *29*, 259-269.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *169*, 858-865.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 295-311.

Notes des Auteurs

Cet article a été rédigé dans le cadre de la recherche doctorale de la première auteure. Nous tenons à remercier le département de psychologie de l'Université de Montréal pour son soutien financier, Julie Achim pour la relecture et Pierre McDuff pour sa collaboration.


Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Emmanuelle Robert, Hôpital Saint-Luc du CHUM, 190 est boul. René-Lévesque, Montréal, Québec, Canada, H2X 1N4. Courriel : 

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des sujets

Caractéristiques	Minimum Maximum Moyenne Écart-type			
Âge (années)	20	40	29	4.93
Âge gestationnel (semaines)	12	31	21	5.08
Nombre d'enfants	0	3	.53	.82
Durée de l'union (mois)	4	264	73	59.5

Tableau 2

Instruments de mesure

VARIABLES	TEMPS	
	Questionnaires Temps 1 Moy. = 21 ^e sem. gestation	Questionnaires Temps 2 Moy. = 9 ^e mois post-partum
Anxiété		
Anxiété-état	S-STAI	S-STAI
Anxiété-trait	T-STAI	T-STAI
Anxiété spécifique	POQ	POQ ajusté
Soutien social	ALPHA F1	SSQ
Nombre		SSQ-N
Satisfaction		SSQ-S
Événements stressants	ALPHA F2	LES
Satisfaction conjugale	ALPHA F3	DAS
Estime de soi relative au rôle de mère	ALPHA M3	-
Troubles émotifs passés et présents	ALPHA M4	-

Tableau 3

Évolution des cas cliniques d'anxiété en pré-partum et en post-partum

	Moyenne	Écart-type	Cas cliniques*
Anxiété-état T1 (S-STAI)	35.6	9.2	15.1%
Anxiété-état T2 (S-STAI)	35.3	9.6	18.9%
Variations T1 – T2			+3.8% (χ^2 ns)
Anxiété-trait T1 (T-STAI)	37.2	9.7	11.3%
Anxiété-trait T2 (T-STAI)	36.9	9.5	15.1%
Variations T1 – T2			+3.8% (χ^2 ns)
Anxiété spécifique T1 (POQ)	28.9	6.5	26.9%
Anxiété spécifique T2 (POQ adapté)	6.3	1.7	25.0%
Variations T1 – T2			-1.9% (χ^2 ns)

* Selon les normes de la version francophone du STAI et un point de coupure correspondant aux scores supérieurs au 75^e percentile pour le POQ.

Tableau 4

Matrice des corrélations* entre les anxiétés aux T1 et T2

		TEMPS 1			TEMPS 2		
		Anxiété-état	Anxiété -trait	Anx. spécifique	Anxiété-état	Anxiété -trait	Anx. spécifique
T1	Anxiété-état	1	0.6811 <i>P</i> = .000	0.3451 <i>P</i> = .011	0.0661 <i>P</i> = .638	0.2639 <i>P</i> = .056	0 <i>P</i> = 1.000
	Anxiété -trait		1	0.1911 <i>P</i> = .170	0.2843 <i>P</i> = .039	0.5147 <i>P</i> = .000	0.0695 <i>P</i> = .624
	Anx. spécifique			1	-0.0702 <i>P</i> = .618	0.106 <i>P</i> = .450	0.0501 <i>P</i> = .724
T2	Anxiété-état				1	0.6049 <i>P</i> = .000	0.4402 <i>P</i> = .001
	Anxiété -trait					1	0.1627 <i>P</i> = .249
	Anx. spécifique						1

* Tests phi

Tableau 5

Contribution des variables prédictives de l'anxiété maternelle postnatale

Anxiété-état au temps 2						
Variables	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté
Anxiété - état T1 (S-STAI 1)	0.27	0.07	0.05	0.03	0.82	
Soutien social – satisfaction (SSQS)				-0.37	0.01	
Relation conjugale (DAS)				-0.36	0.01	
Événements de vie stressants (LES)				0.27	0.04	0.37
Anxiété-trait au temps 2						
Variables	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté
Anxiété-trait T1 (T-STAI 1)	0.62	0.01	0.37	0.49	0.01	
Soutien social – nombre (SSQN)				-0.27	0.02	
Événements de vie stressants (LES)				0.23	0.05	0.46
Anxiété spécifique au temps 2						
Variables	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté	Bêta	<i>p.</i>	R ² ajusté
Anxiété spécifique T1 (POQ 1)	0.30	0.05	0.07	0.01	0.94	
Revenu familial (Q° SOCIODÉMO.)				-0.26	0.05	
Estime de soi p/r maternité (ALPHA M3)				0.54	0.01	0.38

Conclusion

Ce travail a abordé diverses facettes psychologiques et sociales de l'adaptation à la maternité, selon une perspective clinique et empirique simultanément. Il s'est attaché principalement aux facteurs de risque psychosociaux présents en période périnatale chez des femmes issues de la population générale, à leur dépistage ainsi qu'à leur relation à l'anxiété maternelle.

Un premier volet

Le premier volet de la thèse, constitué du premier article, a dressé le portrait général d'un vaste échantillon de femmes enceintes participant à un programme de dépistage. Il a permis, d'une part, de mettre en valeur la présence importante de facteurs de risque psychosociaux anténataux, dépistés par le biais du questionnaire *ALPHA*. Le recours à cet instrument d'évaluation de la santé psychosociale anténatale a fait ressortir la prédominance des facteurs de risque familiaux et maternels chez les femmes participant à notre étude. Le premier article a rendu compte, d'autre part, de la proportion considérable de sujets auprès desquels le dépistage prénatal effectué a mené à des interventions psychosociales.

Les résultats de ce premier volet soulèvent une série de questionnements qui n'ont pas fait l'objet du premier article, son propos étant de mettre l'accent sur l'implantation du dépistage et de viser sa plus grande diffusion auprès des cliniciens et chercheurs, plutôt que de faire une analyse approfondie des facteurs observés. Bien que le premier article n'en ait pas fait mention, les interrogations et réflexions suscitées par l'étude méritent toutefois d'être abordées. En effet, les résultats obtenus soulèvent des questions fondamentales, tant au niveau de la manière de procéder au dépistage et de l'utilisation de l'*ALPHA* pour y parvenir, qu'au niveau de la compréhension des mécanismes qui sous-tendent les processus inhérents à la grossesse. La mise en lumière d'un nombre important de refus, par les femmes primipares, de participer à des cours prénataux, alors qu'il s'agit pour celles-ci d'une première grossesse, s'avère frappante. Sans connaître les motifs exacts de ce refus, les commentaires des femmes nous amènent

à nous interroger sur l'accessibilité aux cours prénataux dans le réseau public comme sur l'image qui en est diffusée. Nous pensons que l'accès à ces cours est peut-être problématique (nombre de places et horaires limités), que la perception que peuvent en avoir les femmes n'est pas toujours positive et que la satisfaction qu'elles en retirent n'est pas optimale. Ces hypothèses, qui demeurent à vérifier, pourraient faire l'objet d'études ultérieures.

Dans un tout autre ordre d'idée, nous avons observé une diminution significative de l'ambivalence à l'égard de la grossesse du premier au deuxième trimestre gestationnel chez les femmes interrogées par le biais du questionnaire *ALPHA*¹. Bien qu'elle tende à diminuer, l'ambivalence révélée par l'*ALPHA* demeure présente chez une proportion importante de sujets à la vingt-cinquième semaine de grossesse et serait, selon Midmer et ses collaborateurs (1996), plus pathologique après la vingtième semaine de gestation. Les données recueillies ne nous permettent pas une compréhension approfondie des mécanismes qui pourraient expliquer la diminution de l'ambivalence. Nous pensons que l'observation d'un sentiment d'ambivalence moins marqué au deuxième trimestre de grossesse, en comparaison avec celui observé au premier trimestre, pourrait être le reflet de la résolution de ce sentiment. Nous nous demandons cependant si cet amoindrissement ne correspond pas à une plus grande difficulté des femmes à le reconnaître, la grossesse avançant. En effet, il est possible d'imaginer qu'un tel sentiment d'ambivalence devient de moins en moins acceptable et de plus en plus culpabilisant (donc plus difficile à exprimer) au fur et à mesure que le fœtus devient bébé. Le questionnaire *ALPHA* ne parvient pas, à notre avis, à saisir dans toute sa complexité, avec ses dimensions conscientes et inconscientes, le concept d'ambivalence. Il nous semblerait donc important de clarifier, dans un autre travail, cette question, qui pourrait représenter du même coup une avenue d'amélioration pour l'*ALPHA*.

¹ Rappelons que même s'il n'a été administré qu'une fois, l'*ALPHA* comporte des questions s'intéressant au premier trimestre de grossesse et d'autres se rapportant au second trimestre.

Parmi les facteurs de risque dépistés, un faible pourcentage de femmes interrogées rapporte avoir consommé de l'alcool ou des drogues durant la grossesse. Le facteur de risque *abus de substances* pourrait être sous représenté par cette proportion puisque les mères ont souvent tendance à nier leurs problèmes de consommation, particulièrement lorsqu'elles attendent un enfant (Nash et al., 2006). C'est donc dire que le phénomène de la toxicomanie durant la grossesse est fréquemment tenu sous silence et est plus répandu qu'on ne le pense. Il est, par conséquent, essentiel de ne pas le négliger lors du dépistage psychosocial anténatal. Nous sommes d'avis que le questionnaire *ALPHA* y parvient relativement bien même s'il ne peut prétendre identifier tous les futurs parents chez qui la consommation est problématique.

En outre, le dépistage des facteurs de risque relatifs à la violence est important car ceux-ci sont peu investigués lors des soins habituels (Carroll, Reid, Biringer, Wilson, & Midmer, 1994) et les femmes en sont plus fréquemment victimes au cours de la grossesse qu'à d'autres périodes de leur vie (Wilson et al., 1996). Selon Carroll et ses collègues (1994), la violence familiale ou conjugale, passée et présente, est moins régulièrement dépistée que les autres facteurs lors des soins obstétricaux. Le questionnaire *ALPHA* a permis, cependant, de la détecter cinq fois plus souvent que ne le font les soins prénataux de routine (Carroll et al., 2005). Il est intéressant de noter que c'est aux questions visant à évaluer ce facteur qu'il y a le plus de réponses manquantes parmi les réponses données à l'*ALPHA* par les sujets de notre échantillon. En effet, nous observons que 6% des femmes n'ont pas répondu à certains des items propres à la violence. La proportion de réponses manquantes nous permet de poser l'hypothèse qu'un nombre de femmes cherchent à éviter certaines questions relatives à la violence. Ce type d'investigation a donc peut-être plus de chance de rejoindre les femmes à risque lorsque le lien thérapeutique entre les professionnels et les patientes est tissé, plutôt que par le seul biais d'un questionnaire.

De plus, nous avons été étonnée de la proportion – évaluée à un tiers - de femmes qui affirment avoir déjà souffert de difficultés émotionnelles dans le passé. Ces chiffres sont

préoccupants lorsque l'on considère que les patientes présentant des antécédents de problèmes psychologiques sont plus à risque de décompensation psychique lors de la grossesse ou du post-partum : risque accru de blues du post-partum, dépression postnatale, psychose puerpérale ou d'autres complications au niveau psychologique (Santé Canada, 2000). Nous avons également mis en évidence que la même proportion de patientes a déjà consulté un intervenant (psychiatre, psychologue ou travailleur social) antérieurement. Il est possible de penser que les femmes qui ont fait un travail de thérapie dans le passé possèdent une certaine capacité d'introspection ainsi qu'une meilleure connaissance d'elles-mêmes et de leurs limites. Parmi celles-ci, certaines seraient donc mieux outillées pour faire face aux difficultés rencontrées durant la période périnatale. Ainsi, il nous semble très important d'être prudent dans l'analyse des antécédents psychiatriques ou affectifs qui peuvent être considérés à la fois comme un facteur de risque et comme un facteur protecteur de complications associées à la maternité. Il nous semble nécessaire de saisir davantage le contexte de ces consultations et la nature des difficultés psychologiques rencontrées avant de conclure sur la présence d'un risque.

Les analyses descriptives présentées dans le premier article ont permis de constater que seulement un peu plus de la moitié des participantes se sentaient généralement plutôt *heureuses* depuis leur grossesse. Nous avons également découvert, au cours de ce travail, que l'estime de soi relative au rôle de mère ainsi que les antécédents psychologiques sont tous deux prédicteurs de l'anxiété maternelle postnatale. Ainsi, grâce à de simples questions, le questionnaire *ALPHA* peut nous livrer de précieux renseignements sur les conditions dans lesquelles les femmes traversent la grossesse tout comme une meilleure compréhension de ce qu'elles adviennent en post-partum.

Un second volet

Le second volet de notre travail, composé des deuxième et troisième articles, a introduit la dimension anxieuse, son évolution au cours de la période périnatale ainsi que sa mise en relation avec diverses variables psychosociales, à partir de l'étude approfondie d'un plus petit nombre de sujets issus de l'échantillon principal.

Le deuxième article de la thèse a cherché à vérifier si le questionnaire *ALPHA* peut dépister les femmes anxieuses *durant la grossesse* et si son utilisation permet de prédire la présence d'anxiété *postnatale*. La mise en relation de l'*ALPHA* avec l'anxiété maternelle n'avait, à notre connaissance, jamais été réalisée dans le cadre d'une étude empirique. Cette étude a permis de découvrir que même si de nombreux facteurs de risque psychosociaux anténataux sont corrélés avec l'anxiété *prénatale*, très peu d'entre eux sont corrélés à l'anxiété *postnatale*. Des analyses de régression ont démontré que seule la faible estime de soi quant au rôle de mère dépistée par l'*ALPHA* en pré-partum est prédictive de l'anxiété spécifique à la maternité en post-partum. L'*ALPHA* peut donc être considéré comme un corrélat robuste de l'anxiété *prénatale*, mais un faible prédicteur de l'anxiété *postnatale*. Cet article met également en valeur le rôle déterminant des variables psychosociales dans l'émergence de l'anxiété.

Le troisième article de la thèse a traité de l'évolution de l'anxiété maternelle en période périnatale et s'est employé à distinguer ses différentes formes. Ses principaux objectifs étaient de vérifier la pertinence d'évaluer l'anxiété dite *spécifique à la maternité* et d'examiner si la présence d'anxiété *prénatale* permet de prédire, et donc d'anticiper, l'anxiété *postnatale*. Malgré une apparente stabilité de l'anxiété en période périnatale, une faible proportion de femmes anxieuses en pré-partum le sont demeurées en post-partum, suggérant une certaine discontinuité dans l'évolution de l'anxiété maternelle. Des analyses de régression ont indiqué que l'état anxieux prénatal n'est pas un bon prédicteur de l'anxiété postnatale. Par contre, elles démontrent que l'anxiété-trait pré-partum contribue significativement à la présence d'anxiété-trait post-partum.

L'introduction des variables psychosociales contribue également, à des degrés divers, à l'explication de la variance des différents types d'anxiété postnatale. Des divergences dans les résultats selon le type d'anxiété évalué et selon l'instrument de mesure utilisé pour évaluer l'anxiété ont également été observées. Cet article, enfin, souligne la pertinence de procéder à une évaluation prolongée des symptômes anxieux qui soit spécifique aux différents types d'anxiété.

Les deux volets de ce travail ont donc permis de dégager divers constats relatifs au dépistage psychosocial et à ses modalités, aux forces et faiblesses du questionnaire *ALPHA*, à l'existence de relations entre l'anxiété maternelle et les facteurs de risque psychosociaux anténataux et postnataux, entre l'anxiété prénatale et l'anxiété postnatale et enfin entre les différentes formes d'anxiété. Y sont proposées des recommandations voulant que l'on procède à une évaluation systématique, précoce, spécifique et prolongée de l'anxiété maternelle en période d'adaptation à la maternité. Ces nombreux constats ont engendré une certaine réflexion sur la pertinence théorique, empirique et clinique du dépistage psychosocial anténatal et posent, selon nous, la question de la nature de l'anxiété étant donné ses variations selon le type d'anxiété évalué et selon la période à l'étude.

Conclusions, réflexions et interrogations

Les multiples intérêts du dépistage

Sur le plan théorique, certains auteurs assimilent la période de grossesse à une période de crise évolutive ou maturationnelle (Bibring, 1959; Bibring, Dwyer, Huntington, & Valenstein, 1961), à une phase « critique » du développement, au même titre que l'adolescence et la ménopause, caractérisée par des changements physiques et psychologiques (Benedek, 1956; Bibring, 1959). La période entourant la grossesse serait donc propice à l'apparition de troubles psychiques de toutes sortes mais représente également une occasion favorable à la résolution de conflits, au remaniement des

identifications et à la réorganisation de l'identité féminine et maternelle pouvant se solder par une adaptation favorable à la maternité. Les femmes qui la traversent sont donc plus à risque de rencontrer des maladies psychiatriques. Les phénomènes psychiques débutant souvent avant l'accouchement (Lortie, 1996), le dépistage prénatal peut permettre, dans certains cas et lorsque les interventions sont réalisées précocement, de prévenir une « décompensation » en post-partum.

En ce qui concerne la recherche empirique, les études qui ont mis en évidence les conséquences néfastes de hauts niveaux d'anxiété durant la grossesse appuient, elles aussi, la pertinence du dépistage. Ces recherches font état, tel que nous les avons exposées au cours de cette thèse, des répercussions négatives sévères de l'anxiété maternelle *prénatale* sur la mère elle-même, sur le fœtus, sur la grossesse et l'accouchement, sur le nouveau-né, sur l'enfant et sur le lien mère-enfant, qui justifient que l'on cherche à dépister l'anxiété et les facteurs qui y sont associés. Les études empiriques peuvent également rendre compte, de manière opérationnelle, de l'efficacité du dépistage psychosocial anténatal. Des recherches en milieu clinique, telles que la nôtre, permettent de soutenir le travail de dépistage effectué par les cliniciens œuvrant dans le domaine de la périnatalité.

L'acquisition de ces connaissances par le biais des travaux théoriques et empiriques a contribué à mettre de l'avant la nécessité de la prévention, sur le plan clinique. Les cliniciens accordent davantage d'attention à la période prénatale, d'autant plus que les femmes sont beaucoup plus faciles à rejoindre durant cette période où elles consultent régulièrement leur obstétricien, plutôt qu'après la naissance de l'enfant (Austin, 2004; Raphael-Leff, 2003). L'implantation peu coûteuse du dépistage, la possibilité de faire coïncider les interventions psychosociales avec les visites médicales (et donc d'offrir un soutien multidisciplinaire aux patientes) ainsi que la récente diminution de la durée de séjour à l'hôpital après l'accouchement sont tous des éléments qui devraient inciter les équipes soignantes à adopter des conduites préventives. Les bienfaits cliniques des mesures préventives sur la santé mentale et la situation sociale

des femmes, de leur enfant et de leur famille seraient à évaluer à moyen et long terme. On pourrait penser, notamment, que l'augmentation d'interventions à visée préventive aurait pour effet la réduction du nombre d'interventions de crise, cette hypothèse demeurant toutefois à vérifier.

Le rôle et la pertinence du questionnaire ALPHA dans le dépistage prénatal

Cette thèse procède à une analyse clinique et empirique de l'utilisation de l'*ALPHA* dans le cadre de l'implantation d'un programme de dépistage de la détresse psychologique et sociale des femmes enceintes. D'un point de vue clinique, nous pensons que le questionnaire d'évaluation de la santé psychosociale prénatale *ALPHA* fait office de médiateur entre les équipes de soins et les patientes. Il facilite l'abord des femmes plus fragiles, permettant une première prise de contact pouvant mener à une première rencontre. Il symbolise, de plus, l'intérêt des soignants à l'égard de l'état psychologique et de leur situation sociale de ces femmes. Les patientes sollicitées à répondre au questionnaire sont, en général, contentes que l'on manifeste une attention particulière à l'égard des changements qu'elles traversent et des émotions que la grossesse leur fait vivre. Nous pensons que l'*ALPHA* peut jouer un rôle soutenant et contenant auprès des femmes enceintes et que dans certains cas, il peut même occuper une fonction préventive à lui seul. C'est pourquoi nous pensons qu'il peut être considéré comme une intervention en soi, particulièrement lorsqu'il est administré par un intervenant spécialisé. Il peut représenter une occasion pour les patientes d'exprimer ce qui les habite et de se sentir rassurées par la présence et l'accessibilité d'une équipe psychosociale. L'abondance des commentaires écrits dans les espaces prévus à cet effet, à même les formulaires, témoigne à notre avis d'un besoin d'élaboration de la part des femmes interrogées. Il nous semble que le questionnaire *ALPHA* soutient la mentalisation en offrant un espace aux femmes pour écrire leurs commentaires, difficultés et préoccupations. Son aspect ouvert est, selon nous, une des forces de ce questionnaire auto-administré. Il serait intéressant d'obtenir les impressions des participantes au sujet du processus, depuis le moment du dépistage jusqu'à celui de

l'intervention psychosociale. En plus du rôle symbolique de l'*ALPHA*, en tant que médiateur, contenant ou comme support à l'élaboration, la richesse des commentaires écrits vient appuyer l'investissement du questionnaire par les femmes.

La distribution des questionnaires *ALPHA* lors des cliniques GARE et d'obstétrique générale a suscité des réactions positives de la part des patientes du Centre des naissances². Les femmes se sont dites heureuses que l'on s'intéresse à l'ensemble du contexte de leur maternité et que l'on assure une écoute à leurs préoccupations autres que médicales. De façon générale, les femmes sollicitées se sont montrées ouvertes à y répondre et étaient réceptives à la référence au professionnel concerné (psychiatre, psychologue, travailleur social) lorsque des facteurs de risque étaient dépistés. Depuis l'implantation du programme de dépistage, aucune patiente ne s'est opposée à l'évaluation et au suivi proposé par l'équipe psychosociale. Selon la situation présentée, certains organismes ou ressources communautaires ont pu être impliqués afin d'optimiser les soins et services offerts aux familles en difficultés. Cette thèse a démontré la proportion considérable de femmes dépistées auprès de qui une intervention s'est avérée pertinente. Par contre, nous ne connaissons pas les femmes qui ont choisi de ne pas répondre au *ALPHA*, ce dernier ayant été complété sur une base volontaire. On peut donc se demander si les femmes non rejointes n'éprouvent aucune difficulté ou cachent au contraire des problématiques sévères. Bien que le programme de dépistage instauré ait permis d'aborder un nombre considérable de femmes afin de leur donner la parole, nous pensons qu'il demeure essentiel d'avoir accès à celles qui n'ont pas été rejointes. Si nous posons l'hypothèse, comme pour les réponses manquantes aux questions relatives à la violence, que certaines femmes passent sous silence leurs difficultés, alors nous nous devons de nous préoccuper de celles qui ne répondent pas.

Malgré les forces et bénéfices évidents, la critique principale que nous avons à faire au sujet de l'*ALPHA* ne s'applique pas à la récente version francophone (*ALPHA* Group, 2005) à laquelle les auteurs de l'instrument ont apporté certaines modifications

² Hôpital Saint-Luc du CHUM.

répondant à nos insatisfactions. Selon nous, certains items de la sous-échelle « violence envers les enfants » ne mesureraient pas, dans la version d'origine, ce qu'ils cherchaient à mesurer. L'item s'intéressant au contact que les participantes pourraient avoir eu par le passé avec la DPJ ne précisait pas si leur implication les concernait elles-mêmes durant leur enfance ou bien leur(s) enfant(s). De plus, plusieurs patientes ou leur conjoint ont des enfants qui ne vivent pas avec eux, non pas suite à un placement par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) mais à cause de séparations dues à un divorce ou à l'immigration, ce qui ne constitue pas nécessairement un risque d'abus envers l'enfant-à-venir. Nous avons donc choisi de ne pas traiter les résultats obtenus à ces questions puisqu'ils n'évaluaient pas de manière valide, selon nos observations, les facteurs de risque de violence envers les enfants.

Un seuil empirique ou un indice clinique?

D'un point de vue empirique, il nous est apparu qu'il serait très difficile d'établir un seuil critique au-delà duquel un sujet serait considéré comme étant à risque. Un score global à l'*ALPHA* annihilerait le dépistage puisque la présence d'un facteur et l'absence d'un autre peuvent s'annuler, et donc sous-estimer le risque encouru par un sujet. Nous sommes donc du même avis que les auteurs de l'*ALPHA* qui n'ont pas établi de point de coupure puisque, selon eux, le recours à un seuil global est inadéquat.

Lorsque l'on considère plus particulièrement les sous-échelles, si l'on s'appuie uniquement sur le matériel quantitatif, c'est-à-dire sur les scores, pour juger de la pertinence d'intervenir, on risque de ne pas entendre les réponses qualitatives sous formes de commentaires écrits par les femmes, souvent très informatifs. C'est pourquoi nous avons eu recours à un indice clinique - basé à la fois sur les résultats quantitatifs et sur le matériel qualitatif - à partir duquel le dépistage a mené à des interventions psychosociales. Tel que le suggère l'illustration clinique suivante, nous sommes d'avis que la présence d'un seul commentaire peut parfois justifier de proposer une rencontre à une patiente. La lecture du questionnaire complété à la 18^e semaine de gestation par

Madame P., une patiente de 34 ans suivie pour sa troisième grossesse, n'a permis d'identifier que très peu de facteurs de risque à partir des réponses quantifiables. Par contre, un seul commentaire, écrit par Mme P., (« *J'ai peur de faire une deuxième dépression après l'accouchement* ») a incité l'équipe psychosociale à intervenir auprès d'elle. À la visite médicale suivant la réception du questionnaire, cette femme est rencontrée par une psychologue qui lui fait part des préoccupations que suscitent ses réponses à l'*ALPHA* chez l'équipe soignante, en faisant référence plus précisément à son commentaire écrit. L'abord de ce propos donne lieu à l'expression, par Mme P., d'affects dépressifs et anxieux intenses, laissant entrevoir non seulement ses craintes relatives à une dépression postnatale, mais aussi la présence d'un épisode dépressif actuel. Cette rencontre lui permet d'élaborer sur ses antécédents de dépression ainsi que sur ses difficultés professionnelles (elle était aux prises avec un employeur refusant de lui donner un horaire de jour, comme le recommandait son médecin de famille). Le dépistage réalisé en début de grossesse a donc permis de diagnostiquer chez Madame P. un état dépressif et d'intervenir auprès d'elle dès ce moment. Le recours à une méthode d'analyse clinique du questionnaire *ALPHA* – plutôt que l'utilisation d'un point de coupure spécifique et prédéterminé - s'est avérée tout à fait appropriée et a contribué à l'amorce d'un travail psychothérapeutique rapide chez une patiente qui aurait peut-être tardé avant de consulter, ou qui n'aurait pas consulté du tout.

Ce questionnement relatif au choix d'un seuil ou d'un indice de risque – quantitatif ou qualitatif - ainsi que l'implantation de l'*ALPHA* dans son ensemble illustrent selon nous l'arrimage possible entre les domaines de la clinique et de la recherche. La présente thèse s'inscrit dans une perspective d'intégration des dimensions cliniques et empiriques puisque le souci d'aborder l'adaptation à la maternité selon ces deux dimensions a été présent tout au long de sa réalisation. Alors que cette recherche a tenté de sensibiliser les équipes pluridisciplinaires oeuvrant dans le domaine de la périnatalité à la pertinence du dépistage psychosocial et du recours au questionnaire *ALPHA* pour y parvenir, elle a également visé à approfondir l'étude empirique des facteurs de risque psychosociaux, des instruments de mesure susceptibles de les dépister

et de leur relation à l'anxiété maternelle en période périnatale. En plus d'appuyer sa pertinence *clinique*, cette thèse soutient que l'*ALPHA* est un instrument approprié à l'étude *empirique* des facteurs de risque psychosociaux anténataux. Ainsi, l'intérêt de notre travail repose non seulement sur sa pertinence clinique mais aussi sur la contribution qu'il permet d'apporter à la recherche spécialisée dans le domaine de la périnatalité.

Les anxiétés maternelles et leurs variations

Les recherches dans le domaine de la périnatalité recommandent, nous l'avons vu, d'élargir l'objet des études aux différents troubles anxieux et dépressifs pouvant être rencontrés lors de l'adaptation à la maternité plutôt que de limiter ce dernier à la dépression (Austin, 2004). Elles suggèrent également d'étendre la période à l'étude à toute la période périnatale plutôt qu'à l'étude du post-partum, étant donné l'amorce possible des difficultés dès le pré-partum (Lortie, 1996). Il semble donc important de mettre sur pied des études couvrant une plus grande période de temps ainsi qu'un éventail plus large de pathologies. Cette volonté de couvrir de multiples problématiques sur toute la période périnatale engendre cependant un certain risque de confusion. Nous sommes d'avis que, dans ce contexte, la spécification des phénomènes observés et le raffinement des mesures deviennent essentiels.

Bien que la tendance à la discontinuité observée dans l'évolution de l'anxiété en période périnatale demande à être vérifiée par des recherches ultérieures, nos résultats suggèrent des variations selon le temps de mesure et selon le type d'anxiété mesuré. Nous proposons d'appréhender l'anxiété maternelle à la manière d'un continuum, pré-, per- et post-partum, pouvant prendre différentes formes selon les étapes rencontrées.

Nous croyons en effet que les manifestations de l'anxiété maternelle périnatale sont variables. À chaque étape du processus d'adaptation à la maternité (qu'il s'agisse d'un premier enfant ou non), l'anxiété pourrait se manifester différemment. En plus des

anxiétés –état, -trait et spécifique à la maternité précédemment évoquées, nous pensons à l'anxiété en lien avec des problèmes physiques lors de la grossesse tel qu'un diabète gestationnel, à celle reliée à l'accouchement ou encore à l'anxiété relative à l'allaitement, à la santé physique du bébé, à l'entrée de l'enfant à la garderie ou à d'autres moments charnières dans l'évolution de la dyade mère-enfant. À la lumière de nos résultats, il semble que la mesure d'anxiété spécifique à la maternité permet d'identifier un plus grand nombre de femmes anxieuses durant la grossesse et en post-partum que les mesures d'anxiété générale. Nous avons été surprise qu'une proportion plus importante de femmes soit détectée par le biais du *POQ*, une mesure pourtant plus spécifique que le traditionnel *STAI*. Cet instrument de mesure de l'anxiété relative à la grossesse et à la maternité apporte un certain éclairage sur le sens des symptômes et constitue selon nous une avancée vers une méthode plus adaptée et des mesures plus raffinées. Nous avons, au cours de ce travail, évoqué l'idée que les enjeux spécifiques inhérents à la maternité et générateurs d'anxiété viennent réactiver des sphères déjà problématiques et qu'un même niveau d'anxiété peut traduire des états anxieux de natures distinctes et reposant sur des enjeux spécifiques à la structure de personnalité sous-jacente. Selon cette perspective, il devient fondamental de procéder à une évaluation structurale systématique, tel que nous l'avons déjà souligné au cours de ce travail.

Nous pensons qu'une recherche longitudinale qui porterait sur les trois trimestres de la grossesse et les trois trimestres post-partum est nécessaire afin de mieux cerner les variations dans le temps et les variations dans le type d'anxiété au cours de cette période. Nous comprenons l'adaptation à la maternité en tant que processus avec ses fluctuations dans le temps et non comme un phénomène statique. De même, peut-être pouvons-nous comprendre l'anxiété maternelle périnatale comme un processus, pouvant prendre de multiples formes et des intensités différentes plutôt que comme un phénomène unidimensionnel.

Ainsi, l'anxiété se présente comme un phénomène complexe qui fait intervenir, lors de l'adaptation à la maternité, une relation en miroir entre la mère et l'enfant, porteur des projections, et du même coup des angoisses, parentales. Zeanah, Carr et Wolk (1990) soulèvent que les représentations maternelles prénatales du tempérament de l'enfant sont le fruit de certaines caractéristiques des femmes, notamment leur degré d'anxiété. Les femmes les plus anxieuses se représentent l'enfant à venir comme étant plus hostile et ayant un tempérament difficile. Cette dernière observation est appuyée par l'étude d'Ammaniti et al. (1992) qui rapporte qu'à chaque caractéristique que la mère s'attribue (une incompétence à mater par exemple) correspond une caractéristique que la mère attribue à l'enfant (l'enfant est perçu comme difficile). Selon ces auteurs, la représentation de l'enfant par la mère inclurait à la fois la représentation de l'enfant et la représentation de soi en tant que mère, ces deux entités étant complémentaires et indissociables. Les caractéristiques maternelles se présentent donc comme une source importante d'influence sur la représentation imaginaire de l'enfant, qui pourrait, à son tour, entraîner des répercussions sur le lien mère-enfant.

Il semblerait important de clarifier, dans un autre travail, la nature des liens qu'entretiennent l'anxiété maternelle et les représentations mentales maternelles de l'enfant. Une meilleure compréhension des mécanismes selon lesquels l'anxiété a des répercussions sur l'enfant pourrait guider les interventions visant à enrayer ou du moins amoindrir ces répercussions. L'étude des représentations maternelles nous apparaît comme étant une avenue intéressante afin d'enrichir nos connaissances mais aussi d'aborder le sens que prend la symptomatologie anxieuse pour les femmes qui traversent la période périnatale.

Références

- ALPHA Group. (2005). *Antenatal Psychosocial Health Assessment*. Consulté le 3 août 2006 à <http://dfcm.utoronto.ca/research/alpha/pdf/fr/SelfreportformFR.pdf>.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182
- Austin, M.-P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7, 1-6.
- Benedek, T. (1956). Psychobiological aspects of mothering. *American Journal of Orthopsychiatry*, 26, 272-278.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S., & Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-23.
- Carroll, J.C., Reid, A.J., Biringner, A., Midmer, D., Glazier, R.H., Wilson, L., Permaul, J.A., Pugh, P., Chalmers, B., Seddon, F., & Stewart, D.E. (2005). Effectiveness of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173(3), 253-259.
- Carroll, J.C., Reid, A.J., Biringner, A., Wilson, L.M., & Midmer, D.K. (1994). Psychosocial risk factors during pregnancy. What do family physician ask about? *Canadian Family Physician*, 40, 1280-89.
- Lortie, G. (1996). De quelques observations révélatrices de risques chez la femme enceinte. *P.R.I.S.M.E.*, 6, 85-97.
- Midmer, D., Biringner, A., Carroll, J. C., Reid, A. J., Wilson, L., Stewart, D., et al. (1996). *A reference guide for providers: the ALPHA form – Antenatal Psychosocial Health Assessment Form*. 2nd ed. University of Toronto Press, Toronto, Ontario.
- Nash, K., Rovet, J., Greenbaum, R., Fantus, E., Nulman, I., & Koren, G. (2006). Identifying the behavioural phenotype in fetal alcohol spectrum disorder:

Sensitivity, specificity and screening potential. *Archives of Women's Mental Health*, 9(4), 181-186.

Raphael-Leff, J. (2003). Transition to parenthood in societies in transition: Mental health priorities in perinatal disturbance. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 15(1), 49-53.

Santé Canada (2000). *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa.

Wilson, L.M., Reid, A.J., Midmer, D.K., Biringer, A., Carroll, J.C., & Stewart, D.E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154(6), 785-799.

Zeanah, C. H., Carr, S., & Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 23-36.

Appendice A
Questionnaire ALPHA

Nom _____ No. de dossier _____ Date _____

Nombre de semaines de gestation (Grossesse) _____

Date de naissance _____ Nom de votre médecin _____

Avoir un bébé implique habituellement des changements au niveau de la vie familiale. Vous souhaitez peut-être parler de vos préoccupations avec un professionnel du secteur mère/enfant. Il ou elle peut, peut-être, vous aider. Soyez assurée que la confidentialité va être respectée. Ce document sera révisé par un membre de l'équipe psychosociale afin de mieux évaluer vos besoins. Il est possible que l'on communique avec vous afin de vous offrir l'aide appropriée. Vous êtes évidemment tout à fait libre d'accepter ou de refuser.

S.V.P. répondez aux questions en encerclant le chiffre approprié ou utilisez l'espace pour inscrire vos commentaires ou enfin répondez par oui ou non. Si certaines de ces questions ne s'appliquent pas à votre situation, encerclez N/A (ne s'applique pas)

Votre vie familiale. S.V.P Répondez aux questions suivantes au sujet de votre vie familiale.

▪ **Soutien concret et affectif disponible**

- | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|---|------------------|-----|
| 1. Concernant cette grossesse, mon conjoint se sent : | Très heureux | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très malheureux | N/A |
| 2. Concernant cette grossesse ma famille se sent : | Très heureuse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très malheureuse | |
| 3. Concernant cette grossesse, je me sens soutenue par les autres : | Beaucoup | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Pas du tout | |
| 4. Mon conjoint va s'impliquer auprès du bébé : | Beaucoup | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Pas du tout | N/A |
| 5. À la maison avec le bébé j'aurai de l'aide (précisez de qui ?) | | | | | | | | |

Commentaires : _____

▪ **Récents événements de vie stressants (déménagement, changement ou perte d'emploi, maladie ou décès dans la famille, problèmes financiers etc.)**

- | | | | | | | | | |
|--|------------|---|---|---|---|---|-----------------|--|
| 6. Durant la dernière année ma vie a été : | Très calme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très stressante | |
| 7. En même temps que ma grossesse des changements surviennent dans ma vie :
Si oui décrivez les changements : | | | | | | | non — oui — | |

Commentaires : _____

▪ **Relation avec le conjoint (si cela s'applique)**

- | | | | | | | | | |
|--|---------------|---|---|---|---|---|------------------|-----|
| 8. Ma relation avec mon conjoint est habituellement : | Très heureuse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Très malheureuse | N/A |
| 9. Après l'arrivée du bébé, je m'attends à ce que mon conjoint et moi nous nous entendions : | Très bien | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Pas bien du tout | N/A |

Commentaires : _____

Votre vie personnelle. S.V.P Répondez aux questions concernant votre vie et vos émotions.

10. Pour cette grossesse, j'ai rencontré le médecin la première fois à ____ semaines de grossesse.
Il s'agit de mon 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e enfant (indiquer le nombre d'enfants)
11. Je vais prendre des cours prénatals : non — oui —
Si non pour quelles raisons :
-

Commentaires :

▪ **Sentiments à propos du fait d'être enceinte**

12. Au moment où j'ai su que j'étais enceinte,
je me suis sentie : Très heureuse 1 2 3 4 5 Très malheureuse
13. Aujourd'hui je me sens au sujet
de ma grossesse : Très heureuse 1 2 3 4 5 Très malheureuse
-

Commentaires :

▪ **Relation avec les parents**

14. Lorsque j'étais enfant, je m'entendais
avec mes parents : Très bien 1 2 3 4 5 Très mal
15. Comme enfant, je me sentais aimée
par ma mère : Beaucoup 1 2 3 4 5 Pas du tout N/A
16. Comme enfant, je me sentais aimée
par mon père : Beaucoup 1 2 3 4 5 Pas du tout N/A
-

Commentaires :

▪ **Sentiments à propos du fait de devenir/d'être mère**

17. J'ai des inquiétudes à propos du
fait de devenir/d'être mère : Pas du tout 1 2 3 4 5 Beaucoup
-

Commentaires :

▪ **Bien-être émotionnel**

18. J'ai déjà eu des problèmes émotifs : non — oui —
19. J'ai déjà rencontré un psychiatre/
psychologue/travailleur social : non — oui —
20. Actuellement, je rencontre un psychiatre/
psychologue/travailleur social : non — oui —
21. Depuis que je suis enceinte, je
me sens généralement plutôt : Heureuse
Gaie 1 2 3 4 5 Triste
« Down »
-

Commentaires :

Le stress dans votre vie. S.V.P Répondez aux questions concernant le stress dans votre vie..

22. Dans le passé, j'ai eu un problème de consommation d'alcool : non oui

Commentaires :

23. Chaque semaine je bois _____ consommations.
(1consommation = 1 ½ oz de boisson forte, 12 oz de bière, 5 oz de vin)

Commentaires :

24. À certains moments, il arrive que je boive plus : non oui

Si oui décrivez :

25. Parfois :

- Je pense que j'ai besoin de réduire ma consommation d'alcool : non oui
- Je me sens coupable concernant ma consommation d'alcool : non oui
- Les gens qui critiquent mes habitudes de consommations, me dérangent : non oui
- J'ai besoin de prendre de l'alcool le matin : non oui

26. Dans le passé, j'ai consommé de la drogue : Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent

Commentaires :

27. Je consomme de la drogue, pour obtenir un effet agréable :
ex : marihuana Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent

28. J'ai des problèmes de drogue : non oui

Si oui décrivez :

29. Mon conjoint utilise de la drogue pour obtenir un effet agréable :
ex : marihuana Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent N/A

30. Mon conjoint a un problème de drogue : non oui N/A
Si oui décrivez

31. Dans le passé mon conjoint a eu un problème de drogue : non oui N/A

Commentaires :

▪ **Relation avec les parents (quand vous étiez un jeune enfant)**

32. Mes parents s'entendaient habituellement : Très bien 1 2 3 4 5 Pas du tout N/A

33. Parfois, mon père effrayait ou blessait ma mère : Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent N/A

34. Parfois mes parents m'effrayaient ou me blessaient : Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent N/A

35. J'ai été abusée sexuellement quand j'étais enfant : non oui

Commentaires :

▪ **Relation avec le conjoint (si s'applique)**

36. Ma relation avec mon conjoint est habituellement :	Sans tension	1	2	3	4	5	Avec beaucoup de tension	N/A
37. Nous réglons nos conflits :	Sans difficulté	1	2	3	4	5	Avec beaucoup de difficultés	N/A
38. Je me suis parfois sentie effrayée par ce que disait ou faisait mon conjoint :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	N/A
39. J'ai été battue, poussée, frappée par mon conjoint :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	N/A
40. J'ai parfois été rabaissée ou humiliée par mon conjoint :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	
41. J'ai été forcée d'avoir des relations sexuelles contre mon gré :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	N/A
Commentaires :								

▪ **Éducation des enfants**

42. J'ai des enfants qui ne vivent pas avec moi :							non _	oui _
43. Mon conjoint a des enfants qui ne vivent pas avec lui :							non _	oui _
44. J'ai été en contact avec la Direction de la protection Jeunesse (DPJ) :							non _	oui _
45. J'ai été punie sévèrement étant enfant :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	
46. Je crois que les fessés sont nécessaires :	Jamais	1	2	3	4	5	Très souvent	
Commentaires :								

47. En général, accordez-vous de l'importance à votre vie familiale ou émotionnelle : Pas du tout 1 2 3 4 5 Beaucoup
48. Quelles sont les choses qui vous intéressent le plus dans votre vie ?
-
-
-

49. Si vous souhaitez de l'aide psychologique, précisez pour quel type de difficultés?
-
-
-

Appendice B

Questionnaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété

S.T.A.I. (Spielberger et al., 1970)

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en ce moment.

	Pas du tout 1	Un peu 2	Modérément 3	Beaucoup 4
1. Je me sens calme	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
3. Je suis tendue	1	2	3	4
4. Je suis triste	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversée	1	2	3	4
7. Je suis préoccupée actuellement par des contrariétés possibles	1	2	3	4
8. Je me sens reposée	1	2	3	4
9. Je me sens anxieuse	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise	1	2	3	4
11. Je me sens sûre de moi	1	2	3	4
12. Je me sens nerveuse	1	2	3	4
13. Je suis affolée	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater	1	2	3	4
15. Je suis relaxée	1	2	3	4
16. Je me sens heureuse	1	2	3	4
17. Je suis préoccupée	1	2	3	4
18. Je me sens surexcitée et fébrile	1	2	3	4
19. Je me sens joyeuse	1	2	3	4
20. Je me sens bien	1	2	3	4

S.T.A.I. (Spielberger et al., 1970) - SUITE

Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez de façon générale.

	Presque jamais 1	Quelquefois 2	Souvent 3	Presque toujours 4
21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me fatigue rapidement	1	2	3	4
23. Je me sens au bord des larmes	1	2	3	4
24. Je souhaiterais être aussi heureuse que les autres semblent l'être ...	1	2	3	4
25. Je perds de belles occasions parce que je n'arrive pas à me déci- der assez rapidement	1	2	3	4
26. Je me sens reposée	1	2	3	4
27. Je suis calme, tranquille et en paix	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point que je ne peux pas en venir à bout	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureuse	1	2	3	4
31. Je suis portée à prendre mal les choses	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. J'essaie d'éviter de faire face à une crise ou une difficulté	1	2	3	4
35. Je me sens mélancolique	1	2	3	4
36. Je suis contente	1	2	3	4
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à me les sortir de la tête	1	2	3	4
39. Je suis une personne stable	1	2	3	4
40. Je deviens tendue et bouleversée quand je songe à mes préoccupations actuelles	1	2	3	4

Appendice C
Questionnaire POQ

Questionnaire sur l'issue de la grossesse Theut et al. (1988)

Traduction et adaptation : Emmanuelle Robert, 2001

Voici certains énoncés que des femmes enceintes ont formulés. Veuillez lire chacun d'entre eux puis encrer, en bout de phrase, la lettre (A, B, C ou D) qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

Presque toujours A	Souvent B	Quelquefois C	Presque jamais D	
1. J'ai la certitude que ma grossesse se déroulera sans problème.	A	B	C	D
2. J'ai peur que ma nervosité ait un impact sur l'issue de ma grossesse.	A	B	C	D
3. Je me fais du souci pour la santé de mon bébé.	A	B	C	D
4. L'issue de ma grossesse me rend nerveuse.	A	B	C	D
5. J'ai hésité à annoncer à mon entourage que j'étais enceinte.	A	B	C	D
6. Je me crois capable d'affronter les angoisses causées par cette grossesse.	A	B	C	D
7. Je m'inquiète à savoir si le déroulement de ma grossesse sera normal.	A	B	C	D
8. J'ai peur de ne pas pouvoir mener ma grossesse à terme.	A	B	C	D
9. Je me sens dépassée par les angoisses liées à cette grossesse.	A	B	C	D
10. Je m'inquiète de ma capacité à prendre soin de mon nouveau bébé.	A	B	C	D
11. Je suis convaincue d'avoir un certain contrôle sur l'issue de ma grossesse.	A	B	C	D
12. Le travail et l'accouchement me préoccupent.	A	B	C	D
13. Je suis certaine que mon bébé sera en santé.	A	B	C	D
14. J'hésite à entreprendre les préparatifs pour le nouveau bébé (chambre, accessoires, dévoilement de ma grossesse).	A	B	C	D
15. Je fais preuve de beaucoup de vigilance quant aux précautions à prendre pendant ma grossesse: poids, relations sexuelles, cigarette, alcool, activités, régime.	A	B	C	D

Appendice D

Questionnaire sociodémographique et histoire obstétricale

Nom: _____

Date: _____

Date de naissance: _____

No. de dossier: _____

Adresse: _____

No téléphone: _____

A. SOCIODÉMOGRAPHIE

1. Avez-vous un travail rémunéré?

 Oui Si oui, indiquez votre profession: _____ Non Si non, occupation actuelle: étudiante
 recherche d'emploi
 femme au foyer

2. Travaillez-vous

 à temps plein à temps partiel en congé de maternité

3. Pouvez-vous nous indiquer votre revenu familial annuel?

 0-14999\$ 35000-49999\$
 15000-24999\$ 50000-64999\$
 25000-34999\$ 65000\$ et +

4. Âge du bébé: _____ mois

5. Est-ce que c'est votre 1^{er} enfant? Oui
 Non Si non, combien d'enfants avez-vous: _____**B. ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES**

6. Avez-vous déjà eu dans le passé:

- Un avortement (IVG)? Oui Non
- Une ou plusieurs fausses couches? Oui, combien: _____ Non
- Autres pertes périnatales (i.e. enfant mort-né)? Oui Non7. Pour cette grossesse est-ce que vous avez eu des problèmes de fertilité pour lesquels vous avez reçu un traitement ou une aide quelconque? Oui Non**C. ACCOUCHEMENT**

8. Y a-t-il eu des complications lors de l'accouchement?

 Oui Si oui, de quelle nature: _____
 Non

9. Votre bébé est-il né à terme?

 Oui
 Non Si non, à combien de semaines de gestation: _____

10. Qui était présent à l'accouchement? _____

11. Votre bébé était-il en bonne santé à la naissance?

 Oui
 Non Si non, indiquer les problèmes de santé: _____

Appendice E

Questionnaire sur le support social (SSQ)

QUESTIONNAIRE SUR LE SUPPORT SOCIAL

Directives

Le but de ce questionnaire est de déterminer s'il y a, dans votre entourage, des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter, si vous en avez besoin. Chacune des questions comprend deux parties (A et B). Dans la partie A, nous vous demandons d'indiquer si dans certaines situations, vous connaissez des personnes qui peuvent vous aider ou vous supporter. Dans la partie B, nous vous demandons jusqu'à quel point cela vous satisfait.

Si pour une situation donnée, vous ne pouvez recevoir l'aide de personne, faites un crochet à côté du mot "Personne" (partie A) et indiquez jusqu'à quel point cela vous satisfait (partie B).

Vous pouvez être assuré(e) de l'entière confidentialité de vos réponses. Veuillez répondre de votre mieux à toutes les questions.

EXEMPLE

L'exemple qui suit vous aidera à mieux comprendre les directives. Vous n'avez pas à répondre.

Question: sur qui pouvez-vous compter pour lui dire tout ce que vous pensez?

A) S'il y a une ou plusieurs personnes (n'en indiquez pas plus que neuf) sur qui vous pouvez compter, inscrivez leur prénom ou leurs initiales et précisez de qui il s'agit (père, mère, amie, ami, etc.). Par exemple:

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____
Personne _____		

Si la réponse de cet exemple avait été qu'il n'y a personne sur qui vous pouvez compter, vous auriez fait un crochet à côté du mot "Personne".

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait, en encerclant le chiffre correspondant. Par exemple:

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfait (e)	satisfait (e)	satisfait (e)	insatisfait (e)	insatisfait (e)	insatisfait (e)

VOUS POUVEZ MAINTENANT COMMENCER À RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE.

1. Sur qui pouvez-vous compter quand vous avez besoin d'aide?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____
Personne _____		

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait.

+3 Très satisfaite (e)	+2 Moyennement satisfaite (e)	+1 Plutôt satisfaite (e)	-1 Plutôt insatisfait(e)	-2 Moyennement insatisfaite (e)	-3 Très insatisfaite (e)
------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

2. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous détendre quand vous êtes tendu(e) ou quand vous faites face à des difficultés?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____
Personne _____		

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait.

+3 Très satisfaite (e)	+2 Moyennement satisfaite (e)	+1 Plutôt satisfait (e)	-1 Plutôt insatisfaite (e)	-2 Moyennement insatisfaite (e)	-3 Très insatisfaite (e)
------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

3. Qui vous accepte totalement avec vos bons et vos mauvais côtés?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____	4. _____	7. _____
2. _____	5. _____	8. _____
3. _____	6. _____	9. _____
Personne _____		

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait.

+3 Très satisfait (e)	+2 Moyennement satisfait (e)	+1 Plutôt satisfaite(e)	-1 Plutôt insatisfaite (e)	-2 Moyennement insatisfaite (e)	-3 Très insatisfait (e)
-----------------------------	------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------

4. Est-ce qu'il y a quelqu'un qui vous aime toujours quoiqu'il arrive?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfaite (e)	satisfaite (e)	satisfaite(e)	insatisfaite(e)	insatisfaite(e)	insatisfaite(e)

5. Sur qui pouvez-vous réellement compter quand vous avez l'impression que vous n'en pouvez plus?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfaite (e)	satisfaite (e)	satisfait (e)	insatisfait(e)	insatisfaite(e)	insatisfaite(e)

6. Sur qui pouvez-vous compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé(e) ou que vous avez beaucoup de peine?

A) Indiquez le prénom ou les initiales et de qui il s'agit...

1. _____ 4. _____ 7. _____
 2. _____ 5. _____ 8. _____
 3. _____ 6. _____ 9. _____

Personne _____

B) Indiquez jusqu'à quel point, pour l'ensemble de ces personnes, le support que vous recevez vous satisfait.

+3	+2	+1	-1	-2	-3
Très	Moyennement	Plutôt	Plutôt	Moyennement	Très
satisfaite(e)	satisfaite (e)	satisfait (e)	insatisfait(e)	insatisfaite(e)	insatisfaite(e)

Appendice F

Échelle d'ajustement dyadique (DAS)

ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

Graham B. Spanier 1976

Traduction et adaptation :

Jacques Baillargeon Ph. D.
Gilles Dubois Ph.D
René Marneau Ph.D.

Département de Psychologie

Université du Québec à Trois-Rivières

Octobre 1983

LIRE ATTENTIVEMENT :

- Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle.
- Ne soyez pas préoccupé de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire sur le même instrument.
- Pour chaque question, indiquez votre réponse en inscrivant un seul X dans la case appropriée.
- Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

24. Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison ?.....

Dans tous	Dans la majorité	Dans quelques uns	Dans très peu	Dans aucun
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D'après-vous combien de fois les événements suivants se produisent-ils ?

25. Avoir un échange d'idées stimulant entre vous deux ?

Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Rire ensemble ?.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

27. Discuter calmement de quelque chose ?.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

28. Travailler ensemble sur quelque chose ?.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Les couples ne sont pas toujours d'accord. Indiquer si les situations suivantes ont provoqué des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines.

Cochez oui ou non

Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.

Être trop fatigué (e) pour avoir des relations sexuelles.

30.

Ne pas manifester son amour.

31. Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale « heureux » correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Cochez la case qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

Extrêmement mal heureux	Assez malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation ?

Cochez une seule réponse.

Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais presque n'importe quoi pour que cela arrive.

Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise.

Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que cela se réalise.

Ce serait bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver.

Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que je fais maintenant pour maintenir cette relation.

Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir.

Appendice G

Sondage sur les expériences vécues (LES)

SONDAGE SUR LES EXPÉRIENCES VÉCUES (Sarason et al., 1978)

Vous trouverez ci-dessous une liste d'événements qui surviennent parfois dans la vie des gens. Au cours des 12 derniers mois, auxquels des événements suivants avez-vous eu à faire face?

Pour chaque item, veuillez indiquer en cochant si l'événement est survenu dans votre vie il y a moins de 6 mois ou plus de 6 mois et jusqu'à quel point il a représenté une expérience positive ou négative pour vous au moment où il s'est produit. Un score de -3 correspond à un impact extrêmement négatif de cet événement dans votre vie. Un score de 0 indique qu'il n'a pas eu d'impact. Un score de +3 correspond à un impact extrêmement positif.

	Extrêmement négatif -3	Modérément négatif -2	Un peu négatif -1	Pas du tout d'impact 0	Un peu positif +1	Modérément positif +2	Extrêmement positif +3					
					0 à 6 mois	7 mois à 1 an						
1. Votre mariage				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2. Une détention en prison ou dans une autre institution				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3. Le décès de votre conjoint				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4. Un changement important dans votre sommeil (beaucoup plus ou beaucoup moins de sommeil ou un décalage de la période habituelle de sommeil)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5. Le décès d'un membre proche de votre famille				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6. Un changement important dans vos repas (beaucoup plus ou beaucoup moins de nourriture ou bien des heures ou des lieux de repas très différents)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7. La saisie d'une hypothèque ou d'un prêt				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8. Le décès d'un(e) ami(e) proche				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9. Un succès personnel exceptionnel				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10. Des infractions mineures à la loi (tickets de stationnement ou de vitesse, déranger l'ordre public, etc.)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11. Une grossesse				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12. Un changement important dans vos responsabilités au travail (promotion, déclassification, transfert)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13. Un changement important dans les heures ou conditions de votre travail				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14. Un nouvel emploi				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15. Une blessure ou une maladie grave d'un membre de la famille				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16. Des difficultés d'ordre sexuel				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
17. Des problèmes avec le patron				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18. Des problèmes avec les beaux-parents				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

SONDAGE SUR LES EXPÉRIENCES VÉCUES (Sarason et al., 1978) - SUITE

Extrêmement négatif -3	Modérément négatif -2	Un peu négatif -1	Pas du tout d'impact 0	Un peu positif +1	Modérément positif +2	Extrêmement positif +3						
				0 à 6 mois	7 mois à 1 an							
37. Une blessure ou une maladie grave d'un(e) ami(e) proche				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
38. Votre départ à la retraite (travail)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
39. Un fils ou une fille quittant la maison (mariage, université)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
40. Le commencement ou la fin de vos études				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
41. Une séparation d'avec le conjoint (due au travail, à un voyage, etc.)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
42. Vos fiançailles				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
43. Une rupture amoureuse				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
44. Départ du foyer familial pour la première fois				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
45. Un changement important dans vos affaires ou votre commerce (réorganisation, banqueroute...)				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
À part les événements qui viennent d'être mentionnés, y a-t-il eu au cours des 12 derniers mois d'autres événements importants dans votre vie?												
[] NON [] OUI, Veuillez indiquer lesquels:												
46.				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
47.				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
48.				[]	[]	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3