Institut de Psychologie

École doctorale Cognition, Comportement et Conduites Humaines

Laboratoire de Psychopathologie et des Processus de Santé

Équipe Périnatalité, Petite Enfance et Parentalité

L'anxiété spécifique à la grossesse : une entité clinique distincte ?

Étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale

Par Nicole Reeves

Thèse de doctorat de psychologie

Dirigée par Mme Jaqueline Wendland, Professeur

Présentée et soutenue publiquement le 13 novembre 2017

Devant un jury composé de :

Jaqueline Wendland, Professeur, Université Paris Descartes - Directrice de la thèse

Jaques Dayan, Professeur, Université de Rennes 1- Rapporteur

Francine de Montigny, Professeur, Université du Québec en Outaouais - Rapporteur

Antoine Guédeney, Professeur, Université Paris Diderot - Président du jury

Luc Roegiers, Université Catholique de Louvain - Membre du jury

Françoise Molénat, Docteure en médecine, CHU de Montpellier- Membre du jury invitée

Except where otherwise noted, this work is licensed under http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

Résumé

Les effets délétères de l'anxiété sur le cours de la grossesse, le fœtus, l'enfant et la mère sont bien documentés. Toutefois, la notion d'anxiété prénatale demeure sujette à débat quant à sa définition et à son évaluation. Des études empiriques récentes suggèrent que l'anxiété spécifique à la grossesse (ASG) est une entité clinique distincte. L'objectif principal de cette thèse était de contribuer à éclaircir cette question. Les objectifs spécifiques étaient de : a) explorer l'ASG d'un point de vue qualitatif ; b) comparer sa fréquence, son intensité, son évolution ainsi que celles des 5 facteurs qui la composent avec l'anxiété générale (AG) ; c) identifier ses facteurs de risque, de protection et ses corrélats associés; d) étudier sa capacité à prédire l'humeur maternelle post-natale.

Cette thèse est constituée de deux volets : un qualitatif et un quantitatif plus important. Dans un premier temps, des entretiens ont été menés auprès de 11 femmes enceintes à chaque trimestre de grossesse afin de constituer le matériel qualitatif. Par la suite, les données quantitatives ont été récoltées auprès de 155 femmes enceintes, recrutées au département d'obstétrique du CHU de Montréal, Canada, dès leur premier trimestre de grossesse (8-14 semaines d'aménorrhée). Elles ont complété un formulaire de consentement et d'informations sociodémographiques et obstétricales, des mesures du style d'attachement (RSQ), de l'ajustement conjugal (R-DAS), de soutien social (SSQ6), de dépression (EPDS), d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y). Les mesures d'AG, d'ASG et de dépression ont été répétées aux trimestres 2 (n=126) et 3 (n=120) et les mesures d'AG et de dépression ont aussi été récoltées quelques semaines après l'accouchement (n=110).

La thèse est présentée en trois articles. Le premier consiste en une revue de la littérature au sujet du style d'attachement comme facteur de risque de l'ASG, une notion encore faiblement étayée par des études empiriques. On constate toutefois que la théorie de l'attachement offre un cadre prometteur pour comprendre l'ASG. Le deuxième article décrit les résultats du volet qualitatif. Il appert de cette étude que les craintes de perte et, à l'opposé, d'envahissement, liées à l'expérience corporelle, contribuent à donner à l'anxiété prénatale son caractère spécifique. De plus, les mécanismes d'adaptation privilégiés sont centrés sur l'émotion, plutôt que sur la résolution de problèmes.

Quant au volet quantitatif, les résultats révèlent que l'AG et l'ASG apportent des informations distinctes au niveau de la symptomatologie, qu'elles évoluent différemment, que les facteurs de protection et de risque, tout comme les corrélats associés (ajustement conjugal, soutien social, style d'attachement, niveau de risque obstétrical, statut de parité, perte fœtale antérieure), les distinguent en partie.

Le troisième article a mis en évidence qu'un style d'attachement préoccupé est un prédicteur significatif de l'AG et de l'ASG à chaque trimestre de grossesse. Des analyses complémentaires ont identifié des différences importantes entre les 5 facteurs de l'ASG. Ainsi, le facteur 4 de l'ASG, « peur des changements », est le seul qui contribue à la prédiction de l'humeur maternelle post-natale et qui ne soit associé à aucune des variables obstétricales étudiées.

Ces résultats contribuent à documenter le fait que l'ASG est une entité clinique distincte. L'étude des 5 facteurs de l'ASG soulève la question de l'ASG comme entité

distincte unitaire ou comme entité multidimensionnelle. Nos travaux suggèrent aussi que les 5 facteurs peuvent être regroupés en deux grands types de craintes : celles reliées aux variables obstétricales (peur pour l'intégrité du bébé, peur d'accoucher) et les préoccupations de nature identitaire et relationnelle durant la grossesse et après l'accouchement. Ces constats sont discutés en termes d'accompagnement des femmes enceintes, de collaboration au sein des équipes et de stratégies thérapeutiques appropriées.

Mots clés : Anxiété prénatale, anxiété spécifique à la grossesse, style d'attachement, facteurs de risque, variables obstétricales

Pregnancy-Specific Anxiety: A distinct clinical entity?

Prospective and longitudinal comparative study of its progression, intensity, risk factors, associated correlates and effects on post-natal maternal mood.

Abstract

The deleterious effects of anxiety on the course of pregnancy, the fetus, the child and the mother are well documented. However, the definition and evaluation of prenatal anxiety remains open to debate. Recent empirical studies suggest that pregnancy-specific anxiety (PSA) is a distinct clinical entity. The main objective of this thesis is to clarify this question. The specific objectives are: (A) to explore the PSA from a qualitative point of view; (B) to compare its frequency, intensity, and development, and those of its five composing factors, with those of General Anxiety (GA); (C) to identify risk factors, protection factors, and associated correlates; D) to study its ability to predict post-natal maternal mood.

This thesis is composed of two parts: a qualitative study and a larger quantitative research. In the first study, interviews were conducted with 11 pregnant women during each trimester of pregnancy in order to collect qualitative data. Subsequently, quantitative data were collected from 155 pregnant women recruited from the Department of Obstetrics at the Montreal University Hospital Centre, in Canada, in their first trimester of pregnancy (8-14 weeks of amenorrhea). They completed a consent form, a socio demographic and obstetric questionnaire and measures of Attachment Style Measurement (RSQ) ; Marital Adjustment (R-DAS); Social Support (SSQ6) ; Depression (EPDS) ; PSA (PRAQ) ; and GA (STAI-Y)). Depression, PSA, and GA measurements were repeated in trimesters 2 (n = 126) and 3 (n = 120). GA and depression measurements were also collected a few weeks after delivery (n = 110).

The thesis is presented in three articles. The first is a literature review on attachment style as a risk factor for PSA, a concept that is still poorly supported by empirical studies. However, the theory of attachment offers a promising framework for understanding PSA. The second article describes the results of the qualitative study. It appears from this study that fears of loss and, conversely, of invasion, both related to corporal experience, contribute to give prenatal anxiety its specific character. In addition, the preferred coping mechanisms are emotion-focused rather than problem-focused.

As for the quantitative study, the results revealed that GA and PSA provide distinct symptomatology information and that they vary differently. Moreover, protective and risk factors, as well as associated correlates (conjugal adjustment, social support, attachment style, obstetric risk, parity status, previous fetal loss), partly distinguish them.

The third article highlighted that a preoccupied style of attachment is a significant predictor of GA and PSA in each trimester of pregnancy. Additional analyses pointed to significant differences between the five PSA factors. Factor 4, "fear of changes", is the only one that contributes to the prediction of post-natal maternal mood without being associated with any of the obstetric variables studied.

These findings help document the fact that ASG is a distinct clinical entity. The study of the five PSA factors raised the following question: is PSA a unitary distinct entity or

a multidimensional entity? Our work also suggests that the five factors can be grouped into two types of fears: concerns related to obstetric variables (fear for the integrity of the baby, fear of giving birth) and concerns of an identity and relational nature during pregnancy and after childbirth. These findings are discussed in terms of antenatal care routines, collaboration within teams and appropriate therapeutic strategies.

Keywords : Prenatal anxiety, pregnancy-specific anxiety, style of attachment, risk factors, obstetric variables

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma directrice de thèse, Madame la Professeure Jaqueline Wendland pour son encadrement dans la réalisation de ce projet. Sa disponibilité remarquable, son soutien bienveillant et son dynamisme ont rendu ce parcours de quatre ans, non seulement fructueux mais aussi fort agréable. Ses commentaires pertinents ont permis tout au long de ces travaux de relancer et d'approfondir ma réflexion.

Je remercie également les Professeurs Jacques Dayan et Francine De Montigny de me faire l'honneur d'être rapporteurs pour cette thèse, merci aux Professeurs Antoine Guédeney et Luc Roegiers d'avoir accepté de siéger sur ce jury ainsi qu'à Mme la Dre Françoise Molénat qui a accepté d'assister à cette soutenance.

Je tiens à remercier tous les étudiants en psychologie qui, avec enthousiasme, curiosité m'ont assistée et qui ont grandement contribué à ce que cette étude se concrétise. Je ne peux tous les nommer mais je tiens à souligner particulièrement la contribution de Marie Miclette, Marie Lhuissier, Sabrina Bolduc, Constance Leclerc, Jose Mendoza, Béatrice Decaluwe, Catherine Thibault-Leduc, Virginie Pelletier, Marianne Mansour, Diana Arnautu, Eva Bourbonnière.

Je remercie sincèrement M. Miguel Chagnon, de l'Université de Montréal pour le traitement statistique des données, pour sa disponibilité, ses conseils et son soutien rassurant. Merci à Mme Daniela Ziegler, documentaliste au CHUM pour son aide précieuse dans la recherche bibliographique et le traitement des références. Merci à toutes les infirmières et les commis des cliniques d'obstétrique du CHUM, grâce à qui, autant de participantes ont pu être recrutées et retenues jusqu'à la fin de l'étude.

Merci aussi à Mme la Dre Lysanne Goyer, chef du service de psychologie du CHUM qui a cru en ce projet et qui l'a soutenu. Merci au Comité Exécutif du Conseil Multidisciplinaire du CHUM pour les petites subventions à la recherche (PSR) obtenues de 2013 à 2017 ainsi que l'AQSMN pour la bourse professionnelle Yvon-Gauthier. Merci à Mmes Sylvie Duquette et Sylvie Massoulier pour la révision minutieuse du texte, ainsi que M. Jacques Poulin et Mme Audrey Reeves pour la traduction des documents.

Je tiens enfin à remercier chaleureusement ma famille, mes amis et mes collègues qui ont su m'encourager et croire en moi.

Table des matières

RESUME **2**

REMERCIEMENTS **6**

TABLE DES MATIERES **7**

1. REVUE DE LA LITTERATURE **9**

1.1 GROSSESSE, REMANIEMENTS PSYCHIQUES ET ANXIETE 13
1.1.1 La grossesse n'est pas une maladie *18*
1.2 PREVALENCE ET MESURE DE L'ANXIETE PRENATALE 20
1.2.1 Anxiété générale *20*
1.2.2 Troubles anxieux *22*
1.2.3 Anxiété spécifique à la grossesse *24*
1.2.4 Comorbidité anxiété / dépression *25*
1.2.5 Stress, détresse et anxiété *26*
1.3 ANXIÉTÉ SPÉCIFIQUE À LA GROSSESSE 28
1.3.1 Historique, dimensions et définitions de l'ASG *28*
1.3.2 Outils de mesure d'AG et d'ASG *31*
1.3.3 Anxiété générale et anxiété spécifique à la grossesse *34*
1.3.4 Analyse conceptuelle de l'ASG et études qualitatives *38*
1.4 FACTEURS DE RISQUE 47
1.4.1 Variables obstétricales *47*
1.4.1.1 Grossesse à risques élevés 47
1.4.1.2 Le statut de parité 48
1.4.1.3 Perte fœtale antérieure 49
1.4.2 Soutien social, soutien professionnel et période périnatale *49*
1.4.3 Support social et conjugal et anxiété prénatale *52*
1.4.4 Style d'attachement *54*
1.4.5 Article 1 *56*
1.5 OBJECTIFS ET HYPOTHESES 65
1.5.1 Volet qualitatif *65*
1.5.1.1 Objectif principal 65
1.5.1.2 Objectifs secondaires 65
1.5.2 Volet quantitatif *66*
1.5.2.1 Étude du caractère distinct de l'ASG 66
1.5.2.2 Étude des facteurs de risque et de protection 66
1.5.2.3 Valeur prédictive de l'anxiété prénatale sur les symptômes maternels en période post-natale 67
1.5.3 Hypothèses *67*

2. METHODOLOGIE **72**

2.1 VOLET QUALITATIF 72
2.1.1 Participantes *72*
2.1.2 Recueil des données *73*
2.1.3 Analyse des données *73*
2.2 VOLET QUANTITATIF 74
2.2.1 Participantes *74*
2.2.2 Procédures *74*
2.2.3 Outils de mesure *77*
2.2.3.1Questionnaire sociodémographique et données obstétricales 77
2.2.3.2 Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) (Questionnaire d'anxiété spécifique à la grossesse) (Van den Bergh et al., 1989) 77
2.2.3.3 State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) (Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété) (Spielberger et al., 1970) 78
2.2.3.4 Relationship Scales Questionnaire (RSQ) (Questionnaire des échelles de relation) (Griffin et Bartholomew, 1994). 78

2.2.3.5 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Échelle de dépression post natale d'Édimbourg) (Cox et al., 1987) 79
2.2.3.6 Social Support Questionnaire (SSQ6) (Questionnaire de support social) (Saranson, Levine, Basham et Saranson, 1983) 79
2.2.3.7 Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) (Échelle d'ajustement conjugal) (Busby, Christensen, Crane et Larson, 1995) 80

3. RESULTATS DU VOLET QUALITATIF : ARTICLE 2 81

4. RÉSULTATS DU VOLET QUANTITATIF 104

4.1 CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON 104
4.1.1 Seuils cliniques 105
4.1.2 Attrition de l'échantillon 106
4.2 ÉTUDE DU CARACTÈRE DISTINCT DE L'ASG 106
4.2.1 Évolution dans le temps de l'anxiété 112
4.3 ÉTUDE DES FACTEURS DE RISQUE (PROTECTION) ET CORRÉLATS ASSOCIÉS 117
4.3.1. Grossesse régulières et grossesses à risques élevés (GARE) et anxiété prénatale 117
4.3.2 Statut de parité et anxiété prénatale 118
4.3.3 Perte fœtale et anxiété prénatale 119
4.3.4 Ajustement conjugal et anxiété prénatale 120
4.3.5 Soutien social et anxiété prénatale 121
4.3.6 Analyses multivariées des facteurs de risque 122
4.4 CONTRIBUTION DE L'ANXIÉTÉ PRÉNATALE AUX SYMPTÔMES ANXIEUX ET DÉPRESSIFS POST-NATALS (T4). 124
4.4.1 Contribution de l'anxiété prénatale aux symptômes dépressifs post-natals 124
4.4.2 Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété « état » postnatale (T4) 126
4.4.3 Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété « trait » post-natale (T4) 127
4.5 ARTICLE 3 130
4.6 SYNTHESE DES RESULTATS AU REGARD DE NOS HYPOTHESES 147

5. DISCUSSION 151

5.1 VOLET QUALITATIF 151
5.2 VOLET QUANTITATIF 152
5.2.1 ASG et AG 153
5.2.2 Évolution dans le temps de l'anxiété de l'AG et de l'ASG 154
5.2.3. Facteurs de risque et de protection, corrélats associés 156
5.2.3.1. Grossesse à risques élevés 156
5.2.3.2 Le statut de parité 157
5.2.3.3 Antécédents de perte fœtale 157
5.2.3.4 Ajustement conjugal 157
5.2.3.5 Soutien social 158
5.2.3.6 Style d'attachement 158
5.2.3.7 Analyses multivariées des facteurs de risque 159
5.2.4 Prédiction de l'humeur maternelle post-natale 160
5.3 L'ASG, UNE ENTITE CLINIQUE DISTINCTE ? 161
5.4 ASG, ENTITE UNITAIRE OU ENTITE MULTIDIMENSIONNELLE ? 161
5.5 ASG OU DETRESSE SPECIFIQUE A LA GROSSESSE 164
5.6 LIMITATIONS 164
5.7 CONSIDERATIONS CLINIQUES ET PERSPECTIVES 165
5.7.1 Normal vs pathologique 165
5.7.2 Anxiété et parcours médical 166
5.7.3 Type de soutien 166
5.8 CONCLUSION 167

6. RÉFÉRENCES 169

ANNEXES 180

1. Revue de la littérature

Les troubles mentaux durant la période périnatale sont parmi les troubles de santé maternelle les plus importants, pouvant avoir des conséquences négatives tant sur la mère que l'enfant et la famille (Howard et al., 2014; Kendig et al., 2017).

Les troubles de la période post-natale ont fait l'objet de nombreuses études depuis l'article princeps de Pitt (1968) dans lequel était décrite la dépression « atypique » suivant l'accouchement, constituée de symptômes dépressifs et anxieux. En parallèle, la grossesse a longtemps été considérée comme une période au cours de laquelle les femmes étaient protégées des troubles de l'humeur grâce aux variations hormonales (Spinelli, 1997) et aux représentations sociales positives qui l'associent à un évènement attendu et heureux.

Cette croyance a toutefois été remise en question tant par l'observation clinique que par la recherche. En effet, les troubles dépressifs de la période post-natale ont souvent débuté dès la grossesse (Heron et al., 2004). Quant à elle, l'anxiété prénatale est un facteur de risque reconnu de la dépression post-natale (Milgrom et al., 2008; Robertson, Grace, Wallington et Stewart, 2004; Sutter-Dallay, Giaconne-Marcesche, Glatigny-Dallay et Verdoux, 2004). De plus, selon certaines études, les taux de dépression seraient plus élevés durant la grossesse qu'après l'accouchement (Evans, Heron, Francomb, Oke et Golding, 2001; Sutter-Dallay, Cosnefroy, Glatigny-Dallay, Verdoux et Rascle, 2012). Cependant, les symptômes anxieux seraient plus fréquents que les symptômes dépressifs durant la période périnatale (Faisal-Cury et Rossi Menezes, 2007; Lee et al., 2007). C'est ainsi que non seulement les symptômes dépressifs mais aussi les symptômes anxieux anténataux reçoivent désormais une attention grandissante.

En mars 2017, la *World Psychiatric Association* (WPA) a statué sur l'importance de mettre le focus au niveau international sur la santé mentale périnatale et a publié à cet effet le *« WPA Perinatal Mental Health Position Statement »*. Cet énoncé de position, rédigé par 12 experts de 8 pays différents, fait état d'une douzaine de recommandations à l'intention des décideurs et des soignants en périnatalité. On y recommande d'intégrer une évaluation psychosociale, à l'aide d'outils validés pour la population ciblée, dans le cadre du suivi médical de routine durant toute la période périnatale. De plus, il est précisément recommandé aux professionnels de mettre le focus, au-delà de la dépression, sur les autres symptômes tels l'anxiété, le stress post-traumatique et les symptômes somatiques (World Psychiatric Association, 2017).

En effet, on retrouve à ce jour beaucoup plus d'études portant sur la dépression que sur l'anxiété périnatale (Howard et al., 2014). Ces recommandations soulèvent évidemment la question du repérage des symptômes, au-delà de l'observation clinique, à l'aide d'outils validés auprès des femmes enceintes ou en période post-natale. Ainsi, l'échelle de dépression d'Edimbourg - EPDS (Cox, Holden et Sagovsky, 1987) est l'un des questionnaires le plus utilisé, partout dans le monde, pour détecter les symptômes dépressifs tant durant la grossesse que durant la période post-natale (Howard et al., 2014). L'EPDS est aussi utilisé pour évaluer l'anxiété, car il contient trois items qui repèrent les symptômes anxieux, permettant donc un premier dépistage, toutefois insuffisant pour saisir dans toute sa complexité un concept tel l'anxiété (Meades et Ayers, 2011).

La question de la mesure de l'anxiété durant la grossesse soulève, en effet, différentes questions que nous allons poser et tenter de mettre en perspective dans notre revue de la littérature. Évidemment, la question de la mesure est étroitement liée à celle de la définition et de l'opérationnalisation de l'anxiété prénatale. De façon générale, les études s'intéressant aux manifestations anxieuses durant la grossesse peuvent être regroupées en trois types selon les critères et les instruments utilisés. Nous retrouvons tout d'abord les recherches s'intéressant aux troubles anxieux tels qu'ils sont définis selon les critères du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM) (American Psychiatric Association., 2013); viennent ensuite celles qui recourent aux mesures de l'anxiété générale (AG) ; et enfin, plus récemment, un courant de recherche s'appuie sur des instruments développés précisément pour évaluer, définir, et décrire l'anxiété spécifique à la grossesse (ASG). Les différences entre ces types d'anxiété restent encore insuffisamment connues et donnent lieu à une grande disparité au niveau de leur mesure durant la grossesse (Brunton, Dryer, Saliba et Kohlhoff, 2015). Nous présenterons de façon détaillée ces trois types d'anxiété et les particularités de chacune dans la revue de la littérature (1.2). D'autre part, la reconnaissance de l'ASG comme entité clinique distincte ne fait pas l'unanimité parmi les chercheurs (Guardino et Dunkel Schetter, 2014). De plus, la question de la comorbidité entre l'anxiété et la dépression reste aussi au cœur du débat.

N'en reste pas moins que dans une perspective de prévention ou d'intervention, l'anxiété chez la femme enceinte est l'objet d'un intérêt croissant au sein de la communauté scientifique. Ceci trouve aussi écho au fait qu'en maternité, les symptômes et les troubles anxieux chez les femmes enceintes constituent une large part des demandes de consultation qu'adressent les obstétriciens aux professionnels de la santé mentale. Ces femmes en détresse réclament des tests, de l'écoute, du soutien, du temps et représentent un défi tant pour les

médecins, les infirmières que pour les professionnels du psychisme. Plusieurs d'entre elles s'étonnent d'être aussi bouleversées, fragiles, envahies par l'anxiété au point de ne plus se réjouir d'une grossesse, pourtant souvent désirée et planifiée de longue date. Chez d'autres, la symptomatologie est telle qu'elles sont atteintes dans leur fonctionnement quotidien, en arrêt de travail, acceptant parfois une médication, et ce, quasiment toujours à regret. Toutes ou presque s'inquiètent que leurs mouvements d'humeur et le « stress » affectent irrémédiablement l'enfant qu'elles portent. Ces inquiétudes motivent souvent la consultation chez le psychologue ou le psychiatre ; de ces professionnels, elles attendent des « outils » pour « gérer ce stress ». Très vigilantes, responsables, ces femmes recherchent toutes les informations sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire pour donner, dès la grossesse, les conditions propices, voire idéales, au développement de l'enfant.

La littérature psychanalytique est prolifique à propos de ces bouleversements affectifs et des singularités du psychisme de la future mère. Dès l'annonce de la grossesse, on assiste à un profond remaniement identitaire s'accompagnant d'une réactivation des conflits infantiles. Ces remaniements psychiques sont d'une intensité telle que les premiers cliniciens qui les ont décrits se sont interrogés sur le caractère pathologique de cette crise, finalement reconnue comme l'expression d'un processus normal d'adaptation (Brazelton et Heidelise, 1981). L'anxiété présente durant la grossesse est l'une des premières manifestations notables de ce bouleversement. Certains concepts pertinents à la compréhension du vécu affectif et des manifestations symptomatiques des femmes enceintes seront décrits à la section 1.1 de la revue de la littérature.

L'objectif général de cette thèse est d'explorer qualitativement et quantitativement la nature, la spécificité, l'évolution et l'objet de l'anxiété durant la grossesse et de questionner son caractère distinct. Les objectifs du volet qualitatif sont l'analyse longitudinale du phénomène, trimestre par trimestre, et des mécanismes d'adaptation privilégiés par les femmes enceintes face à l'anxiété. Les objectifs du volet quantitatif, quant à eux, sont l'étude longitudinale et prospective du caractère distinct de l'ASG, de certains facteurs de risque et de protection associés, ainsi que de sa contribution aux symptômes anxieux et dépressifs maternels en période post-partum.

Nous avons choisi d'explorer le caractère spécifique de l'anxiété prénatale car, bien que de nombreuses études aient documenté ses effets délétères sur le cours et l'issue de la grossesse (Dunkel Schetter, 2011; Dunkel Schetter et Tanner, 2012; Kramer et al., 2009), la mère (Grant, McMahon et Austin, 2008; Sutter-Dallay et al., 2004) et l'enfant à naître (Blair,

Glynn, Sandman et Davis, 2011; Van den Bergh et Marcoen, 2004), cette notion demeure encore mal connue (Guardino et Dunkel Schetter, 2014). De plus, l'anxiété prénatale constitue un important défi en termes de prévention et d'intervention en raison de sa prévalence. Au-delà des effets délétères décrits sur le fœtus, la détresse vécue par nombre de femmes durant la grossesse justifie en soi la nécessité de mieux la connaitre et la soulager, ou à tout le moins, ne pas l'exacerber, « *primum non nocere* ».

Ainsi, dans la présente thèse, nous allons dans un premier temps décrire les remaniements psychiques de la grossesse ainsi que quelques concepts cliniques psycho-dynamiques pertinents à la compréhension des manifestations et symptômes anxieux prénataux. Nous allons ensuite aborder la revue de la littérature sur l'anxiété prénatale et faire le point sur les recherches empiriques concernant ses différentes formes. Ceci permettra d'identifier les principaux points de débat retrouvés au sujet de la définition, de la mesure, de la prévalence, de la comorbidité avec la dépression et le stress et, enfin au sujet du caractère spécifique de l'anxiété durant la grossesse. Par la suite, nous présenterons une méta-analyse conceptuelle et des analyses qualitatives qui ont exploré la question de l'ASG d'une façon plus intime, c'est-à-dire du point de vue de l'expérience des femmes. Ceci complètera la revue de la littérature sur la définition, la conceptualisation, l'opérationnalisation et la mesure de l'ASG.

Nous nous intéresserons ensuite à quelques facteurs de risque et de protection de l'ASG (variables obstétricales, soutien social, ajustement conjugal, style d'attachement), ces derniers ayant été insuffisamment explorés jusqu'à présent (Dunkel Schetter, Niles, Guardino, Khaled et Kramer, 2016). Un des objectifs de cette thèse est, en effet, de mieux savoir qui sont les femmes à risque de présenter de l'ASG. Nous présenterons enfin un premier article publié qui a porté sur une revue de la littérature sur une de ces variables, le style d'attachement, comme facteur de risque de l'ASG (Reeves et Wendland, 2017). Ceci complètera la revue de la littérature (1.4.5).

Le chapitre 2 comportera la section méthodologie des études qualitative et quantitative, décrivant les caractéristiques des participants, les outils de mesure et la procédure de collecte des données pour chacun des volets.

Au chapitre 3, un second article publié, décrivant l'étude qualitative de l'anxiété, trimestre par trimestre, et des principaux mécanismes d'adaptation observés sera présenté (Reeves, Pelletier, Schauder, Thériault et Wendland, 2016).

Le chapitre 4 rapportera les résultats des analyses quantitatives au sujet des liens entre les mesures d'AG et d'ASG ainsi que les analyses portant sur les facteurs de risque et

corrélats associés à l'anxiété prénatale. On retrouvera aussi les résultats concernant l'étude de l'ASG et de l'AG comme prédicteurs des symptômes anxieux et dépressifs maternels post-natals. Finalement, le troisième article soumis pour publication, qui rapporte les résultats de la recherche quantitative sur le style d'attachement comme facteur de risque d'ASG (Reeves, Decaluwe et Wendland, 2017) complètera le chapitre 4.

Le chapitre 5 abordera la discussion des résultats des différentes études menées, suivie par les implications cliniques, les limites et les perspectives pour des recherches futures.

Au chapitre 6, on retrouvera les références bibliographiques. Les annexes contiennent les outils de mesure utilisés, les attestations des comités d'éthique, les formulaires de consentement, ainsi que les documents de collecte des données.

1.1 Grossesse, remaniements psychiques et anxiété

Dès les années 1950 et 1960, on trouve dans un nombre important de publications les descriptions des processus psychiques singuliers vécus durant la grossesse. Les notions de crise développementale et de remaniements psychiques ont ainsi été développées pour conceptualiser la gestation du point de vue psychologique. L'intensité de la crise vécue par les femmes enceintes entraine un tel bouleversement que plusieurs cliniciens y voient, à première vue, un phénomène pathologique comme le souligne Bayle (2005). En effet, ainsi que nous le verrons, le parallèle entre les processus propres à la grossesse et des phénomènes psychopathologiques est invoqué dans plusieurs publications de cette époque. Ainsi, Brazelton et Heidelise (1981) expriment leur étonnement devant les manifestations d'anxiété, en apparence pathologiques, inquiétantes, les bizarreries qu'expriment les femmes enceintes dans le cadre d'une recherche entreprise dans les années cinquante au Putnam Children's Center.

> « *Notre recherche (...) nous a fait découvrir au cours d'entretiens prénataux dans un cadre psychanalytique que les femmes primipares normales manifestaient une anxiété qui, au début, nous semblait présenter un caractère pathologique. Les matériaux inconscients étaient si chargés, si bizarres, et si près de la conscience qu'ils incitaient l'interviewer avant l'accouchement à faire les plus sombres prévisions quant à la capacité de ces femmes à s'adapter à leur rôle de mère. Cependant, quand nous les regardions agir en tant que mère, il nous semblait que cette angoisse et ce matériel inconscient étrange étaient là pour les inciter à se réorganiser et à trouver une plus*

juste adaptation. Nous avons alors pensé que l'anxiété prénatale et la distorsion de l'univers fantasmatique faisaient partie d'une réaction saine ; elles permettaient à la femme de quitter son ancien équilibre homéostatique et lui permettaient d'accéder à une nouvelle adaptation.(…) maintenant, nous considérons que l'ébranlement qui survient au cours de la grossesse sert à préparer les circuits pour que de nouveaux attachements puissent se créer (…) il sert enfin à préparer ses circuits pour qu'apparaisse une sorte de sensibilité au nouveau-né et à ses exigences (…). Ainsi, les troubles affectifs de la grossesse et de la période néonatale peuvent être considérés comme un élément positif témoignant de la bonne organisation de la mère, puisqu'ils lui permettent d'offrir à l'enfant un environnement plus individualisé et plus souple. »
(Brazelton et Heidelise, 1981, p.398)

Cette très éloquente citation contient tous les éléments d'une réflexion amorcée il y a près de soixante-dix ans autour de l'anxiété prénatale et qui se poursuit encore aujourd'hui, mais de façon différente, ainsi que nous le verrons. A l'instar de Brazelton et Heidelise (1981), d'autres cliniciens manifestent leur étonnement devant le caractère inquiétant des perturbations du bouleversement affectif, ou font référence à des phénomènes pathologiques pour décrire le vécu de la grossesse. Winnicott (1956/1989), dans un texte maintenant célèbre, publié en 1956, s'emploie à décrire l'état d'hypersensibilité de la mère qu'il compare à une maladie, à un « état psychiatrique ». La préoccupation maternelle primaire est le nom qu'il donne à la condition psychique particulière de la mère au cours des semaines précédant et suivant la naissance de l'enfant. Cet état se caractérise par le fait qu'il se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue à la fin de la grossesse et il durerait encore quelques semaines après l'accouchement. Cet état, comparé à un état pathologique, tel la dissociation ou un épisode schizoïde, fournit selon Winnicott la constitution d'un environnement essentiel pour le développement psychique de l'enfant. En effet, la mère ainsi sensibilisée peut s'identifier et mieux répondre aux besoins de son enfant.

« *Cet état organisé (qui serait une maladie, ne serait la grossesse) pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un état de dissociation, ou même encore à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus (…).Je ne pense pas qu'il soit possible de comprendre l'attitude de la mère au tout début de la vie du nourrisson si on n'admet pas qu'il faut qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité - presque une maladie- et*

de s'en remettre ensuite. (C'est à dessein que j'emploie le mot « maladie », parce qu'une femme doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état, et pour s'en guérir quand l'enfant l'en délivre). Nous pouvons maintenant dire pourquoi nous pensons que la mère du bébé est la personne qui convient le mieux pour les soins de ce bébé ; c'est parce qu'elle a pu atteindre cet état particulier de préoccupation maternelle primaire sans être malade. »

(Winnicott 1956/1989, p.287)

Cette citation fait, de plus, allusion aux concepts de régression et d'identification, sans qu'ils soient explicitement nommés. Ces concepts seront abondamment repris par plusieurs psychanalystes pour décrire les remaniements psychiques de la grossesse.

Bibring (1959) propose le concept de crise développementale pour expliquer les bouleversements affectifs observés chez les futures mères, dans le cadre d'une recherche psychanalytique qu'elle mène sur les processus psychologiques normaux de la maternité. Bibring conceptualise la grossesse comme une phase de développement au cours de laquelle la base de la personnalité est ébranlée pour retrouver une nouvelle individuation. La maternité fait surgir des structures psychiques mouvantes comme celles que l'on rencontre chez les adolescents. Lors de la grossesse, la femme se trouve confrontée à la nécessité de s'adapter à des modifications importantes de son corps et de sa psyché. Ceci ne peut se faire sans un bouleversement important, entrainant en particulier la réémergence des conflits psychiques non résolus des phases de développement précédentes. Bibring conclut que les perturbations importantes observées chez les patientes d'une clinique anténatale ne sont pas le reflet d'une névrose propre à chacune de ces femmes, mais sont plutôt attribuables à la grossesse en soi. L'état mental se rapproche normalement et réversiblement d'un état pathologique souligne-elle, elle aussi. Cette perturbation de l'équilibre de la personnalité donne temporairement l'image d'une désintégration plus grave. Il est intéressant de noter que, déjà en 1961, Bibring et ses collaborateurs évoquent le fait que l'anxiété soit, non pas de nature névrotique, mais plutôt intrinsèquement liée à la crise de la grossesse (Bibring, Dwyer, Huntington et Valenstein, 1961).

« *Significant anxieties other than those of a neurotic nature are a characteristic of pregnancy, that is, certain specific anxieties are inherent in this condition of crisis* ».

(Bibring et al., 1961, p. 26-7)

Cette citation sur l'importance de l'anxiété inhérente à la crise peut être considérée comme une des premières observations sur l'anxiété qui sera éventuellement qualifiée de « spécifique à la grossesse ». Finalement, Bibring et al. (1961), à l'issue de ces études, concluent que la crise de la grossesse est un phénomène normal et peut même être considérée comme essentielle à la croissance. Cette crise, dite de maturation, varie en fonction de la structure de personnalité, des enjeux conflictuels au moment de la grossesse et de la constellation familiale.

Ces écrits au sujet de la grossesse comme crise développementale posent les premiers jalons d'un important courant d'études sur la psychologie de la maternité. Chertok (1966) reprendra la notion de crise et insistera sur le fait que celle-ci est fonction du passé historique de chaque femme, et se caractérise par un équilibre instable du rapport pulsion-défense, ce qui en fait un phénomène à la fois progressif et régressif. La progression vers la relation mère-enfant passe par l'intégration des conflits et met ainsi en cause l'identité de la mère en devenir.

En France, Racamier, Sens et Carretier (1961) utilisent le néologisme « maternalité » pour désigner l'ensemble des processus affectifs qui se développent et s'intègrent durant la maternité. Les assises pulsionnelles et conflictuelles de la personnalité s'y remanient et trouvent normalement une forme et une solution nouvelles. C'est ce pouvoir intégrateur de la maternité qui lui confère ce statut d'authentique phase de développement. Par ailleurs, Racamier et ses collaborateurs décrivent l'économie psychique de la grossesse et le régime narcissique et fusionnel vécu autour du fœtus et entrainant une modification de l'organisation de la personnalité. La future mère aime indistinctement l'enfant qu'elle porte et son propre corps. Ce fonctionnement s'approche d'une modalité psychotique en raison de la confusion soi/autrui au détriment de la relation objectale. Cette phase au cours de laquelle la structure psychique s'approche normalement mais de façon réversible d'une structure psychotique est caractérisée par une régression intense. Il s'agit là d'un processus de régression normale et féconde, régression libidinale au plan oral et structurale au niveau préobjectal. Elle n'est ni pathogène, ni pathologique pour autant qu'elle soit consentie par le moi. Encore une fois, le caractère normal des phénomènes particuliers de la grossesse est souligné, la régression au niveau préobjectal, la confusion moi - non-moi est même souhaitable, en donnant accès à la double identification à l'enfant et à l'imago maternelle.

Bydlowski (2001), riche d'une grande expérience en maternité, a proposé le concept de transparence psychique pour qualifier un état particulier du psychisme au cours de la grossesse. Elle reprend aussi le concept de crise, soulignant que l'enjeu cette fois-ci est de

changer de génération et que cette crise réveille de l'anxiété liée à des conflits latents, mais est aussi porteuse de recherche et d'engagement et contient sa propre capacité évolutive. La recherche clinique lui permet de constater que la grossesse est le moment d'un état de transparence caractérisé par le fait que des fragments du préconscient et de l'inconscient remontent à la conscience. Cet état se caractérise aussi par un état relationnel particulier. La femme se trouve dans un état d'appel à l'aide latent, quasi permanent. C'est un état qui conditionne une aptitude particulière au transfert. Cette authenticité particulière de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de la grossesse. Les remémorations infantiles vont de soi. Elles ne soulèvent pas les résistances habituelles. L'état de conscience est modifié, le seuil de perméabilité à l'inconscient est abaissé. L'inconscient apparait dans toute sa clarté. D'anciennes réminiscences et des fantasmes régressifs affluent à la conscience sans rencontrer la barrière du refoulement. La grossesse est donc l'occasion d'une résurgence des temps forts de la névrose infantile et un moment privilégié d'alliance thérapeutique avec le narcissisme maternel favorisé par la transparence psychique. Tant pour Bydlowski que pour Bibring et ses collaborateurs, l'état particulier de la mère favorise le travail thérapeutique durant la grossesse et, de ce fait, permet un travail de prévention. En effet, Bibring et al. (1961) avaient déjà souligné que le déséquilibre accru, induit par la crise, favorise la recherche d'aide thérapeutique et permet, à travers le lien transférentiel, une stabilisation relativement rapide de l'état de la patiente.

Le phénomène de double identification à sa propre mère et à l'enfant qu'elle fut se dévoile aisément dans le transfert, la femme étant dans un état d'attente que Dayan, Andro et Dugnat (2014) qualifient de pré-transférentiel favorable. Elle est souvent prête à accueillir l'aide d'une personne qui prendrait soin d'elle et comprendrait ses besoins et attentes en tant que mère. Tout clinicien en maternité a entendu nombre de femmes enceintes saisir l'occasion d'une première grossesse pour consulter en psychologie, soucieuses d'offrir à l'enfant porté, dans ce jeu de double identification, un avenir différent, dans un processus de réparation de soi-même à travers l'enfant. Ces considérations quant à la transparence psychique sont fort importantes et peuvent être mises en lien avec les questions de soutien et du style d'attachement que nous aborderons dans les sections 1.4.2 à 1.4.5 de la revue de la littérature. Toutefois, selon Dayan et ses collaborateurs, le concept de transparence psychique n'est pas toujours opérant, l'estime de soi peut être insuffisante, les représentations de devenir mère trop conflictuelles, les mécanismes de défense insuffisants pour soutenir le processus de maternité et contenir les remaniements. La transparence cède alors la place à une forme d'opacité. De même, Wendland (2007) pose l'hypothèse que plusieurs femmes vivant une

grossesse multiple, débordées par l'intensité de l'expérience corporelle et l'anxiété au sujet de leur santé et de celle des bébés, souffrent d'un appauvrissement de la vie psychique pouvant se traduire par une absence de transparence psychique.

Quant à elle, Raphael-Leff (2009) propose le concept de perméabilité psychique pour décrire un relâchement involontaire des barrières entre les niveaux de conscience. Les pensées, fantasmes, habituellement refoulés, montent à la conscience, la grossesse psychique a ainsi une fonction développementale en permettant une réorganisation du concept de soi. Chaque grossesse provoque un remaniement des ressources internes, ce qui implique de trouver des solutions et une réinterprétation du passé à la lumière du présent. Les femmes ne réagissent évidemment pas toutes de la même façon devant cette levée des contenus psychiques. Certaines deviennent introspectives, sont sensibles et écoutent les manifestations de leur inconscient, alors que d'autres s'en détournent. Toutefois, la plupart des femmes vont vivre d'intenses et brusques changements d'humeur, une émotivité accrue, des états de conscience altérés, des trous de mémoire, des envies intenses et de soudains « insights » au sujet de leur grossesse. Cette perméabilité se traduit aussi par l'abondance et la richesse des rêves rapportés, dont certains à forte résonnance anxieuse qui révèlent l'importance des peurs vécues.

Raphael-Leff (2009) insiste, elle aussi, sur le fait que la grossesse entraine une résurgence des conflits latents qui remontent à la surface, encapsulés, avec l'intensité d'autrefois. La perméabilité psychique est telle que des moments de rage, de frustration peuvent être vécus dans une confusion du passé avec le présent. Dès le premier trimestre, les conflits non résolus, en particulier avec la mère, sont revécus et entrainent d'intenses pics d'anxiété, susceptibles même de mettre la grossesse en danger. En fin de parcours, l'imminence de l'accouchement est susceptible de raviver des angoisses primitives telles que la peur secrète d'être vidée de sa substance, la peur de se révéler telles qu'elles sont en raison de la perte de contrôle devant les douleurs de l'accouchement ; des craintes qui habitent de nombreuses femmes. Raphael-Leff conclut qu'en raison de leur caractère irrationnel, ces peurs sont puissantes et ne peuvent être soulagées par la raison, alors que d'autres sont plus réalistes et peuvent être atténuées par les préparations prénatales.

1.1.1 La grossesse n'est pas une maladie

Ainsi, dans un premier temps, Winnicott, Brazelton, Bibring sont étonnés, inquiets devant les manifestations psychiques des bouleversements chez les femmes enceintes. Toutefois, ce qui leur parait bizarre, inquiétant, témoigne, constatent-ils après une observation

attentive, des remaniements identitaires et de l'intensité du déséquilibre provoqué par la crise. L'intérêt des concepts de préoccupation maternelle primaire, de transparence ou de perméabilité psychique est qu'ils nous permettent de comprendre que les remaniements entrainent des changements, une levée fantasmatique, un abaissement des mécanismes de défense, des mouvements régressifs, en bref, différents phénomènes dont témoignent, entre autres choses, l'importance des manifestations anxieuses observées.

Parallèlement à ces fines observations de cliniciens quant au caractère adaptatif des remaniements psychiques et de leurs manifestations sous forme de symptômes anxieux, régressifs, un courant de recherche s'intéresse depuis quelques décennies à l'anxiété pendant la grossesse. Cet intérêt va en grandissant alors que nombre de travaux mettent en évidence les effets délétères de l'anxiété prénatale, tant sur la mère que l'enfant, d'où l'importance de la détection précoce.

Comment alors réconcilier les observations des cliniciens allant dans le sens de reconnaitre le caractère adaptatif de la crise vécue lors de la grossesse avec les exigences d'une culture qui promeut la prévention précoce, via le repérage des symptômes anxieux, maintenant reconnus comme des facteurs de risque avérés de complications tant pour la mère que l'enfant. Ainsi, on peut se mettre en garde contre une attitude qui peut dériver vers le contrôle, l'enfermement. Roegiers (2003), à cet égard, souligne qu'une évolution au plan des représentations peut se faire en cours de grossesse et que chaque événement, surtout s'il met en évidence le fœtus, est susceptible de bouleverser les attitudes de la future mère envers l'enfant à naitre.

> « *La femme enceinte a besoin d'expulser son ambivalence, sa lassitude sans être diagnostiquée de mère à risque… mais une lecture trop rapide de leurs approches (auteurs) peut aboutir à des projets normatifs de prévention aux allures de contrôle* ». (Roegiers, 2003, p.278)

Le contraste entre ces paradigmes, la reconnaissance du caractère adaptatif de la crise et une culture de prévention ultra précoce met à l'avant-scène la question inévitable du normal et du pathologique durant la grossesse, comme dans nombre de phénomènes psychologiques. Nous allons maintenant considérer de près l'ensemble de ces recherches empiriques qui ont pour objectif de déterminer la prévalence, la définition, la mesure de l'anxiété prénatale et surtout de faire la lumière sur les différents types d'anxiété afin d'étudier le caractère distinct de l'anxiété chez les femmes enceintes, ce qui correspond à l'objectif principal de la présente thèse.

1.2 Prévalence et mesure de l'anxiété prénatale

La prévalence précise de l'anxiété prénatale demeure encore mal connue (Dunkel Schetter et Tanner, 2012; Goodman, Chenausky et Freeman, 2014) en raison du manque de consistance au niveau de sa définition et de son opérationnalisation durant la grossesse. Deux grandes approches peuvent être préconisées pour mesurer l'anxiété prénatale: 1) utiliser des outils généraux développés auprès d'autres populations en les validant auprès d'une population périnatale; 2) développer des mesures spécifiques à la période périnatale (Matthey, Valenti, Souter et Ross-Hamid, 2013; Meades et Ayers, 2011). Nous discuterons de ces deux approches et des problèmes méthodologiques propres à chacune.

1.2.1 Anxiété générale

Malgré des données disparates, les études rapportent une prévalence importante de l'anxiété générale durant la période prénatale. Les taux rapportés varient de 14 à 59,5 % (Faisal-Cury et Rossi Menezes, 2007; Heron et al., 2004; Rubertsson, Hellstrom, Cross et Sydsjo, 2014). Selon Lee et al. (2007), 54 % des femmes rapporteraient de l'anxiété à au moins un des trimestres de grossesse.

Nous retrouvons, selon cette approche, les études qui évaluent l'anxiété générale (AG) au moyen d'auto-questionnaires, non spécifiques à la grossesse. Le *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970) est de loin l'outil le plus utilisé auprès de la population périnatale (Brunton et al., 2015; Evans, Spiby et Morrell, 2015; Littleton, Breitkopf et Berenson, 2007; Newham, Westwood, Aplin et Wittkowski, 2012). Le STAI est constitué de deux sous-échelles, constituées chacune de 20 items. La sous-échelle « état » mesure l'anxiété au moment de la passation, c'est-à-dire, un phénomène transitoire en lien avec une situation particulière. Quant à elle, l'échelle « trait » mesure le trait anxieux, considéré plutôt comme une composante stable de la personnalité (Spielberger, 1985). Ce questionnaire, tout comme d'autres questionnaires d'AG, est utilisé soit de façon dimensionnelle, soit comme instrument de dépistage en fonction des seuils cliniques.

Divers problèmes sont liés à l'utilisation de ces instruments pour mesurer l'anxiété des femmes enceintes. Tout d'abord, ces outils de mesure d'AG ont rarement été validés auprès de la population périnatale, ce qui peut donner lieu à des interprétations erronées et à des données difficilement comparables (Meades et Ayers, 2011). D'autre part, les seuils utilisés varient d'une étude à l'autre. Ainsi, dans le cas du STAI, on retrouve dans certaines études (Faisal-Cury et Rossi Menezes, 2007; Grant et al., 2008) l'utilisation d'un seuil faible (> 40),

dans d'autres, un seuil moyen (> 45) (Conde, Figueiredo et Bifulco, 2011), et enfin Field et al. (2010) préconisent un score plus élevé (> 48). Le STAI a été traduit et validé auprès d'une population francophone en obstétrique. Bruchon-Schweitzer et Paulhan (1993) cités par Bocquet et Deruelle (2014) suggèrent qu'un score inférieur à 45 désigne une anxiété faible, moyenne entre 45 et 55, forte entre 55 et 65 et très forte au-dessus de 65. L'utilisation de ces différents seuils rend les comparaisons entre les études impossibles si le STAI est analysé d'une façon catégorielle.

Un autre problème important, fréquemment soulevé par le recours aux mesures d'AG, est la question des changements physiologiques attribuables à la grossesse. En effet, un certain nombre d'items peuvent perdre leur validité apparente chez les femmes enceintes dans la mesure où ils peuvent être plutôt attribuables à la grossesse qu'à l'anxiété, risquant ainsi de surestimer le taux d'anxiété (Matthey et Ross-Hamid, 2011; Newham et al., 2012). Ce sont d'ailleurs ces mêmes arguments qui ont prévalu au développement de l'échelle post-natale EPDS, de laquelle sont retirés les symptômes somatiques attribuables à la situation post-natale plutôt qu'à la dépression (Cox et al., 1987).

En effet, des femmes enceintes non anxieuses peuvent rapporter des symptômes somatiques, une tension physique et ainsi présenter des scores comparables à ceux des femmes anxieuses. Le recours à ces instruments généraux risque donc de surestimer le taux d'anxiété chez les femmes enceintes. Plusieurs études rapportent des scores plus élevés au STAI chez les femmes enceintes que dans la population générale (Faisal-Cury et Rossi Menezes, 2007; Newham et al., 2012). Ceci peut être interprété de deux façons, soit par cette confusion au niveau de l'attribution des symptômes physiques, soit parce que les femmes enceintes ont généralement, en effet, un niveau d'anxiété plus élevé dû au fait que la grossesse est un évènement de vie susceptible d'entrainer une augmentation de l'anxiété, se traduisant donc par des résultats plus élevés aux mesures d'AG.

Brunton et al. (2015) ont répertorié les instruments de mesure rapportés dans la littérature entre 1983 et 2013 pour mesurer l'anxiété prénatale. Ils concluent que l'argument le plus souvent utilisé pour justifier le recours à l'un ou l'autre des questionnaires d'anxiété générale, tel que le STAI, est justement la fréquence d'utilisation. Les auteurs soulignent toutefois qu'un usage fréquent n'est pas un indicateur de la validité et que les qualités psychométriques du STAI pour mesurer l'anxiété des femmes enceintes n'ont pas été suffisamment documentées. Dans le même sens, Evans et al. (2015) constatent que le STAI peut représenter à ce jour un des meilleurs outils auprès des femmes enceintes, mais que des

recherches sont encore nécessaires pour confirmer ses qualités psychométriques auprès de cette population.

Meades et Ayers (2011) estiment que la validité prédictive du STAI est faible, ce qui peut être problématique si l'outil est employé dans un but de dépistage clinique. Toutefois il peut être une mesure robuste et spécifique de l'anxiété validé par des entretiens cliniques auprès de la population périnatale à des fins de recherche. Gunning et al. (2010) se sont intéressés à la validité de contenu du STAI auprès des femmes enceintes. Pour ce faire, ils ont demandé aux femmes de répondre à la question suivante « comment vous sentez-vous au sujet de votre grossesse? ». Les auteurs concluent que le STAI présente une bonne validité de contenu, puisque les résultats à l'échelle « état » étaient en accord avec les commentaires des femmes à cette question ouverte. De plus, les auteurs rapportent que les femmes présentant un bas niveau d'anxiété rapportaient aussi plus de commentaires positifs. En résumé, les auteurs des revues récentes de la littérature (Brunton et al., 2015; Evans et al., 2015; Meades et Ayers, 2011) s'accordent pour reconnaitre que les outils généraux actuellement utilisés sont insuffisamment validés auprès de la population ciblée, des seuils et des normes spécifiques aux femmes enceintes n'ayant pas encore été établis. Finalement, le choix des instruments dépend des buts visés, aucun ne serait plus recommandable qu'un autre, certains outils étant plus adéquats à des fins de recherche, d'autres à des fins de dépistage selon Meades et Ayers.

1.2.2 Troubles anxieux

D'autres chercheurs dans ce domaine s'intéressent plutôt aux troubles anxieux tels qu'ils sont décrits dans le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM5) (American Psychiatric Association., 2013). Ces troubles psychiatriques sont habituellement évalués par un entretien clinique ou un questionnaire structuré. La prévalence de ces troubles anxieux varie de 13 à 21 % durant la grossesse et de 11 à 17 % après l'accouchement (Fairbrother, Young, Janssen, Antony et Tucker, 2015).

Une revue récente de la littérature met en évidence une importante prévalence des troubles anxieux anténataux, mais ici aussi on retrouve de grandes variations dans les taux rapportés selon les études. De plus, les résultats sont inconsistants entre les différentes études et ne permettent pas de conclure qu'il y a une plus grande prévalence des troubles anxieux durant la grossesse qu'à d'autres moments de la vie (Goodman et al., 2014).

Par ailleurs, certains problèmes sont constatés au sujet de la mesure des troubles anxieux durant la grossesse. Ainsi, si un nombre important de femmes enceintes décrit des préoccupations en lien avec la grossesse, ces dernières sont souvent d'un niveau sous-

clinique, c'est-à-dire non détectées si l'on applique les critères du DSM, ou ne sont pas captées par des questionnaires d'anxiété générale (Ross, Gilbert Evans, Sellers et Romach, 2003; Wenzel, Haugen, Jackson et Robinson, 2003). La fréquence du trouble anxieux généralisé en période périnatale est évaluée entre 6 et 8 %, mais une symptomatologie anxieuse incomplète est retrouvée chez près de 20 % des femmes (Dayan et al., 2014). Les symptômes anxieux, même en deçà d'un seuil clinique, peuvent aussi avoir une influence négative sur la relation mère-enfant (Zelkowitz et Papageorgiou, 2005), d'où l'importance de les considérer.

Ces craintes témoignent d'une détresse importante (Ross et al., 2003) qui ne sera identifiée que si l'on mesure l'ASG. La question de la mesure de l'ASG sera développée amplement dans la section 1.3.2.

D'autre part, les critères du DSM pour les troubles anxieux contiennent des items se rapportant à des symptômes physiques qui peuvent être attribuables tant à la grossesse en soi qu'à l'anxiété, risquant ainsi de détecter de nombreux faux positifs. Ce risque de confusion se retrouvait aussi au niveau des évaluations auto-rapportées d'AG, ainsi que nous l'avons déjà discuté. Afin de mieux distinguer ces aspects, Matthey et Ross-Hamid (2011) ont demandé à des femmes enceintes dans quelle mesure les symptômes rapportés (se sentir fatiguée, avoir de la difficulté à dormir etc.) étaient attribuables aux changements physiques liés à la grossesse plutôt qu'à l'anxiété. Les auteurs ont conclu, à la lumière des réponses des participantes, que le taux de troubles anxieux durant la grossesse risque d'être surestimé si l'on utilise les critères du DSM en raison de ce problème d'attribution.

Quoique les troubles anxieux soient généralement diagnostiqués au moyen d'entretiens cliniques ou de questionnaires structurés, on retrouve un questionnaire auto-rapporté, développé à cette intention, le *Perinatal Anxiety Screening Scale* (PASS) (Somerville et al., 2014). Cet instrument a été conçu afin de détecter, à l'aide d'un seuil, les troubles anxieux durant la période périnatale. Les 31 items sont basés sur les critères du DSM IV définis pour les différents troubles anxieux. Seuls les deux premiers items adressent spécifiquement des préoccupations liées à la grossesse (ex. durant le dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous inquiétée au sujet de la grossesse ou du bébé ?). Tous les autres items sont généraux, mais ont été validés auprès d'une population périnatale. L'utilité de cet outil est le dépistage des troubles anxieux de nature psychiatrique.

1.2.3 Anxiété spécifique à la grossesse

Nous retrouvons également un courant de recherche qui s'intéresse aux manifestations spécifiques de l'anxiété durant la grossesse. Parmi les premières observations au sujet de l'ASG en tant que phénomène distinct, on retrouve les travaux de Theut, Pedersen, Zaslow et Rabinovich (1988). Les auteurs ont comparé des femmes qui avaient vécu un deuil périnatal à un groupe contrôle. L'outil de mesure de l'ASG, le *Pregnancy Outcome Questionnaire* (POQ), conçu par les auteurs de l'étude, a permis de différencier les femmes qui ont perdu un enfant des femmes du groupe contrôle, alors que la mesure d'AG n'a pas permis de le faire. Cette étude est parmi les premières à mettre en relief le caractère distinct de l'anxiété chez les femmes enceintes. Par la suite, les études de Wadhwa, Sandman, Porto, Dunkel-Schetter et Garite (1993) ont mis en évidence le rôle prédominant de l'ASG par rapport à l'AG dans la prédiction de complications pour le fœtus à la naissance (accouchement prématuré et petit poids à la naissance). A l'instar de ce qui a été observé pour l'étude de la dépression prénatale, ce sont les effets sur l'enfant à venir qui ont beaucoup contribué à stimuler la recherche sur l'anxiété prénatale. Comme le remarquent Guardino et Dunkel Schetter (2014), les liens entre l'ASG et les naissances prématurées ont suscité un grand intérêt pour l'ASG.

En effet, ces premières publications ont ouvert le chemin à un nombre important de travaux ayant montré que l'ASG était un prédicteur plus robuste que l'AG des complications aussi bien sur le cours de la grossesse qu'au niveau du développement de l'enfant (Dunkel Schetter, 2011; Dunkel Schetter et Tanner, 2012). La plus grande validité prédictive de l'ASG sur les complications en cours de grossesse suggère qu'il s'agit d'une entité différente de l'AG. L'étude des différences entre les types d'anxiété au niveau de la validité prédictive et à d'autres égards sera discutée plus longuement dans la section 1.3.3.

Plusieurs arguments sont invoqués pour considérer et mesurer l'ASG dans sa spécificité. Huizink, Mulder, Robles de Medina, Visser et Buitelaar (2004) soulignent l'importance de clarifier l'objet et la nature de l'anxiété plutôt que d'utiliser des mesures d'anxiété générale pour en évaluer le niveau. Les mesures d'AG qui n'ont pas été développées pour la période anténatale sont à risque de passer à côté des facettes de l'anxiété particulière à cette période (Meades et Ayers, 2011). Un nombre substantiel de femmes enceintes ne se retrouvent pas dans les critères des outils généraux, car ces derniers ne ciblent pas les peurs et préoccupations particulières à la grossesse.

Par ailleurs, la prévalence de l'ASG est difficile à établir, car les auteurs privilégient une approche dimensionnelle. Ceci est cohérent avec le fait que l'ASG peut être considérée le

long d'un continuum. D'un côté, il peut s'agir d'une réponse normale de l'adaptation à la grossesse (Guardino et Dunkel Schetter, 2014; Oates, 2002), d'autre part, l'anxiété peut atteindre un niveau de gravité tel que le fonctionnement quotidien est sérieusement perturbé (Wenzel, 2011). Par ailleurs, les instruments mesurant l'ASG sont plus utiles s'ils détectent le niveau et la sévérité de détresse, plutôt que la présence ou l'absence de PSA de façon catégorielle (Brunton et al., 2015).

1.2.4 Comorbidité anxiété / dépression

La question de la comorbidité ou de la distinction entre la dépression et l'anxiété en périnatalité est sujette à discussion et nécessite encore d'importantes recherches. En 1968, Pitt notait déjà le caractère atypique de la dépression post-natale. Cette dépression se distinguerait des tableaux habituels de dépression par la présence, entre autres, de symptômes dits « névrotiques » telle l'anxiété, l'irritabilité et les phobies (Pitt, 1968). L'anxiété a longtemps été vue comme un symptôme ou un facteur de risque de dépression, et non comme une entité en soi, ce qui s'explique par la grande comorbidité entre les deux phénomènes (Hendrick, Altshuler, Strouse et Grosser, 2000).

Par ailleurs, l'importance des symptômes anxieux dans les tableaux dépressifs en période prénatale est telle qu'il faut se demander si ce qui est qualifié de dépression et mesuré par l'EPDS ne serait pas mieux défini comme étant un trouble anxieux. En effet, les symptômes d'anxiété seraient plus fréquents chez les femmes déprimées durant la période périnatale que chez les femmes déprimées en d'autres périodes de la vie (Hendrick et al., 2000; Ross et al., 2003). La comorbidité a été rapportée fréquemment dans la littérature (Heron et al., 2004; Teixeira, Figueiredo, Conde, Pacheco et Costa, 2009; Wenzel, Haugen, Jackson et Brendle, 2005). Ross et ses collègues ont trouvé que près de 50 % des femmes ayant un diagnostic de dépression périnatale présentaient également de hauts niveaux d'anxiété. D'autres études suggèrent toutefois que l'anxiété existe de façon indépendante (Brunton et al., 2015). Ainsi, Faisal-Cury et Rossi Menezes (2007) notent une prévalence nettement plus importante d'anxiété (59.5%) que de dépression anténatale (19.6%) dans une population de femmes enceintes. Huizink et al. (2004) constatent que l'AG, ainsi que la dépression, expliquent seulement une petite part de la variance de l'ASG, suggérant donc que l'ASG est une entité indépendante de la dépression.

Les femmes souffrant de troubles anxieux durant la grossesse auraient trois fois plus de risques de développer une dépression post-natale (Sutter-Dallay et al., 2004). Une étude prospective portant sur un important échantillon de 12361 femmes a permis de mettre en

évidence que l'anxiété prénatale est l'un des plus importants prédicteurs de dépression du post-partum (Milgrom et al., 2008).

Les résultats d'études récentes suggèrent qu'une part de comorbidité existe entre dépression et anxiété, alors que des niveaux élevés de dépression en début de grossesse sont associés à des niveaux élevés d'anxiété en fin de grossesse, qui à leur tour prédisent des symptômes dépressifs en post-partum (Rallis, Skouteris, McCabe et Milgrom, 2014a).

1.2.5 Stress, détresse et anxiété

Le dernier point à considérer au sujet de la prévalence et de la conceptualisation de l'anxiété durant la grossesse est la question des notions de stress et de détresse que l'on retrouve également dans la littérature sur la psychopathologie périnatale. Selon Rallis et ses collaborateurs (2014b), le concept de détresse englobe à la fois l'anxiété, la dépression et le stress, ce dernier comme entité distincte aurait toutefois été peu étudié dans le contexte périnatal. Une revue de la littérature visant à identifier les études qui ont défini le stress comme un état affectif distinct en période périnatale révèle que seulement deux études publiées ont répondu aux critères de recherche. C'est dire que le concept de stress, pourtant fréquemment évoqué tant dans le langage familier que dans le langage scientifique, est souvent confondu avec d'autres états affectifs, en particulier l'anxiété. On constate que les termes anxiété, stress et détresse sont souvent utilisés de façon interchangeable dans les études durant la période périnatale, comme ailleurs (Rallis, Skouteris, McCabe et Milgrom, 2014b). Ainsi, on peut observer que certains des instruments utilisés pour mesurer la détresse, tel le *Revised Prenatal Distress Questionnaire* (RPDQ) (Lobel et al., 2008) comportent des items en tous points comparables à ceux retrouvés dans les questionnaires mesurant l'ASG (ex. « Vous sentez-vous préoccupée par la question de la douleur durant l'accouchement? » ou « Avez-vous des craintes que le bébé naisse prématurément ? »). Aussi, dans deux revues de la littérature sur les instruments de mesure du stress spécifique à la grossesse, on retrouve des outils de mesure aussi bien de l'AG que de l'ASG (Alderdice, Lynn et Lobel, 2012; Nast, Bolten, Meinlschmidt et Hellhammer, 2013), ceci suggérant que l'anxiété serait une dimension du stress. Les liens entre l'anxiété et le stress ne semblent pas clairement définis. Ainsi, tantôt l'anxiété est considérée comme une source de stress (Nast et al., 2013), tantôt comme une réponse émotionnelle à des évènements stressants (DaCosta, Larouche, Dritsa et Brender, 1999; Lobel et al., 2008).

La notion de stress a évolué depuis le modèle de Selye, développé en 1936 qui est axé sur la réponse neurobiologique de l'individu aux demandes de l'environnement (Selye, 1976).

Holmes et Rahe insistent plutôt sur les évènements causant le stress, soit les agents stressants (Holmes et Rahe, 1967). Selon la plus récente conceptualisation de Lazarus et Folkman (1984), le stress est composé à la fois des évènements générant du stress, de la perception de ces évènements et enfin par la réponse neurobiologique d'adaptation au stress. L'anxiété « état » peut être considérée comme une réponse de l'individu à l'évènement stressant selon ce modèle.

Selon l'approche dite transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984), le stress psychologique, soit la réponse de l'individu est considérée comme le résultat d'une transaction, la résultante d'un déséquilibre entre ses capacités et les exigences de l'environnement. Ce modèle plus complet tient compte tant des éléments de la réalité extérieure que des ressources de l'individu.

Rallis et ses collègues définissent le stress comme une entité différente de l'anxiété et de la dépression. Le stress serait un état émotionnel négatif qui implique un état d'alerte chronique et un niveau de fonctionnement diminué. Rallis et al. (2014b) proposent que des affirmations faites dans un contexte périnatal, telles que « ne plus se sentir soi-même », « avoir le sentiment d'être incapable de faire face à la situation », « se sentir débordée », en bref, qui témoignent du déséquilibre entre les ressources de l'individu et les exigences de la situation, désignent le stress. Cette définition tient compte de la dimension de stress perçu ou de déséquilibre que proposent Lazarus et Folkman (1984). Toujours selon Rallis et ses collaborateurs, des sentiments persistants d'être incapable ou de ne pas y arriver sont susceptibles de contribuer au développement de l'anxiété et de la dépression. Ainsi, dans cette conception, l'état affectif de stress précèderait et contribuerait même au développement des manifestations anxieuses et dépressives. D'autre part, on peut penser que des symptômes dépressifs contribueront à la façon de percevoir les évènements. Dans une étude portant sur 214 femmes évaluées à 6 reprises durant la grossesse, Rallis et al. (2014a) observent que les symptômes de dépression en début de grossesse sont prédictifs des symptômes anxieux, dépressifs et de stress en fin de grossesse.

La question de la mesure du stress prénatal et de sa spécificité dans un contexte prénatal est en fait aussi complexe que celle de la mesure de l'anxiété, aussi bien au niveau de la définition, que de la conceptualisation et de la mesure. Ainsi, Lobel et al. (2008) ont comparé les mesures de stress spécifiques à la grossesse à des mesures générales et ont conclu que la mesure de stress spécifique serait un meilleur prédicteur de l'issue de la grossesse que l'indice de stress général. Toutefois, selon DaCosta et al. (1999), les études reposent généralement sur une mesure unidimensionnelle du stress, soit via des mesures d'anxiété, soit

par des mesures des évènements sources de stress. Une approche permettant de saisir tous les aspects du stress, tel que défini par Lazarus et Folkman (1984) serait, selon Da Costa et al., une mesure plus robuste et fidèle du construit.

Actuellement, les recherches sont difficilement comparables, car les chercheurs ne s'intéressent pas tous aux mêmes dimensions et la définition même du stress reste imprécise. De plus, peu d'auteurs ont précisé le concept de stress psychologique en y intégrant à la fois l'interprétation subjective de la femme enceinte, ses ressources émotionnelles et ses stratégies adaptatives. En effet, ces trois dimensions peuvent amener l'individu à voir un même évènement stressant soit comme une menace, soit de façon positive comme un défi, selon Rossignol (2011). De même, Rallis et al. (2014b) soulignent que le stress fait partie intégrante d'un phénomène d'adaptation qui se déploie sur un continuum du normal au pathologique dans la transition à la maternité. Le concept de stress a, en effet, été développé et étudié principalement auprès de populations normales, le concept de stress psychologique traduisant l'état de tension de l'individu afin de mieux affronter une menace (Rossignol, 2011).

En résumé, il semble que les concepts d'anxiété, de stress et de détresse prénatale restent à définir et à décrire plus clairement afin de mieux les distinguer au plan conceptuel et éventuellement opérationnaliser les outils de mesure. Les données obtenues au sujet de la validité convergente suggèrent que le stress spécifique à la grossesse, le stress global et l'anxiété sont des construits qui se recoupent partiellement, mais sont différents, chacun apportant sa contribution respective dans le contexte de la maternité (Alderdice et al., 2012). De même, Dunkel Schetter et Tanner (2012) soulignent l'importance de discriminer les effets indépendants et comorbides des symptômes dépressifs, anxieux, de l'ASG, et enfin, des différentes formes de stress sur l'enfant et la mère.

1.3 Anxiété spécifique à la grossesse

1.3.1 Historique, dimensions et définitions de l'ASG

L'ASG a été conceptualisée et mesurée de diverses façons (Arch, 2013), ainsi que nous le verrons dans cette section. Dès les années 1950, on retrouve une étude s'intéressant aux manifestations anxieuses spécifiques à la grossesse. Pleschette, Asch et Chase (1956) ont identifié, parmi les sources d'anxiété les plus fréquemment citées par les femmes enceintes primipares : la peur de la douleur (60%) ; d'être blessée durant l'accouchement (64%) ; des

peurs concernant le bébé, notamment de le perdre (50%) ; ou qu'il soit porteur d'une anomalie fœtale (50%). Les auteurs soulignaient aussi que l'anxiété durant la grossesse, sous une forme ou une autre, était toujours présente.

A Montréal, Burstein, Kinch et Stern (1974) ont développé le *Pregnancy Anxiety Scale* (PAS), questionnaire élaboré à partir de certains des items du questionnaire créé par Pleschette en 1956. Il faudra toutefois attendre près de vingt ans avant que le travail de Burstein soit repris. En effet, en 1991, Levin procède à une analyse factorielle du PAS (10 items) qui suggère que l'anxiété chez les 266 femmes rencontrées se présente sous forme d'un modèle en trois dimensions : anxiété à propos de la grossesse, de l'accouchement, et de l'hospitalisation (Levin, 1991).

Un peu plus tôt, en 1979, Standley et ses collaborateurs avaient cherché à déterminer si l'anxiété prénatale était une entité unitaire ou si elle était constituée de différentes dimensions. Pour ce faire, ils ont administré 7 mesures d'anxiété dont une mesure d'AG, une mesure de la symptomatologie psychiatrique et cinq mesures d'ASG (anxiété physique, à propos de l'intégrité du fœtus, de l'accouchement, des soins à l'enfant, de l'allaitement). Une analyse factorielle a permis d'identifier trois dimensions du concept : 1) anxiété au sujet de la grossesse, de l'accouchement ; 2) des soins à donner à l'enfant ; et 3) une symptomatologie psychiatrique (Standley, Soule et Copans, 1979). Cette étude était la première à suggérer que l'ASG est un concept multidimensionnel qui inclut des éléments identifiables (Bayrampour et al., 2016). Ce modèle est constitué de trois dimensions, tout comme celui de Levin (1991) quoique légèrement différent.

De leur côté, Glazier, Elgar, Goel et Holzapfel (2004) ont identifié des préoccupations au sujet du bébé (santé, normalité, condition), à propos de l'apparence de la future mère et enfin au sujet de l'accouchement. Sjögren (1997) a évoqué l'existence de peurs spécifiques et intenses chez des femmes consultant dans un service psychosomatique, telles que la peur de la mort de l'enfant, de la mère ou des deux (55%) ; la crainte de sa propre incompétence (65%) ; de la douleur (44%) ; de la perte de contrôle (43%) durant l'accouchement ; de l'accouchement lui-même ; de complications médicales ou encore de changements dans la vie personnelle.

En 1989, Van den Bergh développe le PRAQ *(Pregnancy Related Anxiety Questionnaire*) constitué de 55 items, dont certains issus du PAS (Levin, 1991). L'analyse factorielle exploratoire appliquée sur les résultats de 231 femmes au troisième trimestre de grossesse révèle l'existence de 5 facteurs liés à des peurs : peur de l'accouchement ; peur de porter un enfant handicapé ; peur des changements dans la relation avec le partenaire ; peur

des changements dans la vie de future mère ; peur des changements au niveau de son humeur et de la relation mère-enfant (Van den Bergh et al., 1989). Une étude factorielle plus récente (2007) met en évidence les 5 facteurs suivants : 1) préoccupations au sujet de soi, du partenaire et de la relation conjugale durant la grossesse (15 items) ; 2) peur au sujet de l'intégrité du bébé (6 items) ; 3) peur de l'accouchement (9 items) ; peur des changements (9 items) ; 5) préoccupations au sujet des futures relations mère-enfant, père-enfant et la relation avec le partenaire (16 items), (Bea R. H. Van den Bergh, communication personnelle, 16 novembre 2014).

Le PRAQ a donné lieu à deux versions révisées, plus courtes. En 2004, Huizink et ses collaborateurs reprennent l'analyse factorielle du PRAQ-R, première version plus courte proposée par Van den Bergh (1990) constituée de 34 items. Les résultats des analyses factorielles suggèrent qu'en dépit de la confirmation du modèle en 5 facteurs, 3 facteurs expliquent la plus grande part de la variance de l'anxiété spécifique à la grossesse. La version révisée comporte donc les facteurs suivants : peur d'accoucher, de porter un enfant handicapé et préoccupations au sujet de son apparence. De plus, au terme de l'analyse factorielle confirmatoire, les auteurs ont retenu 10 items qui constituent désormais le PRAQ-S (short) (Huizink et al., 2004).

Dans une étude récente, Blackmore, Gustafsson, Gilchrist, Wyman et G. O' Connor (2016) ont identifié deux facteurs. L'anxiété spécifique a été mesurée à l'aide de 7 questions issues de questionnaires existants, sans plus de précisions sur les dits questionnaires. L'analyse factorielle a mis en évidence un premier facteur constitué de 4 items qualifié d'anxiété spécifique reliée à l'enfant (PrA-child). Ces items concernent des inquiétudes au sujet de la santé de l'enfant. Le deuxième facteur, anxiété spécifique à soi (PrA-self), est constitué de trois items reliés à l'accouchement.

Ainsi, on constate que l'anxiété à propos de l'accouchement est une dimension commune à toutes les études mentionnées. En dépit du fait que les recherches confirment l'existence de différentes dimensions, ces dernières ne seront identifiées que si elles sont captées par les échelles. Ainsi, l'éventail des dimensions de l'ASG rapportées dans la littérature varie grandement en fonction des questionnaires. Selon Bayrampour et al. (2016), on en répertorie neuf dans les outils décrits dans la littérature, mais selon cette étude, aucun des questionnaires existants n'engloberait toutes ces dimensions. Les plus fréquemment rapportées sont les craintes au sujet de la santé du fœtus, la mort fœtale, l'accouchement et les soins au nouveau-né. On retrouve aussi des inquiétudes au sujet du bien-être de la mère, de

son image corporelle, ainsi que des questions au sujet des services de santé, des problèmes pécuniaires ou familiaux et du soutien social, des thèmes rapportés dans une moindre mesure.

Une définition de l'ASG est proposée en 1999 par Rini et ses collègues. Ces dernières la présentent comme une anxiété liée au contexte et constituée par les peurs au sujet de la santé de la mère et du bébé et de l'accouchement (Rini, Dunkel-Schetter, Wadhwa et Sandman, 1999). Dunkel Schetter (2011) précise qu'il s'agit d'un syndrome distinct (Huizink et al., 2004) et ajoute aux peurs précédemment nommées par Rini et al. (1999), les craintes au sujet des expériences reliées au suivi médical et à l'hospitalisation, ainsi que les préoccupations autour du rôle de mère. Cet état émotionnel singulier serait étroitement associé à l'anxiété « état », soit l'anxiété vécue de façon transitoire en lien avec une situation particulière, par opposition au trait anxieux qui est une composante de la personnalité (anxiété trait). L'ASG se distingue toutefois de l'anxiété « état » car elle est liée spécifiquement aux préoccupations concernant la grossesse en cours, selon Dunkel-Schetter.

Au terme d'une analyse conceptuelle effectuée sur 38 études qualitatives et quantitatives s'intéressant à l'ASG, Bayrampour et ses collaboratrices ont proposé une définition plus large qui tient compte aussi des conséquences au niveau du fonctionnement social. L 'ASG serait définie comme de la nervosité et des peurs au sujet de la santé du bébé, de la santé et de l'apparence de la mère, de l'expérience avec les services de santé, des questions pécuniaires et sociales liées à la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité qui sont accompagnées de préoccupations (ruminations) excessives et de symptômes somatiques. Les auteurs ajoutent aussi que les cas graves d'anxiété peuvent avoir des conséquences au niveau comportemental, tels qu'une attitude négative et des comportements d'évitement ou de recherche excessive de réassurance (Bayrampour et al., 2016).

1.3.2 Outils de mesure d'AG et d'ASG

On retrouve quelques revues récentes de la littérature portant sur l'étude des qualités psychométriques des outils de mesure d'AG et d'ASG durant la grossesse (Alderdice et al., 2012; Brunton et al., 2015; Evans et al., 2015), ainsi qu'une revue s'intéressant aux mesures d'AG auprès des femmes enceintes (Meades et Ayers, 2011). Brunton et ses collègues répertorient 7 instruments développés pour mesurer l'ASG : les deux versions du PAS (Levin, 1991) ; le PRAQ (Van den Bergh et al., 1989) et ses deux formes révisées (PRAQ-S et PRAQ-R). S'y ajoutent le *Pregnancy Specific Anxiety Scale* (PSAS) (Roesch, Schetter, Woo et Hobel, 2004) et le *Pregnancy Related Thoughts* (PRT) (Rini et al., 1999), aussi nommé le *Pregnancy Related Anxiety Scale* (PRAS), développés par l'équipe de l'Université de

Californie à Los Angeles. Le PSAS évalue à quelle fréquence les femmes éprouvent certaines émotions au sujet de la grossesse durant la dernière semaine. La liste de 10 questions comporte 4 adjectifs pertinents à partir desquels le score d'anxiété spécifique sera calculé. Il s'agit de 4 items similaires aux items du STAI, à l'exception de l'énoncé au sujet de la grossesse à la fin de chaque question. Cette échelle, qui présente une bonne validité prédictive et de contenu (Guardino et Dunkel Schetter, 2014), n'a toutefois pas été conçue pour évaluer la nature des menaces réelles ou imaginées qui suscitent l'anxiété chez les femmes enceintes. Cet outil permet de mesurer uniquement la réponse émotionnelle des femmes à la grossesse.

Le second instrument, le PRT, développé par l'équipe de Californie, est constitué de 10 questions qui, quant à elles, permettent d'identifier les sources d'inquiétudes qui engendrent de la détresse. Le PRT, est une échelle qui, à l'origine, était constituée de 5 items (PRAS) (Wadhwa et al., 1993). Rini et ses collègues l'ont enrichie de cinq autres items et ont procédé à des analyses factorielles qui ont permis d'identifier trois dimensions : inquiétudes au sujet de la santé de la mère, du bébé et de l'accouchement (Rini et al., 1999).

Parmi les 15 échelles de mesure de la détresse spécifique à la grossesse décrites dans la revue de littérature d'Alderdice et al. (2012), on retrouve plusieurs échelles d'ASG. Plusieurs de ces questionnaires ont aussi été répertoriés par Brunton et al. (2015). Alderdice et ses collègues décrivent trois autres mesures d'ASG : le *Cambridge Worry Scales* (CWS) (Green, Kafetsios, Statham et Snowdon, 2003), le *Pregnancy Experience Questionnaire* (PEQ) (Da Costa, Brender et Larouche, 1998) et le *Pregnancy Outcome Questionnaire* (POQ) (Theut et al., 1988). Le CWS regroupe les préoccupations des femmes enceintes en fonction des quatre thèmes suivants : socio-médical, socioéconomique, santé et relations. Les items sont énoncés de telle façon que les dimensions cognitive et affective de l'anxiété sont repérées. Le *Pregnancy Expérience Questionnaire* (PEQ), développé à Montréal, comporte des items s'intéressant à l'attitude et l'ajustement maternels et aux sources de stress psychosocial. Quant au POQ, il a été conçu pour mesurer l'anxiété chez des femmes ayant vécu antérieurement une perte fœtale.

On retrouve enfin une troisième revue de la littérature sur les questionnaires auto-rapportés de l'anxiété durant la grossesse (Evans et al., 2015). Les auteurs ajoutent aux questionnaires déjà répertoriés par les revues précédentes, l'étude des qualités psychométriques de 3 outils : Le *Matthey Generic Mood Question* (MGMQ) (Matthey et al., 2013), le *Tillburg Pregnancy Distress Scale* (TPDS) (Pop et al., 2011) et le *Rural Pregnancy Experience Scale* (RPES) (Kornelsen, Stoll et Grzybowski, 2011). Le MGMQ, qui mesure

l'humeur et les difficultés d'adaptation, a été comparé à deux mesures d'AG et à deux mesures d'ASG. Selon Matthey et ses collègues, le MGMQ est l'outil qui performe le mieux afin de détecter les femmes qui rencontrent les critères diagnostiques pour un trouble de l'anxiété.

Le TPDS (Pop et al., 2011) a été conçu à partir de focus groupes et d'entretiens auprès de femmes enceintes et de cliniciens. Deux facteurs ont émergé de ces entretiens et des analyses statistiques : les affects négatifs et l'engagement du partenaire. Les auteurs suggèrent l'importance de recherches futures sur la perception qu'ont les femmes du soutien apporté par le partenaire. Cette dimension sera discutée dans la section 1.4.3 sur l'ajustement conjugal.

Cette multiplication de questionnaires témoigne à la fois de la difficulté à opérationnaliser et à définir le concept, mais aussi d'un grand intérêt pour l'anxiété prénatale et de l'importance de l'identifier et de la mesurer adéquatement. Guardino et Dunkel Schetter (2014) rapportent qu'il n'y a pas de consensus actuellement au sujet de la définition, de l'opérationnalisation ni de la mesure de l'ASG. En effet, certains outils mettent l'accent sur la réponse émotionnelle, alors que d'autres cherchent à identifier les sources d'anxiété. Cependant, plusieurs questionnaires ont une approche mixte et visent à évaluer autant les sources d'anxiété que les réponses émotionnelles des femmes enceintes. Ces outils, tel le PRAQ, peuvent être considérés comme des instruments qui reposent sur une opérationnalisation plus robuste et fidèle. Ces questionnaires permettent d'aller chercher à la fois la nature des inquiétudes, telle que la peur que le bébé ne soit pas en bonne santé, et en même temps l'intensité des peurs vécues (Alderdice et al., 2012).

Soulignons que les dimensions ou sources d'anxiété mesurées diffèrent d'un instrument à l'autre. La plupart des échelles mesurent les craintes au sujet de la santé fœtale, celles de perdre le bébé et les peurs autour de l'accouchement. Bayrampour et ses collègues ont répertorié, dans leur méta-analyse (38 études) neuf dimensions, précédemment énumérées. Selon cette revue, aucune échelle couramment utilisée ne considère toutes ces dimensions. Toutefois, il faut noter que le questionnaire de Van den Bergh et al. (1989), dans sa version longue, repère de façon assez exhaustive ces neuf dimensions. Bayrampour et al. (2016) n'avaient considéré que la version courte révisée du PRAQ (Huizink et al., 2004), plus fréquemment utilisée que la version longue, dans les études publiées.

Ainsi, les revues de la littérature consultées (Alderdice et al., 2012; Brunton et al., 2015; Evans et al., 2015; Meades et Ayers, 2011) répertoriant les outils de mesure de l'anxiété prénatale, qu'ils mesurent l'AG ou l'ASG, mettent en évidence le manque d'assises théoriques et d'évidences concernant la validité des questionnaires utilisés. Alderdice et ses

collaborateurs soulignent que des données sur la validité prédictive ne sont rapportées que pour 5 des 15 mesures étudiées, mais que les données rapportées permettent tout de même de confirmer que les mesures de stress spécifiques sont de meilleurs prédicteurs de naissance prématurée que les mesures générales.

L'importance de mieux décrire et de reconnaitre l'ASG au plan clinique et de la mesurer avec un instrument étayé par une théorie solide et possédant de bonnes qualités psychométriques est soulignée de façon unanime. Aussi, Brunton et al. (2015) concluent qu'aucun des instruments de mesure désignés pour mesurer l'ASG ne possède suffisamment d'envergure et de profondeur pour le faire adéquatement à l'heure actuelle.

De plus, aucune de ces échelles ne mesure les manifestations physiologiques de l'anxiété. Ce constat n'est pas étonnant, compte tenu de la problématique déjà discutée au sujet des symptômes communs à la grossesse et à l'anxiété. Toutefois, il serait important que des recherches futures puissent circonscrire les symptômes somatiques attribuables à l'anxiété tels que les troubles du sommeil, qui permettraient d'évaluer la gravité du syndrome (Bayrampour et al., 2016). Enfin, aucune des échelles répertoriées ne tient compte des manifestations anxieuses plus spécifiques à chaque trimestre de grossesse (Brunton et al., 2015). De plus, la prévalence de l'anxiété peut varier en fonction du moment de l'évaluation durant la grossesse (Teixeira et al., 2009), ce qui rend aussi hasardeuses les comparaisons entre les études. Cette question des différentes dimensions et de l'évolution de l'ASG durant la grossesse sera discutée plus longuement dans la section suivante sur la comparaison entre AG et ASG.

1.3.3 Anxiété générale et anxiété spécifique à la grossesse

A ce jour, il demeure difficile de distinguer les différents types d'anxiété dans le contexte de leur mesure durant la grossesse (Brunton et al., 2015). De plus, comme nous avons vu, la définition et la conceptualisation de l'ASG ne font pas encore l'objet d'un consensus.

Quoique quelques chercheurs (Arch, 2013; Blackmore et al., 2016; Brunton et al., 2015; Huizink et al., 2004; Matthey et al., 2013; Robert, David, Reeves, Goron et Delfosse, 2008) aient commencé à explorer les similarités et les différences entre l'AG et l'ASG, un travail important reste à faire afin de différencier les concepts et de mettre en lumière la spécificité de l'anxiété chez les femmes enceintes. Plusieurs auteurs (Blackmore et al., 2016; Brunton et al., 2015; Dunkel Schetter, 2011; Dunkel Schetter et Tanner, 2012; Guardino et Dunkel Schetter, 2014; Huizink et al., 2004) questionnent la reconnaissance de l'ASG comme

un syndrome distinct, différent de l'AG, possédant sa propre validité de construit et discriminante. Depuis que Huizink et ses collègues ont clairement posé en 2004 la question de la reconnaissance de l'ASG comme une entité clinique distincte, plusieurs études ont contribué à documenter ce débat. Les principaux arguments rapportés dans la littérature à ce sujet seront ici résumés.

L'ASG est corrélée de façon modérée à l'AG, confirmant qu'il y a un recoupement partiel entre les construits, mais qu'il y a aussi un phénomène unique propre à l'ASG (Alderdice et al., 2012; Arch, 2013; Blackmore et al., 2016; Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini et Hobel, 2005; Huizink et al., 2014; Huizink et al., 2004; Kane, Dunkel Schetter, Glynn, Hobel et Sandman, 2014; Lobel et al., 2008; McMahon et al., 2013; Robert et al., 2008). Selon Blackmore et al. (2016), ces corrélations permettent de constater dans quelle mesure les symptômes des différents types d'anxiété peuvent être distingués sur le plan empirique.

De façon plus détaillée, Huizink et al. (2004) rapportent que seulement entre 17 et 27 % (premier et second trimestre respectivement) de la variance de la dimension « peur de porter un enfant handicapé » et entre 10 et 8 % de la variance de la dimension « préoccupations à propos de son apparence » sont expliquées par une combinaison d'anxiété « trait », « état » et de dépression. Ces résultats suggèrent ainsi qu'une part considérable de la variance de l'ASG est indépendante des niveaux d'anxiété générale. De même, Arch (2013) rapporte que l'AG et l'anxiété « état » contribuent respectivement à 15 et à 26 % à la variance de l'ASG, suggérant aussi que cette dernière serait un construit distinct de l'AG.

Par ailleurs, plusieurs études montrent que l'AG et l'ASG évoluent différemment durant la grossesse (Blackmore et al., 2016; Huizink et al., 2014; Lobel et al., 2008). En fait, l'ASG est constituée de différentes dimensions (Guardino et Dunkel Schetter, 2014; Huizink et al., 2004) et chacune d'entre elles varie de façon singulière. Certaines dimensions de l'ASG diminuent en intensité avec l'avancement de la grossesse alors que d'autres s'amplifient. Ainsi, de façon compréhensible, les craintes d'avortement spontané seront plus importantes au premier trimestre alors que la peur d'accoucher est plus palpable en fin de grossesse (Madhavanprabhakaran, D'Souza et Nairy, 2015; Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmaki et Saisto, 2009). Blackmore et ses collègues (2016) constatent que le facteur (anxiété spécifique) relié à l'enfant décroit de façon significative entre la vingtième et la trente-deuxième semaine, alors que le facteur relié à la mère reste stable. Ce résultat est important car il permet de distinguer l'ASG de l'AG, alors qu'on ne retrouve pas de telles diminutions avec les mesures conventionnelles.

Dans une perspective longitudinale, on ne retrouve pas de consensus au sujet de l'évolution de l'anxiété durant la grossesse (Dunkel Schetter, 2011). Certaines recherches font état d'une courbe en U pour l'AG (Lee et al., 2007; Rallis et al., 2014b; Statham, Green et Kafetsios, 1997; Teixeira et al., 2009) et l'ASG (DaCosta et al., 1999; Guardino et Dunkel Schetter, 2014; Statham et al., 1997). Une courbe en U avec un résultat plus élevé au troisième trimestre est aussi rapportée au niveau de l'ASG (Huizink et al., 2004; Madhavanprabhakaran et al., 2015). Toutefois, quelques études rapportent plutôt une diminution de l'AG au fil de la grossesse (Buist, Gotman et Yonkers, 2011) ou de l'ASG seulement (Blair et al., 2011; Kane et al., 2014).

Enfin, dans certaines études on observe des différences entre les variations entre les moyennes de l'AG et de l'ASG à chaque trimestre de grossesse. Ainsi, Blair et ses collègues ont procédé à des mesures à 5 reprises durant la grossesse. Ils rapportent une diminution de l'ASG à mi-chemin de la grossesse, alors que les moyennes de l'AG restent stables du début à la fin (Blair et al., 2011). De même, dans quelques études on observe des résultats différents entre l'évolution de l'AG et de l'ASG (DaCosta et al., 1999; Huizink et al., 2014). Ces résultats suggèrent donc qu'il s'agit de deux entités différentes, évoluant différemment durant la grossesse.

L'ASG peut être distinguée également des mesures conventionnelles d'anxiété au niveau des corrélats associés tels que la parité (Blackmore et al., 2016; Huizink et al., 2015), l'âge maternel, la présence de pertes périnatales préalables (Blackmore et al., 2016) et des antécédents de conception assistée (McMahon et al., 2013). En effet, Mc Mahon et ses collègues rapportent que les femmes qui ont eu recours à la procréation médicalement assistée présentent une ASG significativement plus élevée et une AG moins élevée que les femmes qui ont conçu naturellement. De même, les femmes qui ont eu vécu un deuil périnatal présentent une ASG plus importante que celles du groupe contrôle, alors que l'anxiété « état » mesurée à l'aide du STAI est semblable dans les deux groupes (Cote-Arsenault, 2003).

Le caractère distinct de l'ASG est aussi mis en évidence par le fait qu'elle est associée de façon constante avec des complications autour de l'accouchement, le poids du bébé et le terme de naissance (Alderdice et al., 2012; Blackmore et al., 2016; Dunkel Schetter, 2011; Dunkel Schetter et Tanner, 2012; Kramer et al., 2009; Lobel et al., 2008; Reck et al., 2013; Roesch et al., 2004; Wadhwa et al., 1993), alors que cette association est plutôt inconstante avec l'AG (Brunton et al., 2015; Dayan et al., 2006). L'ASG serait aussi plus puissante que l'AG à prédire des effets sur le tempérament de l'enfant de deux ans (Blair et al., 2011).

Enfin, l'étude récente de Blackmore est la première à démontrer que l'humeur maternelle post-natale, six mois après l'accouchement, est prédite par l'ASG à 32 semaines de grossesse et non par une mesure conventionnelle du trouble d'anxiété généralisée (Blackmore et al., 2016).

En résumé, plusieurs arguments semblent suggérer que l'ASG est une entité distincte de l'AG, possédant sa propre validité de construit et prédictive. Par ailleurs, Arch (2013) propose que l'ASG agit peut-être comme un paratonnerre pour les femmes présentant un trait anxieux. Dans le contexte de la grossesse, l'anxiété de ces femmes se dirige évidemment vers les préoccupations inhérentes à la grossesse. En d'autres périodes de la vie, l'anxiété se déplacerait sur d'autres thématiques. De ce point de vue, mesurer l'ASG reste tout de même la meilleure façon d'identifier le niveau d'anxiété durant la grossesse selon Arch. La possibilité demeure toutefois que l'ASG ne soit pas un construit indépendant, mais plutôt un point focal de l'anxiété durant la grossesse. Des études longitudinales qui débuteraient avant la conception seraient nécessaires pour répondre avec plus d'assurance à ces questions. Ceci permettrait de connaitre le pourcentage de troubles anxieux *de novo* comparé à celui des femmes présentant des antécédents, témoignant d'un trait ou d'un trouble anxieux antérieurs à la grossesse. En effet, la clinique nous indique que parallèlement à toutes ces femmes qui rapportent un trait anxieux, exacerbé par la grossesse, un bon nombre de femmes disent ne pas comprendre l'état d'agitation et d'inquiétude dans lequel elles sont plongées depuis le début de leur grossesse. Ces femmes témoignent du fait de ne plus se reconnaitre, de ne plus se comprendre. A la lumière de ces constats, il serait donc important de documenter quelles sont les femmes qui sont les plus à risque de développer une anxiété importante durant la grossesse, ce que nous développerons dans la section 1.4.

Ainsi, quoique plusieurs recherches récentes permettent de préciser certaines différences entre l'AG et l'ASG au niveau du construit et de soutenir l'existence de l'ASG comme une entité distincte, le débat est loin d'être terminé. Les difficultés au niveau de la mesure de l'ASG témoignent, ainsi que nous l'avons vu, de la difficulté à conceptualiser, définir et opérationnaliser cette notion (Guardino et Dunkel Schetter, 2014). Ces considérations ont amené Bayrampour et ses collaborateurs à proposer une analyse afin de clarifier le concept et contribuer à son développement au plan théorique (Bayrampour et al., 2016).

1.3.4 Analyse conceptuelle de l'ASG et études qualitatives

Dans cette perspective, Bayrampour et al. (2016) ont analysé 38 études quantitatives et qualitatives portant sur l'ASG afin de clarifier le concept et d'en identifier les caractéristiques et les dimensions. L'analyse conceptuelle est définie comme un processus systématique en vue de développer, clarifier, raffiner le phénomène examiné en définissant clairement ses caractéristiques. Au terme de cette analyse, les auteurs ont défini trois attributs, trois antécédents et quatre conséquences de l'ASG.

a) Les attributs sont des caractéristiques clefs qui apparaissent systématiquement en lien avec le concept. Les trois attributs suivants sont apparus clairement à la lumière de la méta-analyse : 1) les réponses affectives ; 2) les cognitions ; 3) les symptômes somatiques.

1) Les réponses affectives

La peur est considérée comme la réponse affective la plus marquante, suivie de l'irritabilité, de la nervosité et des changements d'humeur. On peut ajouter que ces manifestations sont les symptômes qui dominent le tableau et souvent motivent les consultations lorsqu'ils prennent une allure envahissante.

2) Les cognitions

Les cognitions se caractérisent principalement par des préoccupations excessives au sujet de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale. Être préoccupée par différentes pensées (Sjögren, 1997) et avoir des idées étranges et même de la fuite des idées (Standley et al., 1979) caractérisent aussi cet attribut.

3) Les symptômes somatiques

Les symptômes somatiques les plus fréquemment rapportés sont en lien avec le sommeil, suivis de la fatigue, des tremblements et des symptômes d'alerte du système nerveux autonome, tels que des palpitations, de l'essoufflement, de l'hyperventilation etc.

Bayrampour et al. (2016) ont aussi identifié trois antécédents de l'ASG. Ceux-ci sont définis comme des événements et des incidents qui nécessairement précèdent l'apparition de l'ASG. Ces trois antécédents sont : 1) la peur d'une menace ; 2) la perception d'un faible niveau de contrôle ; 3) l'activité cognitive.

1) La peur d'une menace réelle ou anticipée au sujet de la grossesse et ce qui l'entoure.

Les études, tout comme l'expérience clinique, confirment le fait qu'une histoire de perte fœtale antérieure ou un parcours d'infertilité contribuent à augmenter considérablement

l'anxiété durant la grossesse (Blackmore et al., 2011; Cote-Arsenault, 2003; Theut et al., 1988).

Les femmes ayant eu un long parcours en clinique de fertilité en ressortent souvent épuisées, leur couple fragilisé par les délais, les attentes, les traitements et les échecs. Ces femmes se retrouvent ainsi plus vulnérables lorsque la grossesse survient. La crise développementale activée par la grossesse succède donc souvent à une période difficile, faite d'épreuves pour les couples longtemps infertiles. Selon Wendland (2007), cette fragilité est encore augmentée lorsque survient une grossesse gémellaire ou multiple, situations qui ont augmenté considérablement depuis ces dernières décennies avec le recours aux techniques de procréation médicalement assistée. Ainsi, la médicalisation vécue dans le contexte d'infertilité va se poursuivre durant cette grossesse à risques élevés. A la joie de l'annonce succèdent une anxiété et une ambivalence vécues intensément. A un vécu corporel difficile en raison des symptômes accrus de fatigue, des nausées, inconforts, de la prise de poids importante et les conséquences de celle-ci, ces grossesses suscitent de plus une anxiété presque permanente concernant sa santé, le développement des fœtus et l'accouchement éventuel. Les complications médicales génèrent souvent des contraintes personnelles et professionnelles, tel le repos strict au lit. Les grossesses gémellaires sont reconnues pour entrainer plus de complications qui, à leur tour génèrent de l'anxiété. Cette anxiété est source de culpabilité pour les mères soucieuses de protéger leurs bébés. Ainsi, elles exigent d'elles de maitriser leurs émotions, ajoutant encore à toutes les contraintes de ces grossesses, souligne Wendland. Au-delà de la menace, elles vivent dans l'illusion de pouvoir contrôler la situation lorsque surviennent réellement des complications. Une culpabilité intense, découlant de cette illusion de pouvoir contrôler, peut alors s'installer devant des complications avérées. Les reproches s'installent, les mères s'en veulent d'avoir trop fait ceci, de n'avoir pas assez fait cela, auto-reproches qui peuvent être sans fin.

Certaines femmes enceintes de jumeaux décrivent aussi une expérience particulière, celle de ne pas pouvoir toujours distinguer les mouvements de chaque enfant (Wendland, 2007). Sachant à quel point les mouvements fœtaux sont importants pour rassurer les mères, on peut imaginer l'anxiété vécue dans ces situations. Ainsi on constate que, tant la menace anticipée que réelle, contribue au développement d'une anxiété importante durant ces grossesses à risques élevés.

En effet, la notion de risque perçu est fort pertinente en lien avec le développement de la peur et des sentiments anxieux. Bayrampour, Heaman, Duncan et Tough (2012) observent que l'anxiété est étroitement liée au fait que la grossesse est perçue comme étant à haut risque.

Ces auteurs se sont intéressés à la façon dont les nullipares de plus de 35 ans perçoivent le risque associé à l'âge maternel avancé. Les quatre grands thèmes identifiés sont : a) la définition du risque ; b) les facteurs qui influencent la perception du risque ; c) les stratégies pour diminuer les risques et d) la communication avec les professionnels.

a) La définition du risque

Le risque est reconnu comme plus élevé en raison de l'âge, toutefois nombre de participantes croient que ce risque est surestimé. Elles considèrent aussi que le risque n'est pas que médical, mais aussi social et personnel, en lien avec le réseau de soutien, les conditions de travail, les comportements et la santé en général.

b) Les facteurs qui influencent la perception du risque sont liés à la question de la prédictibilité et du contrôle, ce qui constitue le deuxième antécédent que nous aborderons par la suite. Par ailleurs, la perception du risque diminue alors que la grossesse avance, ce qui peut s'expliquer par le fait que les femmes s'adaptent à la grossesse et sont habituellement de plus en plus confiantes que les choses vont bien se passer.

c) Les stratégies mises en place pour tenter d'avoir un contrôle sur le risque sont variées. Plusieurs femmes recherchent de l'information, adoptent des habitudes saines, parfois font de l'évitement de l'information pouvant nourrir leurs peurs. Le recours aux tests est aussi apaisant en donnant accès à des informations sur le fœtus. Harpel (2008) observe que 93 % des 30 participantes à son étude vivent de l'anxiété quant à la santé du fœtus et que, 29 sur 30 reconnaissent que l'approche de l'échographie joue un rôle dans le développement de leurs peurs. Ce rôle n'est toutefois pas très clair. Quatre scénarios peuvent être décrits dans les cas où les ultrasons ne révèlent aucune anomalie :1) l'échographie ne produit aucun changement au niveau de l'anxiété ; 2) l'échographie fait diminuer l'anxiété qui reste ensuite à ce niveau durant le reste de la grossesse ; 3) l'anticipation de l'échographie augmente le niveau d'anxiété qui reste élevé suite à l'échographie ; 4) l'anticipation de l'échographie augmente l'anxiété qui est ensuite soulagée par le résultat de l'échographie, mais qui rebondit ensuite à un niveau plus élevé.

Une interprétation proposée est que l'échographie, en effet, fait diminuer l'anxiété mais que cette dernière avait augmenté artificiellement en raison de l'anticipation de l'examen. Les effets iatrogènes des examens de dépistage sont de plus en plus reconnus. Il y a toutefois encore beaucoup d'études à mener afin de mieux identifier les pratiques susceptibles d'exacerber ou de soulager les peurs et l'anxiété.

d) La communication entre les patientes et les soignants est très importante quant à la perception du risque. Plusieurs soignants n'auraient pas spontanément soulevé la question

d'un risque lié à l'âge auprès de leurs patientes, ce qui a eu pour effet de mettre ces dernières en confiance et de ne pas considérer ce risque. D'autre part, les femmes qui rapportent une communication difficile avec leurs soignants au sujet des risques élevés sont aussi celles qui rapportent le niveau d'anxiété le plus élevé. On peut aussi croire à une influence réciproque entre l'anxiété de la patiente et l'attitude du professionnel.

2) La perception d'un faible niveau de contrôle.

Selon Bayrampour et al. (2012) la perception d'un certain contrôle sur un risque potentiel peut influencer celle du risque et les niveaux d'anxiété. Un risque attendu, apprivoisé, est perçu comme moins risqué et donc moins susceptible d'alimenter l'anxiété. Ainsi, les complications obstétricales qui ont pu être contrôlées créent moins d'anxiété que les complications imprévisibles. Sjögren (1997) considère aussi que la perception d'un manque de contrôle sur les décisions, ou la peur de perdre le contrôle à cause de la douleur de l'accouchement, est associée à de l'anxiété. Cette dimension a aussi été considérée dans la méta-synthèse récente de huit analyses qualitatives publiée par Staneva, Bogossian et Wittkowski (2015).

En effet, selon cette revue, manquer de contrôle sur son corps et ses émotions dans le contexte de la grossesse, alors que le contrôle serait particulièrement attendu, serait lié à de l'anxiété et de la dépression. De plus, Staneva et al. (2015) considèrent que retrouver le contrôle est l'un des 5 thèmes importants abordés par les femmes enceintes et qu'il est associé à une diminution d'anxiété, ainsi que nous le verrons un peu plus loin. Les répercussions cliniques de ces constats sont importantes car, d'une part, la qualité de la communication avec les soignants est primordiale ; quelles informations sont données et de quelle façon. D'autre part, la préparation prénatale à la naissance, la rédaction d'un plan dans lequel les femmes expriment leurs souhaits pour la naissance de leur enfant, ainsi qu'on le fait au Québec, le recours à un accouchement moins médicalisé, contribuent à redonner un certain contrôle dans ce contexte d'incertitude et d'imprévus. Ainsi, selon de Montigny et St-Arneault (2012), l'appréciation a posteriori qu'une femme fait de son expérience d'accoucher dépend surtout de ses croyances prénatales à l'égard de sa capacité d'accoucher, du sentiment de contrôle vécu durant le processus ainsi que du soutien professionnel reçu.

3) L'activité des cognitions et une pensée excessive au sujet de situations vécues comme incontrôlables ou dont l'issue est imprévisible.

Les pensées et les préoccupations sont étroitement reliées à l'anxiété et peuvent être considérées à la fois comme un déclencheur et un attribut de l'anxiété, selon l'analyse de Bayrampour et al. (2016). Selon Staneva et al. (2015), la préparation à l'accouchement et la douleur associée influencent les femmes déjà vulnérables et anxieuses. Le discours de ces dernières révèle qu'elles trouvent difficile de reconnaître à quel point elles sont envahies par les peurs et l'anxiété. De plus, elles craignent que le fait d'être constamment inquiètes et préoccupées risque d'être nuisible pour le bébé. Dans le même sens, Oates (2002) rapporte qu'à toutes les prescriptions reçues par les femmes enceintes, ne pas fumer, ne pas prendre d'alcool, ne pas manger certains aliments etc., il faut aussi ajouter, ne pas être anxieuse.

Roegiers (2003) à ce sujet parle de responsabilité ultra précoce, l'exercice de la responsabilité parentale commencerait très tôt, dès la conception et parfois bien avant. La médicalisation de la grossesse avec la possibilité de contrôle, de planification, de vérification entraine la possibilité de choix ultra précoces qui se traduisent par des actes lourds de conséquences. Ce sentiment aigu de responsabilité pourrait, à tout le moins partiellement, expliquer le souci d'offrir un environnement parfait à l'enfant porté, ceci sous-entendant la perfection de la mère, tant physiquement que psychiquement.

Finalement, Bayrampour et al. (2016) décrivent les trois conséquences de l'ASG et constatent que ces dernières ont été très rarement rapportées dans la littérature. Ces conséquences sont : 1) une attitude négative face à l'arrivée du bébé et difficulté à se concentrer ; 2) comportements de recherche excessive de réassurance ; 3) des comportements d'évitement.

1) Attitude négative face à l'arrivée du bébé et difficulté à se concentrer

Des attitudes telles l'impatience (Harpel, 2008), se sentir en grande détresse et être incapable de se réjouir de l'arrivée du bébé (Sjögren, 1997) caractérisent cette attitude négative. Certaines femmes se disent incapables de se concentrer et de fonctionner, prendre des décisions, organiser leurs pensées. Ces symptômes et les regrets face à la grossesse sont, en effet, bien connus des cliniciens car ils motivent fréquemment les consultations en psychologie et en psychiatrie. Sjögren s'est intéressé à l'anxiété prénatale dans une population clinique. Les 100 patientes recrutées à la clinique psychosomatique présentent des troubles du sommeil, des cauchemars, sont effrayées à l'idée de l'accouchement ou des complications possibles. La crise émotionnelle vécue est soit reliée à des événements récents : un deuil, une perte fœtale récente ou des difficultés conjugales ; soit le résultat de la crise développementale liée à la grossesse avec résurgence des conflits non résolus.

Parmi ces femmes, 46% avaient vécu un premier accouchement sur un mode traumatique, 73 % décrivaient un manque de confiance envers le personnel, 65% doutaient de leur capacité à mettre au monde un enfant, et enfin 55% avaient peur de mourir. Un des grands intérêts de cette recherche est qu'elle met en lumière les conséquences d'une très forte anxiété, à caractère pathologique, et les raisons conscientes de celle-ci. De plus, Sjögren (1997) observe que les femmes dont l'accouchement précédent a été traumatique étaient déjà anxieuses durant cette précédente grossesse, suggérant ainsi qu'au-delà des éléments de réalité, des aspects psychologiques sont importants dans le développement d'une anxiété invalidante.

2) Comportements de recherche excessive de réassurance (échographie, écoute du cœur fœtal etc.).

La recherche de réassurance, par des preuves tangibles que le bébé va bien, est rapportée fréquemment. Ainsi on retrouve des demandes d'échographies plus fréquentes (Harpel, 2008), une multiplication de visites et d'appels auprès des soignants (Cote-Arsenault, Donato et Earl, 2006), ou encore des demandes pour accoucher par césarienne (Sjögren, 1997). La recherche d'informations tant auprès des professionnels que via les sites internet peut aussi être considérée parmi ces comportements de recherche de réassurance. Ainsi, Staneva et al. (2015) soulignent que l'accès à l'information par les femmes enceintes a plutôt l'effet d'augmenter l'anxiété chez certaines femmes de façon paradoxale, alors qu'on pourrait croire que l'information aurait pour conséquence de diminuer les préoccupations. L'hypothèse proposée est que le fait de s'informer sur internet ou autrement aurait un effet positif et soulagerait l'anxiété seulement si les femmes se sentent soutenues et partagent leurs préoccupations avec la communauté.

3) Comportements d'évitement

Certaines femmes, en particulier celles qui ont déjà vécu un deuil périnatal, démontrent des comportements d'évitement tels que refuser de penser, de rêver ou de s'attacher au bébé (Cote-Arsenault et al., 2006). Dans le même sens, Staneva et al. (2015) rapportent que l'on peut aussi observer des stratégies d'adaptation du type évitement tels que pleurer toute seule, vouloir partir au loin, s'isoler physiquement, émotionnellement et socialement. Ces comportements augmentent toutefois l'anxiété et l'isolement chez des femmes qui auraient plutôt besoin d'être soutenues émotionnellement et de pouvoir exprimer librement tous les sentiments négatifs, vécus dans la honte. Ceci est peu étonnant car il est

vrai que les sentiments de honte sont habituellement associés à des situations dans lesquelles il y a perte de contrôle.

Au terme de cette analyse conceptuelle, Bayrampour et ses collaboratrices ont proposé une nouvelle définition du concept d'ASG, ainsi que nous l'avons vue plus tôt. Cette étude apporte une réflexion permettant de considérer le caractère distinct de l'anxiété au niveau théorique et conceptuel. De plus, le repérage des conséquences permet de mesurer la gravité du problème. En effet, l'anxiété peut se déployer sur un continuum depuis les préoccupations attendues d'une future mère bienveillante jusqu'aux peurs intenses, envahissantes, empêchant le fonctionnement quotidien d'une femme en grande détresse. Le repérage des conséquences adverses de l'ASG peut être un indice du niveau de gravité de l'ASG, quoiqu'un travail important reste encore à faire afin de mieux identifier ces indices (Bayrampour et al., 2016) .

Les analyses qualitatives, tout comme l'analyse conceptuelle, enrichissent notre compréhension du phénomène en l'appréhendant d'un point de vue expérientiel. Ainsi, une méta-synthèse, résultant de l'étude de huit analyses qualitatives portant sur la détresse durant la grossesse a permis d'identifier cinq thèmes majeurs :1) reconnaitre que les choses ne vont pas bien ; 2) composer avec le stigma ; 3) négocier la transformation ; 4) être entrainée par une spirale vers le bas ; 5) et enfin retrouver le contrôle (Staneva et al., 2015).

Cette étude propose un modèle explicatif de la façon dont les femmes vivent la transition à la maternité.

1) Reconnaître que les choses ne vont pas bien

La reconnaissance que les choses ne vont pas bien réfère au fait que la grossesse ne répond pas aux attentes des femmes et que les choses ne se passent pas comme attendu. La difficulté à réfléchir, à prendre des décisions, à fonctionner comme à l'habitude, entraine des regrets, une remise en question de la grossesse. Les causes de la détresse psychologique varient selon les études ; parmi les sources de détresse répertoriées, le manque d'engagement et d'implication du partenaire est reconnu comme crucial. La vulnérabilité émotionnelle et la peur d'être abandonnée contribuent souvent au sentiment que les choses ne se passent pas bien. De plus, une expérience obstétricale antérieure difficile ou des pertes fœtales exacerbent les sentiments d'impuissance.

2) Composer avec le stigma

Ce concept témoigne de l'écart entre la façon dont les femmes vivent la grossesse et la façon dont elles voudraient être perçues par les autres. Ceci renvoie aux idéaux de grossesse parfaite, et de mère parfaite, pouvons-nous ajouter. Les interprétations populaires de ce à quoi

doit ressembler une grossesse, ce qui doit ou ne doit pas être fait, ont un impact négatif sur ces femmes qui éprouvent déjà de la détresse sous la forme de symptômes anxieux ou dépressifs. En effet, ici on rapporte que dans toutes les études analysées, le fait de pleurer durant la grossesse fait vivre de la honte et de la culpabilité, car ces sentiments sont opposés à ce qui est attendu. L'idéalisation de la maternité dans notre culture peut conduire à des difficultés lorsque les attentes des futures mères sont très élevées (de Montigny et St-Arneault, 2012), et ce phénomène, pouvons-nous ajouter, débute dès la grossesse. Cet écart entre la réalité et l'idéal donne lieu à différentes stratégies peu constructives tels que l'évitement, les comportements obsessionnels, l'accumulation d'informations, attitudes qui engendrent encore plus de détresse.

3) Négocier la transition

Cette thématique peut être considérée comme un point tournant, soit au terme de celle-ci les femmes retrouvent un certain contrôle, soit elles s'enfoncent dans une spirale vers le bas.

L'adaptation à la grossesse entraine un processus au cours duquel se succèdent de l'ambivalence, des changements, des fluctuations au niveau de l'identité, le sentiment d'être déconnectée, ainsi que le fait de renoncer à être un enfant pour se préparer à devenir le parent d'un enfant. Ce sens aigu des responsabilités augmente la pression sur les femmes, ce qu'elles décrivent comme un sentiment écrasant de désespoir. Encore ici on retrouve le fait que les femmes se sentent coupables d'éprouver toutes ces peurs et préoccupations et craignent d'affecter le bébé.

Un aspect crucial de cette négociation consiste à reconnaître et à réorganiser ses propres besoins. Les femmes rapportent qu'il leur est difficile de communiquer leurs besoins en raison de leurs sentiments dépressifs et anxieux. L'autre aspect de la transition consiste à équilibrer leurs besoins avec ceux du bébé à venir, ce qui peut aussi être source de culpabilité et d'anxiété.

On constate que les femmes éprouvent un vif besoin d'être entendues, soutenues sans jugement, qu'elles ont besoin d'être assistées par un professionnel qui informe, soutient de façon non intrusive, l'inverse étant souvent déploré. Le fait que ce type de soutien ne soit pas forcément disponible contribue à augmenter le sentiment d'isolement et de détresse des femmes.

4) S'enfoncer vers le bas (scénario pathologique)

Les femmes décrivent cet état comme une interaction complexe entre un environnement perçu comme non soutenant, des professionnels non disponibles et un partenaire vu comme n'étant pas prêt à accepter et partager la grossesse, tout ceci concourant à diminuer leur confiance en leur capacité de materner un bébé. Communiquer ces sentiments est particulièrement difficile, surtout auprès des proches, ce qui donne lieu à une anxiété dite silencieuse. Le thème dominant ici est de se sentir écrasée, effrayée, seule, désespérée et craignant le futur.

5) Retrouver le contrôle

Cette notion de reprise du contrôle a aussi été décrite dans l'analyse conceptuelle de Bayrampour et al. (2016) et paraît cruciale dans le fait que la transition soit constructive. Il semble que cette force nouvelle pour faire face à la situation soit soutenue par de profonds désirs de protéger le bébé porté. Le rôle du soutien des pairs, d'un réseau non jugeant mais qui, au contraire, soutient et valide l'expérience, toute négative qu'elle soit, est reconnu dans plusieurs études. L'acceptation et la reconnaissance de leurs sentiments négatifs par les femmes elles- mêmes et par leurs proches serait le facteur le plus important pour minimiser la détresse et augmenter l'estime de soi. La question du soutien comme facteur de protection sera discutée plus longuement dans les sections 1.4.2 et 1.4.3. Pour plusieurs femmes, la grossesse est l'occasion de revisiter leurs besoins, leurs liens aux autres, leur capacité à aller chercher de l'aide au besoin, leurs capacités à mettre des limites, s'affirmer, toutes choses que la clinique anténatale nous confirme au quotidien. De plus, la question du style d'attachement est un facteur déterminant dans l'attitude adoptée envers les autres dans une situation de vulnérabilité telle la grossesse, cette question sera aussi développée amplement dans l'article « Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse » à la fin de la revue de la littérature, section 1.4.5.

Au terme de cette méta-synthèse, Staneva et al. (2015) recourent à la théorie du deuil, dans un contexte de pertes et de changement, telle qu'élaborée par la psychanalyse, pour conceptualiser la détresse anténatale. Les sentiments de perte sont fréquemment évoqués par les femmes enceintes. Cette théorisation contribue à mieux comprendre comment les femmes négocient cette transition dans une culture prescriptive et idéalisée de la maternité, à expliquer que certaines femmes soient plus vulnérables, et enfin à décrire les stratégies déployées pour retrouver le contrôle et l'*empowerment*.

Conclusion

Cette revue de la littérature a permis d'appréhender le phénomène de l'anxiété prénatale et plus particulièrement de l'ASG sous différents angles : des concepts psycho dynamiques; des recherches quantitatives; des rapports entre l'AG et l'ASG; et finalement des études qualitatives et conceptuelles.

Quoiqu'un nombre important d'études aient documenté l'impact de l'ASG sur le cours de la grossesse, le fœtus et l'enfant, on connait encore très peu à propos des facteurs de risque de l'ASG (Arch, 2013; Dunkel Schetter et al., 2016), d'où notre intérêt à les étudier. Nous nous intéresserons particulièrement à quelques variables obstétricales (le statut de parité, une perte fœtal antérieure, le niveau de risques de la grossesse) et psychosociales (le soutien social et conjugal, le style d'attachement) dans la présente thèse.

1.4 Facteurs de risque

1.4.1 Variables obstétricales

Dunkel Schetter et al. (2016) rapportent que le repérage de femmes à risques de développer de l'ASG reste imprécis. Ainsi que nous l'avons vu précédemment dans la section 1.3.4 sur les études qualitatives, certaines conditions médicales (perte fœtale, risques obstétricaux) contribuent à augmenter l'anxiété prénatale.

1.4.1.1 Grossesse à risques élevés

On peut s'attendre à ce que des femmes ayant une grossesse à risques élevés au plan obstétrical et médical présentent, en raison des risques réels, une anxiété élevée durant la grossesse (Guardino et Dunkel Schetter, 2014). A ce sujet Wendland, Tereno, Brunswick et Benachi (2012) ont comparé un groupe contrôle à des femmes présentant une grossesse à risques élevés (diabète, hypertension, menaces d'accouchement prématuré) et constatent que les niveaux d'anxiété (trait, état) et de dépression sont significativement plus élevés chez ces dernières, en particulier chez celles qui menacent d'accoucher prématurément, groupe dans lequel le risque est le plus grand au plan de la réalité. Les résultats rapportés à ce jour sont toutefois inconsistants quant au moment de la grossesse où l'anxiété se fait plus importante, tant pour l'AG que pour l'ASG. Ainsi Gurung et al. (2005) observent que les risques médicaux sont associés à de l'ASG à 18 semaines de grossesse, mais non en fin de grossesse. Une autre étude (DaCosta et al., 1999) rapporte que les complications obstétricales

contribuent à des taux élevés d'ASG en fin de grossesse. Quant à Daniells et al. (2003), ils trouvent un niveau d'anxiété « état » plus élevé chez les femmes suivies pour un diabète gestationnel que chez les autres, mais uniquement à la trentième semaine de grossesse. Une mesure prise à la 36ème semaine de grossesse ne permet plus de distinguer les unes des autres au niveau de l'anxiété. Dunkel Schetter et al. (2016) se sont intéressés aux facteurs de risque de l'ASG auprès d'un important échantillon de 5271 femmes enceintes recrutées dans quatre grands hôpitaux montréalais alors qu'elles avaient entre 24 et 26 semaines de grossesse. Les résultats de cette étude révèlent que les femmes suivies pour une grossesse à risques élevés (35%) ont un niveau d'ASG plus élevé que les autres et, de plus, que la perception d'un risque élevé, mesurée sur une échelle de stress perçu, contribue au niveau d'ASG.

1.4.1.2 Le statut de parité

Le fait de ne pas avoir eu d'enfant (vivant) a été associé à un niveau élevé d'ASG dans plusieurs études (Arch, 2013; Bernazzani, Saucier, David et Borgeat, 1997; Burstein et al., 1974; Dunkel Schetter et al., 2016; Huizink et al., 2015; Madhavanprabhakaran et al., 2015; Saisto, Salmela-Aro, Nurmi et Halmesmaki, 2001). Toutefois, les liens entre parité et AG sont inconsistants. Certaines études établissent un lien entre le statut de parité et l'AG (Burstein et al., 1974; Lee et al., 2007) alors que d'autres ne trouvent aucun lien (Bayrampour, McDonald et Tough, 2015; Littleton et al., 2007). Blackmore et al. (2016) constatent que la parité est associée à de l'ASG, mais non à de l'AG. De façon plus spécifique, Arch (2013) et Rouhe et al. (2009) ont documenté le fait que le fait de ne pas avoir eu d'enfant est associé à une dimension de l'ASG, soit la peur d'accoucher, alors que Saisto et al. (2001) ne trouvent pas d'association entre ces variables. Il faut toutefois souligner que ces auteurs ont considéré uniquement une peur d'accoucher très grave dans ces dernières analyses. Rouhe et ses collègues ont aussi observé un niveau d'anxiété élevé chez des multipares dont un accouchement précédent a été difficile. De leur côté, Pazzagli et al. (2015) rapportent que plusieurs prédicteurs (niveau élevé d'anxiété « état », bas niveau de satisfaction conjugale et style d'attachement insécure) sont associés à la peur d'accoucher chez les nullipares uniquement. Le temps où la mesure a été prise durant la grossesse a aussi été considéré. Teixeira et al. (2009) constatent que les primipares rapportent plus d'AG au premier trimestre, alors que les multipares en rapportent plus en fin de grossesse.

1.4.1.3 Perte fœtale antérieure

La dernière variable obstétricale qui a retenu l'attention au niveau de la littérature sur l'ASG est la perte fœtale antérieure (avortements spontanés précoces ou tardifs, mort in utero, mortinaissance etc.). En effet, plusieurs études ont démontré qu'une histoire de perte fœtale contribue à un niveau d'anxiété plus élevé lors d'une grossesse ultérieure (Biaggi, Conroy, Pawlby et Pariante, 2016; Blackmore et al., 2011; Burstein et al., 1974; Cote-Arsenault, 2003; Theut et al., 1988). Plus précisément, Cote-Arsenault et Theut et ses collègues observent que l'ASG, mais non l'AG, permet de différencier les femmes qui ont vécu une perte fœtale des autres. Ling-ling, Xiao, Bai et Wen (2015), constatent qu'une perte fœtale antérieure est associée à la peur d'accoucher, dimension de l'ASG, mesurée au premier trimestre. Par ailleurs, Littleton et al. (2007) et Rouhe et al. (2009) ne trouvent pas cette même association avec la peur d'accoucher.

1.4.2 Soutien social, soutien professionnel et période périnatale

Les recherches en psychologie sociale et en psychologie de la santé ont mis en lumière l'importance de la qualité du soutien, tant émotionnel qu'instrumental, comme facteur de protection dans toute situation de vulnérabilité ou impliquant du changement. La période prénatale ne fait pas exception à la règle et offre la particularité d'avoir été soumise à d'importants changements sociaux en Occident. Les mouvements sociaux des six dernières décennies, conjugués à la médicalisation de la grossesse, ont amené les patientes à se tourner vers les professionnels là où famille, gynécée, communauté, se font moins présents. En effet, le processus de médicalisation opéré autour de la naissance au cours du XIXème siècle a eu des impacts considérables dans les pratiques courantes en périnatalité.

Déjà en 1959, Bibring notait, dans un article sur les processus psychologiques de la grossesse, un changement au niveau de la structure familiale et une rupture du soutien auparavant offert par l'Église et la famille élargie. Les familles modernes sont davantage isolées et les individus ne peuvent plus compter que sur la famille nucléaire, et plus particulièrement sur le conjoint, qui ne peut occuper à lui seul toutes les fonctions assurées auparavant par les divers groupes de soutien.

De part et d'autre de l'Atlantique, dans les pays occidentalisés, où la question de la morbidité et de la mortalité périnatales n'est plus un enjeu, nous retrouvons d'autres préoccupations. Le mouvement de balancier suit son cours depuis l' « hyper-médicalisation »

de la naissance opérée au milieu du siècle dernier vers un souci d'offrir des services dans une culture de soins dite « humanisante », réclamée par des groupes sociaux depuis les années 70.

Bibring déplorait que la valorisation de la science dans un contexte de progrès médicaux ait pu se faire au détriment de la reconnaissance, de la compréhension des aspects émotifs et d'un soutien approprié durant la grossesse. Elle constatait que même les futures mères faisaient des efforts pour s'ajuster au management de la grossesse d'un point de vue scientifique. Ce détachement artificiel empêche le travail d'élaboration de l'anxiété et prive les femmes de l'expression émotionnelle, diminue l'importance de la grossesse comme phénomène psychique. Notre société, ajoutait Bibring, n'offre pas les mécanismes pour aider les femmes qui vivent de profonds conflits durant cette étape de transition ; l'intégration de soins psychologiques durant la grossesse lui paraît nécessaire et évident dans ce contexte (Bibring, 1959).

Les réflexions de Bibring sont encore d'actualité, quoique des progrès notables à cet égard aient été faits dans divers pays. Ainsi, en France, les travaux novateurs de Molénat (2001, 2013) sur l'accompagnement des femmes enceintes, la nécessité du travail en réseau, l'établissement d'une « manière de penser ensemble » pour les soignants repose, en partie, sur une écoute réelle des femmes enceintes et sur une notion clef : assurer la sécurité affective alors que la sécurité au plan obstétrical est habituellement acquise. La reconnaissance de l'importance d'écouter et d'accompagner les femmes enceintes s'est traduite, entre autres, par l'instauration de l'entretien prénatal précoce dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007 en France. Il s'agit, dans le cadre de cet accompagnement, de construire avec les parents un projet de suivi de grossesse et de naissance. Les valeurs, l'humanité, la proximité, la qualité et la sécurité émotionnelle sont au cœur de cette politique de soins. Tagawa (2012a) note que, dans le cadre de l'entretien prénatal, il serait souhaitable de pouvoir repérer la façon dont les patientes vivent le suivi médical. Est-il rassurant ou au contraire source de désarroi et/ou d'anxiété ? Le système professionnel sera sécurisant s'il est cohérent, fiable et assuré dans la continuité.

Raphael-Leff (2009) rapporte qu'en Grande-Bretagne les femmes expriment les mêmes doléances depuis cinq décennies : temps d'attente très long, difficulté d'avoir accès aux cliniques, manque de continuité dans les soins, manque de temps pour exprimer inquiétudes et préoccupations aux soignants, etc. Le rapport « *Cumberlage, Changing Chilbirth* » (1993), rédigé suite à une importante étude sur l'organisation des soins périnataux en Grande Bretagne, émet 27 grands principes visant à améliorer les soins. Nous retiendrons

pour notre propos les « 3 C » issus de ce rapport : Choix, Contrôle et Continuité. Raphael-Leff, forte de son expérience clinique et de recherche, ajoutera deux « C » : Communication et Compassion. Selon elle, le principe de continuité des soins ne doit pas avoir préséance sur la qualité des soins. Il semble toutefois que, quoique la plupart des recherches mettent en évidence l'importance de la continuité des soins, ce qui nous paraît une évidence, la réalité est toute autre, quasiment partout en Occident. Les pratiques sont difficiles à changer. Malgré toutes les recommandations faites dans la foulée de cette vaste enquête, peu de choses semblent s'être améliorées. Une étude, citée par Raphael-Leff (2009), menée en 2001 auprès de 2000 femmes britanniques, révèle que la plupart de celles-ci se disent insatisfaites des soins vécus durant la grossesse et l'accouchement. De plus, les trois quarts des femmes affirment avoir été anxieuses durant la grossesse.

Au Québec, dans le plan sur la politique de périnatalité du Québec 2008-2018, le ministre dans son allocution soutient que :

> *« Les services en périnatalité seront facilement accessibles et qu'ils seront organisés en continuum de façon à éviter toute discontinuité (…) Enfin les interventions seront basées sur des interventions humanistes (…) ces valeurs doivent être réaffirmées aujourd'hui, à une époque où la science et la technique font des avancées extraordinaires. Les professionnels doivent faire profiter les enfants, les pères, les mères de ces progrès, mais toujours en les intégrant dans une démarche centrée sur la personne. Plus que jamais le dosage entre science et conscience, entre sécurité et humanité devient primordial. »*
>
> (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008).

Toutefois, dans le contexte actuel de restrictions, des organisations de service basées sur la volumétrie, l'efficience et l'efficacité, on peut se demander comment trouver le temps et surtout l'espace psychique pour répondre à ces vœux.

Les études soulèvent l'importance du soutien social et de l'accompagnement pouvant être offerts aux femmes et permettant d'assurer le déroulement harmonieux de leur grossesse. Au regard du passé, nous pouvons constater que ces éléments essentiels faisaient partie du processus social entourant la grossesse. En effet, dans les sociétés traditionnelles, les femmes d'expérience offraient du soutien aux plus jeunes ; les rites et rituels de protection de l'enfant permettaient de contenir l'anxiété des (futures) mères. Raphael-Leff (2009) souligne que les références anciennes aux sages-femmes et les données anthropologiques confirment que

l'assistance aux femmes enceintes n'était pas seulement physique, mais incluait du soutien émotionnel. L'intervention du professionnel du périnatal devrait recréer un lien social et un étayage capables de soutenir la transition à la parentalité à l'instar des sociétés traditionnelles (Tagawa, 2012b).

Pour cela, encore faut-il que les soignants pratiquent dans une structure et une culture de soins permettant de le faire, ce qui semble être loin d'être le cas. Aujourd'hui, le soutien offert par des femmes d'expérience a été substitué par un suivi médicalisé en milieu hospitalier ne semblant pas répondre toujours adéquatement aux attentes des femmes à certains égards. Celles-ci désirent un accompagnement offrant un « holding », de type maternant qu'elles déplorent ne pas toujours recevoir (Reeves, Boch, Pelletier, Theriault et Krymko-Bleton, 2013). Peut-on croire que la médicalisation et ses aléas ont entraîné une augmentation de l'anxiété durant la grossesse ? Raphael-Leff (2009) pose l'hypothèse que la médicalisation à outrance, le manque de formation en psychologie des professionnels et les restrictions dans le personnel ont pu contribuer à augmenter l'anxiété des femmes en anténatal. Gallois, Wendland et Tordjman (2012) constatent qu'au niveau des pratiques cliniques de routine, le vécu des femmes est peu pris en compte, les professionnels ne s'intéressent guère à la façon dont les femmes vivent ce parcours médical avec ses doutes, ses peurs.

On peut croire que ce phénomène va de pair avec la demande de suivi alternatif de type maternant avec des professionnels non médecins tels que les sages-femmes et les accompagnantes à la naissance (doulas), qu'on observe de plus en plus au Québec, en France et ailleurs. Ces demandes faites auprès de professionnelles de la périnatalité correspondent, pouvons-nous penser, à un besoin important de soutien, lequel ne serait pas comblé pleinement par l'entourage naturel des femmes enceintes, ni par les professionnels.

1.4.3 Support social et conjugal et anxiété prénatale

Ces remarques nous amènent à considérer les recherches qui ont investigué les liens entre le support social et l'anxiété prénatale. Le support social est multidimensionnel et comporte quatre types de soutien : le soutien émotionnel ; le soutien de valorisation ou d'estime de soi ; le soutien instrumental et le soutien informatif (Caron et Guay, 2005).

Le soutien émotionnel apporte réconfort, mieux-être grâce à l'expression et les échanges sur le ressenti émotionnel. Le soutien d'estime de soi permet d'être reconnu, validé dans ses compétences, croyances et sentiments. Le soutien instrumental renvoie à une aide

directe, tangible et concrète (matérielle, financière). Le soutien informatif apporte de l'aide sous forme de suggestions, informations et aide à la prise de décision.

Selon Capponi, Bacro et Boudoukha (2013), les soutiens de type pratique et émotionnel sont les plus pertinents en période périnatale, en raison de la crise situationnelle et des changements vécus. Par ailleurs, le support n'est pas aussi bénéfique dépendant des circonstances, de la source ou du type de support. Ainsi, Capponi et Horbacz (2007) ont noté que, dans un échantillon de 63 femmes enceintes primipares, la majorité, soit 78 % des femmes comptaient sur leur conjoint, 61% sur leur famille, 34 % citaient la sphère amicale et 26 % comptaient sur les professionnels. L'écrasante majorité des femmes attendait donc du soutien émotionnel et pratique avant tout du conjoint. Concernant le soutien informatif, elles comptaient autant sur le conjoint, la famille, les professionnels et beaucoup moins sur le réseau d'amis. Dans le même sens, une revue de la littérature présentée par Dunkel Schetter (2011) rapporte que les résultats de plusieurs études convergent dans le même sens en identifiant le soutien du conjoint comme un facteur positif de bien-être de la mère. Une revue récente de la littérature sur les facteurs de risque de l'anxiété et de la dépression prénatale met en évidence que les facteurs les plus importants, associés aux troubles anténataux, sont un manque de support conjugal ou social. Ces facteurs de risque sont systématiquement associés dans les 29 études répertoriées par Biaggi et al. (2016). Bayrampour et al. (2015) se sont intéressées aux facteurs de risque d'une AG ponctuelle versus une AG persistante tout au long de la grossesse. Elles observent que, parmi tous les facteurs de risque mesurés, une relation tendue, conflictuelle avec le partenaire est le seul facteur de risque associé à de l'anxiété persistante. Un niveau faible de soutien social est associé à la fois à de l'anxiété et à de la dépression durant toute la grossesse.

Quelques rares études ont investigué ce lien avec l'ASG et concluent à des résultats comparables. Le soutien émotionnel perçu du mari est associé à un bas niveau d'ASG (Saisto et al., 2001). Dans le même sens, une relation conjugale insatisfaisante ou conflictuelle et un manque de soutien social sont associés à de l'ASG (Da Costa et al., 1998) et à la peur d'accoucher, une des dimensions de l'ASG (Ling-ling et al., 2015; Saisto et al., 2001). De même, un faible soutien conjugal est associé à de l'ambivalence et à des peurs spécifiques à l'égard de la maternité (Bernazzani et al., 1997). Les femmes sans partenaire seraient plus à risque de développer de l'AG, de la dépression anténatale (Faisal-Cury et Rossi Menezes, 2007) et de l'ASG (Arch, 2013). Toutefois, selon Biaggi et al. (2016), une relation conjugale problématique serait un facteur de risque plus important que le fait d'être seule.

Rini, Dunkel Schetter, Hobel, Glynn et Sandman (2006) ont considéré l'efficacité du soutien social. Cette dimension particulière du soutien social est conceptualisée comme la perception de la qualité et de la quantité du support et de la mesure dans laquelle il répond aux besoins. L'AG et l'ASG ont été mesurées à deux reprises durant la grossesse. Il apparait qu'une relation de qualité avec le partenaire et de l'intimité, telle que mesurée par un questionnaire sur le style d'attachement et un sentiment d'équité dans la relation, sont significativement associés avec la perception d'un support efficace offert par le mari. Les femmes qui se perçoivent comme recevant un soutien efficace rapportent moins d'AG et d'ASG à mi-chemin de la grossesse et montrent une réduction d'AG et d'ASG de la mi-grossesse à la fin de celle-ci. Ces résultats confirment l'idée que l'efficacité perçue du soutien conjugal est une variable importante dans le bien-être émotionnel. Une femme qui aura une perception positive de sa relation conjugale aura des attentes aussi positives à l'égard de son partenaire durant la grossesse.

Une étude auprès de 2052 femmes a mis en lumière le fait que les femmes enceintes sont plus vulnérables au stress lorsque le réseau social n'est pas disponible. Toutes les sources de stress identifiées - relation conjugale conflictuelle, évènements de vie stressants indésirables, sentiments d'insatisfaction par rapport à sa grossesse - sont associés à un niveau bas de support social et à une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs. À l'inverse, un niveau élevé de support social est corrélé à moins de symptômes de détresse (Glazier et al., 2004) .

Eu égard à un des objectifs principaux de notre thèse, soit questionner le caractère distinct de l'ASG, on peut constater que plusieurs études ont aussi mis en évidence le lien entre le manque de soutien conjugal et social et l'ASG. Nous allons maintenant considérer le dernier facteur de risque que nous allons explorer dans le cadre de cette thèse. Le style d'attachement et ses liens avec la capacité de rechercher de l'aide auprès du réseau social et ou du conjoint est une variable importante à considérer dans un contexte périnatal.

1.4.4 Style d'attachement

Bowlby (1973/1978), discutant des notions de confiance en soi et de confiance en l'autre, soulignait que l'individu sécure est capable de se fier aux autres, d'identifier à qui se fier et, de plus, est capable de changer de rôle lorsque la situation évolue. Plus particulièrement, il peut s'appuyer sur l'autre ou être celui sur qui l'autre s'appuie. A ce sujet, Bowlby cite l'étude de Werner (1966) qui s'est intéressé à la façon dont les femmes traversent

successivement la grossesse, l'accouchement et enfin la maternité. Une femme qui traverse avec succès ces trois phases est capable d'exprimer son besoin d'aide et de soutien de manière efficace à la personne la plus apte à l'aider. Ainsi soutenue, elle est capable de donner spontanément à d'autres, y compris bien évidemment à son nourrisson.

En effet, la qualité de l'attachement chez l'adulte se définit par l'équilibre entre chercher de l'aide en cas de vulnérabilité et s'appuyer sur ses ressources pour surmonter une crise. Une femme qui éprouve une détresse trop intense ne peut être disponible pour l'enfant à venir. La question du style d'attachement comme facteur de risque de l'anxiété prénatale sera amplement développée dans l'article qui suit « Attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse » (Reeves et Wendland, 2017).

1.4.5 Article 1

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com
Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 65 (2017) 211–218
neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

Revue de littérature

Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse

Attachment style, maternity and pregnancy-specific anxiety

N. Reeves [a,*,b,c], J. Wendland [c]

[a] *4598, avenue Royal, H4A 2M8 Montréal, QC, Canada*
[b] *Centre hospitalier de l'université de Montréal (CHUM), 1058, rue Saint-Denis, H2X 3J4 Montréal, QC, Canada*
[c] *Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, institut de psychologie, 71, avenue Edouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt cedex, France*

Résumé

But de l'étude. – Les effets délétères de l'anxiété spécifique à la grossesse sur la grossesse, la mère et l'enfant sont de plus en plus documentés. Les facteurs de risque de cette anxiété sont toutefois moins bien connus. Le but de cet article est de faire l'état des connaissances sur la contribution du style d'attachement maternel à l'anxiété spécifique à la grossesse.
Méthode. – Une revue de littérature portant sur le style d'attachement et l'anxiété spécifique à la grossesse a été effectuée dans plusieurs bases de données informatisées (PubMed, Medline, Embase, Cairn, Psychinfo) à l'aide des groupes conceptuels suivants : grossesse, anxiété et attachement.
Résultats. – Très peu d'études se sont intéressées au style d'attachement comme facteur de risque de l'anxiété, qu'elle soit générale ou spécifique à la grossesse. Les résultats suggèrent qu'un attachement de style insécure contribue à l'anxiété spécifique à la grossesse, sans que l'on puisse préciser quel sous-style d'attachement insécure prédit le mieux l'anxiété spécifique à la grossesse. Les symptômes anxieux pourraient être la manifestation d'une forme de stratégies d'attachement ou témoigner de l'échec à trouver du soutien aussi bien chez les femmes au style évitant que chez celles qui ont un style préoccupé-ambivalent. Des distinctions conceptuelles entre ces styles d'attachement en égard à la maternité sont discutées.
Conclusion. – La théorie de l'attachement offre un cadre particulièrement intéressant pour comprendre l'adaptation psychologique à la grossesse. Des considérations quant aux différentes stratégies d'attachement et la recherche de sécurité chez l'adulte suggèrent de mieux documenter les liens entre style d'attachement, relation conjugale et anxiété spécifique à la grossesse.
© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Grossesse ; Anxiété spécifique à la grossesse ; Anxiété prénatale ; Style d'attachement

Abstract

Objective. – The aim of this article is to review and to discuss the impact of attachment style during pregnancy on woman's mood and more specifically on pregnancy-specific anxiety. The pregnant woman's concerns about her health and that of her baby's as well as fears about childbirth and the future role of mother, which precisely constitute pregnancy-specific anxiety, are known to be strong activators of stress. Moreover, pregnancy is potentially a stressful life event that arouses the attachment system because of the novelty of the experience and the vulnerability caused by the maturation crisis.
Methods. – A systematic literature analysis was conducted using online databases (PubMed, MedLine, Embase, Psychinfo, Cairn) with the following keywords: pregnancy, attachment style and anxiety. Original papers were included regardless of publication date.
Results. – Although the contribution of attachment style in perinatal depression is well documented, only a very few studies have focused on attachment style as a risk factor for pregnancy-specific anxiety. Furthermore, the few reported results suggest that an insecure attachment style contributes to pregnancy-specific anxiety. However, the small number of available studies does not allow to specify which style of insecure attachment better predicts pregnancy-specific anxiety. Anxiety symptoms may be a manifestation of attachment strategies for both avoidant and preoccupied styles. Avoidant women refuse to openly search for help, denying their emotions and their need of others, while preoccupied women adopt an ambivalent attitude towards others, needing social support but fearing rejection at the same time.
Perspective. – The attachment theory can provide an interesting perspective of the psychological experience of pregnancy and contribute to a better understanding of why some women have more anxiety than others. Further research is required to determine which style of attachment is

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : nicole.reeves@sympatico.ca (N. Reeves).

http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.03.001
0222-9617/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

most vulnerable to pregnancy-specific anxiety. In addition, considerations regarding adults' attachment strategies and search of safety lead us to recommend gathering more information about the connections between attachment style, conjugal relationship and anxiety.
© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Pregnancy; Pregnancy-specific anxiety; Prenatal anxiety; Attachment style

1. Introduction

La grossesse est considérée comme une crise développementale [1], faisant appel à de grandes capacités d'adaptation devant le nouveau rôle, les exigences de la réalité ainsi que les bouleversements du monde interne de la femme. De nombreux symptômes anxieux et dépressifs témoignent de l'intensité de la crise développementale vécue.

La théorie de l'attachement peut apporter un éclairage intéressant sur le vécu psychique de la grossesse. Partant du constat que les différents styles d'attachement jouent un rôle déterminant dans la façon dont les individus réagissent aux événements stressants [2], cette approche peut aider à mieux comprendre pourquoi certaines femmes enceintes vivent plus de détresse que d'autres. Plusieurs recherches ont abordé les liens entre le style d'attachement et la maternité dans différentes sphères : attitude par rapport à la grossesse, stress perçu, relation de couple, mécanismes d'adaptation, lien prénatal au fœtus, dépression périnatale, etc. Compte tenu des remaniements des représentations de soi et de l'autre inhérents à la crise développementale de la grossesse, il paraît pertinent de questionner les liens entre le style d'attachement et l'ajustement à la grossesse.

La nouveauté et la détresse étant connues pour activer le système d'attachement, on peut poser l'hypothèse qu'un attachement insécure contribue à l'anxiété dans cette période exigeante et de vulnérabilité accrue qu'est la grossesse. La prévalence marquée des symptômes anxieux durant la grossesse, et la détresse qu'ils occasionnent, justifient amplement l'intérêt de mieux connaître les facteurs de risque de ces derniers. Le but de cet article est de faire l'état des connaissances au sujet du style d'attachement comme facteur de risque de l'anxiété spécifique à la grossesse (ASG).

Pour ce faire, le concept d'ASG sera décrit et discuté au plan théorique et méthodologique ainsi que la notion d'attachement chez l'adulte. Nous aborderons alors les études portant sur la contribution du style d'attachement au stress périnatal, à l'attitude par rapport à la grossesse et à la dépression périnatale. Nous nous intéresserons ensuite plus particulièrement au style d'attachement comme facteur de risque de l'ASG, en raison de sa prévalence importante et de ses conséquences délétères sur la grossesse, la mère et l'enfant. Nous discuterons des résultats rapportés et des pistes à explorer dans l'avenir.

1.1. L'anxiété spécifique à la grossesse

Les craintes et symptômes anxieux durant la grossesse sont de plus en plus étudiés depuis les dernières décennies. Ils sont reconnus comme étant des facteurs de risque de dépression et de troubles anxieux en post-partum chez la mère [3], de complications dans le déroulement de la grossesse, de prématurité et de petit poids à la naissance [4] et d'autres impacts négatifs sur le développement ultérieur de l'enfant [5].

Plus récemment, le concept d'ASG a émergé de cet axe de recherche. Huizink et al. [6] et Dunkel-Schetter [7] définissent celle-ci comme un syndrome distinct constitué par les peurs exprimées par la femme enceinte au sujet de sa santé, de celle de son bébé, des expériences reliées au suivi médical et à l'hospitalisation (incluant sa propre santé et même sa survie durant la grossesse), l'accouchement imminent et ses suites, et enfin les préoccupations autour du rôle de mère. Cet état émotionnel singulier est étroitement associé à l'« anxiété état », soit l'anxiété vécue de façon transitoire en lien avec une situation particulière, par opposition au trait anxieux qui est une composante de la personnalité (anxiété trait). L'ASG se distingue toutefois de l'anxiété état car elle est liée spécifiquement aux préoccupations concernant la grossesse en cours. Quoique des études récentes rapportent qu'un pourcentage important de femmes vivent de l'anxiété durant la grossesse, il demeure difficile d'estimer de façon précise sa prévalence [4]. Ce problème d'estimation découle en grande partie du manque de consistance dans la définition et l'opérationnalisation de la notion d'anxiété durant la grossesse [3,8,9]. En dépit de ces questions méthodologiques, plusieurs études indiquent que l'anxiété est un phénomène fréquent durant la grossesse, avec une prévalence allant de 13 à 54 % [3,10,11]. Les symptômes anxieux seraient aussi plus importants que les symptômes dépressifs durant la grossesse [10].

Certaines recherches évaluent l'anxiété au moyen de mesures d'anxiété générale (AG), alors que d'autres s'intéressent à l'ASG. Bien que des études récentes [6,8,12–15] aient commencé à explorer les similarités et les différences entre l'AG et l'ASG, un travail important reste à faire afin de différencier les deux concepts, d'établir l'utilité et la pertinence respectives de chacun de ceux-ci en période périnatale, et surtout de mettre en lumière la spécificité de l'anxiété chez les femmes enceintes.

À ces problèmes conceptuels s'ajoutent forcément les questions relatives à la mesure de l'anxiété. Ainsi, des questionnaires d'AG sont utilisés alors qu'ils n'ont pas été suffisamment validés auprès d'une population de femmes enceintes, avec l'établissement de seuils et de normes spécifiques à cette population sur lesquels s'accordent les chercheurs [3,16].

Deux revues de la littérature [8,17] répertoriant les outils de mesure de l'ASG mettent en évidence l'importance de mieux décrire et reconnaître ce concept au plan clinique et de le mesurer avec un instrument étayé par une théorie solide et possédant de bonnes qualités psychométriques. Guardino et Dunkel-Schetter

[9] rapportent qu'il n'y a pas de consensus actuellement au sujet de la définition, de l'opérationnalisation ni de la mesure de l'ASG.

Depuis que Huizink et al. [6] ont clairement posé la question de la reconnaissance de l'ASG comme une entité clinique distincte, quelques études ont tenté de documenter ce débat. Certains arguments plaident en faveur de la reconnaissance de l'ASG comme étant un syndrome clinique ayant sa propre validité discriminante et de construit, différent de l'AG. Les principaux points de discussion rapportés dans la littérature à ce sujet seront ici résumés.

L'ASG est corrélée de façon modérée à l'AG, confirmant qu'il y a un recouvrement entre les construits mais qu'il y a aussi un phénomène unique propre à l'ASG [6,12,13,15,17,18]. Une grande proportion de la variance de l'ASG est indépendante des niveaux d'anxiété générale, ce qui suggère que l'AG et l'ASG sont deux construits différents [6,13].

Par ailleurs, l'AG et l'ASG suivent des trajectoires différentes durant la grossesse [12,13,18]. Cette variation serait liée au fait que l'ASG est constituée de différentes dimensions [6,9] et que chacune de celles-ci varie de façon singulière. Certaines dimensions de l'ASG vont diminuer en intensité avec l'avancement de la grossesse alors que d'autres s'amplifient. Ainsi, les craintes d'avortement spontané seront plus importantes au premier trimestre alors que la peur d'accoucher est plus palpable en fin de grossesse [19,20].

L'ASG peut être distinguée également des mesures conventionnelles d'anxiété au niveau des corrélats associés tels la parité [12,21], l'âge maternel et le nombre d'avortements spontanés [12]. De même, l'ASG est plus puissante que l'AG à prédire un certain nombre de complications lors de la grossesse, de l'accouchement [7,12,17,22], ainsi que concernant son impact pour le développement de l'enfant [5] et l'humeur maternelle postnatale [12]. Par ailleurs, les facteurs de risque de cette anxiété sont toutefois peu documentés et parmi ceux-ci, il nous paraît pertinent d'étudier la contribution du style d'attachement à l'ASG.

1.2. Attachement chez l'adulte

La future mère est particulièrement vulnérable affectivement en raison notamment de la résurgence des besoins de dépendance, ce qui réactive la nécessité d'une base de sécurité recherchée par toute personne en situation de détresse [23]. Cette recherche de sécurité est l'un des piliers de la théorie de l'attachement.

La recherche sur l'attachement chez l'adulte repose sur le principe que les expériences précoces avec les figures d'attachement sont internalisées sous forme de représentations de soi (plus ou moins digne d'être aimé), d'autrui (plus ou moins sensible à ses besoins) et de soi en relation avec autrui. Ces modèles internes opérants (MIO) deviennent les prototypes de toutes les relations à l'âge adulte. Ainsi, le style d'attachement de l'adulte à sa mère prédit en partie la qualité des relations à l'âge adulte dans le contexte des relations amoureuses [24,25] dans la relation avec ses enfants [26] ou encore dans un cadre thérapeutique [27]. Hazan et Shaver [28] et Bartholomew et Horowitz [29] se sont particulièrement intéressés aux modalités de l'attachement chez l'adulte dans une perspective psychosociale. Hazan et Shaver [28] proposent un modèle en trois styles : sécure, évitant et préoccupé. Bartholomew et Horowitz [29] et Griffin et Bartholomew [30] ont proposé un modèle bidimensionnel de l'attachement chez l'adulte qui repose sur deux axes : le premier axe est la représentation de soi (perception de soi comme plus ou moins aimable) et le second renvoie au modèle de l'autre (autrui perçu comme plus ou moins digne de confiance). Le croisement de ces deux axes donne lieu à une classification en quatre catégories de l'attachement. Le modèle développé par ces auteurs reprend les catégories d'Ainsworth et al. [31] dites prototypiques de styles d'attachement, qu'on retrouve dans la plupart des études empiriques actuelles :

- le style « autonome » (*secure*) (modèle de soi et de l'autre positifs) présente des caractéristiques relationnelles positives comme la confiance et l'intimité. Ces personnes s'engagent facilement dans une relation et ont confiance en leur avenir ;
- le style « craintif » (*fearful*) (images négatives de soi et des autres) qui utilise la distance pour se protéger du rejet. Ils n'ont pas une image favorable d'eux-mêmes et ne croient pas qu'on puisse les aimer ni qu'on puisse compter sur autrui ;
- le style « détaché » (*dismissing*) (modèle de soi défensif et positif et négatif des autres) estime ne pas avoir besoin des autres qui sont à leur avis peu fiables, voire rejetants. Ils aiment garder leur indépendance, ne veulent compter que sur eux-mêmes. En dépit d'une apparente bonne opinion d'eux-mêmes, ils tentent avant tout de se protéger contre une éventuelle déception ;
- le style « préoccupé » (*preoccupied*) (modèle positif ou idéalisé des autres et négatif d'eux-mêmes) désirent des relations intimes mais pensent ne pas mériter l'amour de l'autre. Ils éprouvent un important sentiment d'insécurité et craignent d'être abandonnés.

Chacun de ces styles d'attachement réagit différemment en situation stressante. Ainsi, les personnes autonomes dont l'attachement est sécure, font confiance en leurs ressources en situation difficile, mais n'hésitent pas à aller chercher l'aide d'autrui si besoin. Chez les personnes préoccupées, une situation nouvelle ou de détresse provoque une hyperactivation du système d'attachement en réponse au doute sur la disponibilité de la figure d'attachement. Elles adoptent une stratégie d'augmentation des signaux de détresse, tout en se montrant ambivalentes quant à leur besoin d'être réconfortées. À l'inverse, les stratégies de désactivation déployées par le style évitant visent à nier et à éviter la détresse engendrée par le manque de disponibilité de la figure d'attachement et à garder le contrôle car il estime ne pas pouvoir faire confiance aux autres.

Les préoccupations de la femme enceinte pour sa santé et celle de son bébé, les craintes au sujet de l'accouchement et le futur rôle de mère, soit ce qui constitue précisément l'ASG, sont connues pour être de puissants activateurs de stress [2]. Considérant que le système d'attachement est déterminant dans la façon de réagir à une situation potentiellement stressante, telle la grossesse, on peut se demander si un style d'attachement insécure

serait un facteur de risque de l'ASG. Afin de répondre à cette question, nous avons souhaité faire l'état des connaissances sur la relation entre le style d'attachement et l'ASG.

2. Méthode

Une recherche bibliographique a été effectuée dans les bases de données suivantes : PubMed, Medline (Ovid), Embase (Ovid), EBM Reviews (Ovid), Cairn, PsychInfo: American Psychological Association (APA) et Google Scholar.

Les trois groupes conceptuels ont été définis avant de commencer la recherche :

- anxiété « *anxiety* » ;
- grossesse « *pregnancy* » ;
- attachement « *attachment* ».

Aucune restriction linguistique ni temporelle n'a été appliquée. La stratégie de recherche combine des termes et des expressions du vocabulaire contrôlé : les descripteurs spécifiques, MESH, EMTREE, etc. ainsi que des termes du vocabulaire libre qui ont été repérés dans les champs d'indexation suivants : le titre, le résumé et les mots clés. Le choix des descripteurs spécifiques variait en fonction des bases de données. Ainsi dans Medline, les mots clés suivants ont été choisis : *pregnancy*, *perinatal*, *antenatal*, *mother*, *gravidity*, *prenatal/anxiety*, *anxious/attachment*.

Cette recherche a repêché 1288 références dans l'ensemble des bases de données mentionnées après l'élimination des doublons. Bien que cette recherche visait uniquement les études s'intéressant à l'anxiété, plusieurs des articles repérés faisaient plutôt état de travaux qui traitent de stress et de dépression périnatale en lien avec le style d'attachement. En effet, seuls quatre articles répondaient aux objectifs de cette revue de littérature, soit étudier les relations entre le style d'attachement et l'ASG. Soulignons aussi que dans une de ces quatre études, les auteurs se sont intéressés à la détresse spécifique à la grossesse, concept très proche de l'ASG.

De plus, plusieurs articles traitant de la conceptualisation de l'ASG et de la théorie de l'attachement ont été inclus dans l'introduction. En raison de la rareté des études concernant le sujet ciblé par la présente revue, nous avons inclus également dans les résultats, des recherches portant sur le stress prénatal et l'attitude par rapport à la grossesse en relation avec le style d'attachement ainsi que des travaux traitant de la dépression périnatale, vu l'importante comorbidité entre l'anxiété et la dépression. Sans prétendre à une revue exhaustive de ces problématiques, ces études seront donc citées en raison de leur contribution à une meilleure compréhension des relations entre le style d'attachement et la maternité.

3. Résultats

3.1. Attachement, stress, attitude envers la maternité

La grossesse est un événement de vie stressant qui sollicite le système d'attachement [2,32,33] en raison de la vulnérabilité engendrée par la crise dite de maturation. Les différents styles d'attachement permettent de prédire l'adaptation à la grossesse [34] et au rôle maternel [35]. Un attachement de style autonome est considéré comme un facteur de protection dans l'adaptation au rôle de mère [35–37] alors qu'un style basé sur l'insécurité est un facteur de risque de stress maternel [35].

Non seulement l'attachement est déterminant dans la façon de s'adapter au rôle maternel, mais il a aussi un rôle central dans la façon dont est vécue la grossesse [33]. Cette dernière est considérée comme différente de tout autre évènement potentiellement stressant, car elle est reliée intrinsèquement à la question de l'attachement, renvoyant à des préoccupations concernant à la fois les liens avec la famille d'origine, le conjoint et l'enfant à venir. Les questions de la vie et de la mort potentielle y sont aussi sous-jacentes. L'anticipation de l'arrivée de l'enfant et du lien à établir avec lui active les représentations d'attachement, avec plus ou moins de craintes, ce qui peut moduler l'humeur maternelle en fonction de la qualité de ces représentations. L'étude de Monk et al. [33] confirme que le style d'attachement, tel que mesuré par le RSQ [29], permet de prédire l'attitude et les sentiments par rapport à la grossesse. En effet, celle-ci serait davantage stressante, vécue comme une expérience négative, une série de contraintes et d'inquiétudes pour les femmes dont le style d'attachement est insécure. Pour ces dernières, même une grossesse au déroulement normal pourrait être perçue comme stressante et susciter de la détresse.

Hart et McMahon [38] rapportent qu'une attitude négative à l'égard de la maternité, de soi comme mère et du fœtus, est associée plus fortement à l'anxiété durant la grossesse qu'à la dépression. L'étude récente de Bayrampour et al. [39] auprès de plus de trois mille participantes a permis d'identifier que la mesure de stress perçu durant la grossesse est la seule variable, parmi toutes celles qui ont été mesurées (sociodémographiques, psychosociales, obstétricales cognitives), qui soit associée à des symptômes anxieux et dépressifs à chaque trimestre de grossesse.

De plus, l'arrivée d'un enfant peut être plus stressante et vécue sur un mode négatif pour des parents dont l'attachement est insécure [40]. En revanche, des cognitions associées à un style autonome seront protectrices au plan émotif durant la grossesse [33].

3.2. Attachement et dépression périnatale

Un autre courant d'études a mis en évidence le fait que les femmes qui présentent un style d'attachement insécure sont plus à risque de présenter une humeur dépressive et une dépression périnatale [32,33,36,40–48]. Quelques études ont tenté de préciser à quel sous-style d'attachement insécure seraient associés les troubles dépressifs en période périnatale.

Certains résultats suggèrent que la dépression prénatale serait surtout associée à un style d'attachement évitant. L'hypothèse proposée est que pour ces femmes, la grossesse serait une expérience difficile à vivre, les confrontant à la peur de l'intimité et de la dépendance [41,47]. Ces femmes seraient plus susceptibles d'être déprimées durant la grossesse [41] car celle-ci les amènerait à être source d'intérêt et d'attention, ce qui entre en conflit

avec leur style évitant. De plus, elles pourraient anticiper négativement l'intimité à vivre avec le bébé. Après l'accouchement, elles constateraient avec soulagement qu'elles peuvent réguler cette distance. Elles seraient moins sensibles à un manque de soutien du partenaire [40] et ne souffriraient pas de l'isolement en post-partum, étant donné leur style d'attachement basé sur la distance et l'évitement [33].

En revanche, les femmes présentant un style d'attachement préoccupé manifesteraient des symptômes dépressifs plutôt durant la période postnatale [36,41,47,48]. La séparation suite à l'accouchement pourrait expliquer une partie de ces symptômes, alors que durant la grossesse, la présence du bébé répondrait à leurs besoins de complétude [41]. Ces femmes valorisent la proximité et ont tendance à baser leur estime de soi sur la qualité de leurs relations intimes. Elles ont un besoin intense de maintenir une proximité psychologique avec leur figure d'attachement. Elles peuvent être comblées par la présence du bébé en elles qui satisfait leurs besoins d'intimité. Cependant, elles peuvent être inquiètes à l'idée de la séparation à la naissance, ce qui pourrait expliquer une partie des symptômes postnatals [41]. Concernant le soutien social, elles pourraient éprouver de la compétition avec le bébé qui reçoit en postnatal toute l'attention et, de ce fait, vivre des sentiments d'abandon. Ces femmes qui, après l'accouchement, se retrouvent plus seules qu'elles ne l'auraient anticipé et dont le style d'attachement est caractérisé par la recherche de la proximité peuvent aussi être vulnérables à la dépression en raison de l'isolement social souvent vécu après l'accouchement.

Bien que les styles d'attachement préoccupé et évitant contribuent tous deux à des symptômes dépressifs en période périnatale, la nature de leur vulnérabilité diffère. Les styles d'attachement fonctionneraient différemment durant la période pré- et postnatale [33,41] ce qui peut s'expliquer par les exigences propres à chacune de ces périodes. Toutefois, selon d'autres recherches [33,43,46,49] tous les styles d'attachement insécure seraient associés à des symptômes dépressifs en période postnatale.

Une étude récente [50] indique que la qualité de la relation conjugale serait plus importante que le style d'attachement pour prédire des symptômes dépressifs et anxieux en post-partum. La relation conjugale serait donc une variable médiatrice très importante à considérer dans la compréhension des symptômes dépressifs et anxieux. Cette étude se situe dans un courant important de recherches [35,36,40,44,50] qui s'intéresse aux liens complexes entre le style d'attachement, le support conjugal et les difficultés d'ajustement durant la transition à la maternité.

Ces constats confirment l'importance de poursuivre la recherche afin de mieux comprendre l'impact respectif de chaque style d'attachement sur l'humeur dépressive durant la période périnatale.

3.3. Attachement et anxiété spécifique à la grossesse

Selon Hart et McMahon [38], il est important de considérer l'anxiété autant que la dépression en périnatalité. En effet, lorsqu'une femme présente des schémas internes marqués par l'insécurité, la façon de voir le monde et les comportements associés contribuent aussi bien à l'anxiété qu'à la dépression durant la période périnatale [33,36,40,41,44,51]. Cependant, comme nous l'avons remarqué plus haut, notre recherche bibliographique révèle que seules de très rares études s'intéressent au style d'attachement comme facteur de risque de l'anxiété, tant générale que spécifique à la grossesse. En effet, à notre connaissance seulement quatre articles traitant soit d'AG, soit d'ASG en relation avec le style d'attachement ont été identifiés.

Par ailleurs, on remarque que les mesures d'anxiété utilisées dans toutes ces recherches sont des autoévaluations. Dans trois de ces études [33,37,52], on s'est intéressé à la fois à l'AG et à l'ASG. Dans la quatrième [53], l'AG n'a pas été évaluée, seule l'ASG a été mesurée par un auto-questionnaire. De même, dans ces quatre études, le style d'attachement a été mesuré à l'aide d'auto-questionnaires tous différents d'une étude à l'autre.

Van Bussel et al. [52] se sont intéressés à l'impact de l'attachement sur l'anxiété durant la grossesse. Confortant leurs attentes, les auteurs ont observé qu'un attachement de style autonome (RQ [29]) était lié à un niveau bas d'AG et d'ASG (PRAQ) et ce, à chaque trimestre de grossesse.

Au plan clinique, il est aussi important d'identifier de quelle façon les différents styles d'attachement insécure (préoccupé, détaché, craintif) perçoivent et vivent la grossesse. Théoriquement, on peut supposer que les femmes de style d'attachement préoccupé, caractérisé par le fait de réagir fortement et négativement aux évènements de vie stressants, appréhendant ces derniers comme menaçants et incontrôlables, et percevant les autres comme peu soutenants, sont à risque de manifester d'importantes peurs et préoccupations durant la grossesse. L'étude de Trillingsgaard et al. [53] auprès de plus de mille femmes enceintes a confirmé cette hypothèse en mesurant l'attachement avec le Revised Adult Attachment Scale (RAAS [54]) et les préoccupations durant la grossesse à l'aide du Cambridge Worry Scales [55], outil de mesure des inquiétudes dans 4 sphères (sociomédical, socioéconomique, santé, relations) et qui se rapproche au plan conceptuel de l'ASG. Ces auteurs avaient aussi fait l'hypothèse que les femmes de style évitant, caractérisé par le fait de ne reconnaitre ni la détresse, ni le besoin d'autrui en désactivant leur système d'attachement, rapporteraient peu de préoccupations durant la grossesse. Toutefois, les femmes au style évitant rapportaient aussi des craintes durant la grossesse, mais dans une moindre mesure que les femmes dont le style était préoccupé. Ces deux styles d'attachement semblent donc obéir à des mécanismes différents au plan affectif et relationnel durant la maternité.

Van Bussel et al. [52] ont aussi investigué le type d'orientation maternelle [56] en lien avec le style d'attachement et l'anxiété pré- et postnatale. La typologie de Raphael-Leff [56] se fonde sur l'attitude profonde des femmes à l'égard de la maternité. Ainsi, dans ce modèle, les mères facilitatrices (*facilitator*) sont définies comme des femmes pour qui la grossesse est perçue comme l'ultime preuve de leur identité féminine ; elles s'identifient et recherchent la symbiose avec le fœtus. À l'opposé, les régulatrices (*regulator*) craignent que la maternité change leur identité et leur vie de façon dramatique. Les résultats de van Bussel et al. [52] indiquent que le type « régulatrice » prédit des scores élevés d'ASG (PRAQ) et ce, à chaque trimestre. Ces résultats

sont congruents avec le modèle théorique proposé par Raphael-Leff [56]. En effet, ces femmes vivent plus souvent la grossesse comme un fardeau, une atteinte, une menace à leur identité, une expérience douloureuse qui échappe à leur contrôle, ce qui soulève des préoccupations et de l'anxiété.

Monk et al. [33] ont investigué les liens entre l'attachement (RSQ [30]) et la détresse spécifique à la grossesse, concept proche mais toutefois différent de l'ASG. Les auteurs mesurent à l'aide du Pregnancy Experience Scale (PES [57]) la façon dont les femmes vivent quotidiennement les préoccupations et les joies spécifiques à la grossesse. Les femmes dont l'attachement est de style craintif rapportent plus de détresse durant la grossesse et sont plus à risque de dépression du post-partum. Les auteurs concluent que la grossesse active les schémas d'attachement et que les femmes dont les schémas sont dominés par la peur de l'intimité et un manque de sentiment de sécurité dans les relations, vivent la grossesse comme plus stressante.

À leur tour, Pazzagli et al. [37] se sont intéressés à la peur de l'accouchement qui constitue une des dimensions de l'ASG. Les résultats de leur étude auprès de 158 femmes indiquent qu'un niveau d'attachement insécure élevé contribue à la peur d'accoucher chez les nullipares. Le questionnaire utilisé (Reciprocal Attachment Questionnaire [58]) a la particularité de mesurer l'attachement à une personne significative. Dans l'étude en question, toutes les femmes ont choisi leur conjoint comme figure d'attachement. Les 4 catégories d'attachement dysfonctionnel identifiées par le questionnaire sont : « *compulsive caregiving* » (s'occupe d'autrui de façon compulsive), « *compulsive self-reliance* » (ne compte que sur soi de façon compulsive), « *compulsive care-seeking* » (recherche compulsive de soins) et « *angry withdrawal* » (retrait colérique). Selon leur étude, le style d'attachement dysfonctionnel qui prédirait le mieux la peur d'accoucher serait le style « recherche compulsive de soins ». Ce pattern est typique des personnes qui dépendent des autres en raison de leurs sentiments d'incapacité mais qui considèrent leur support comme insatisfaisant. Ce style d'attachement se rapproche au plan théorique du style préoccupé tel que décrit par Bartholomew et Horowitz [29].

Ainsi, ces quelques recherches récentes confirment l'intérêt d'explorer davantage les liens théoriques et cliniques entre style d'attachement et l'ASG. On peut croire, à la lumière de ces résultats, qu'un attachement marqué par l'insécurité serait associé à l'ASG. Il est toutefois difficile de préciser lequel des styles d'attachement insécure est corrélé de façon plus marquée à l'ASG.

4. Discussion

Ainsi qu'il a déjà été souligné, cette revue de littérature met en évidence la rareté des études s'intéressant aux relations entre style d'attachement et anxiété périnatale. Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que beaucoup de chercheurs considèrent les symptômes anxieux comme faisant partie d'un tableau dépressif, non comme une entité distincte [59] et que le concept d'ASG reste encore mal connu [8,9].

Van Bussel et al. [52] constatent que les femmes qualifiées de « régulatrices » seraient plus vulnérables à l'anxiété pendant la grossesse. Nous pouvons alors considérer le fait que ces femmes, qui tendent au détachement en raison de leurs peurs des changements apportés par la maternité [56], ont probablement des cognitions et des comportements compatibles avec un style d'attachement évitant, ce dernier étant caractérisé par le fait d'avoir peur de dépendre des autres et de l'intimité. Cette hypothèse reste à vérifier mais elle paraît pertinente au plan théorique.

Le style d'attachement évitant, qui ne fait pas appel à autrui en situation stressante, peut avoir tendance à nier ses symptômes, à masquer sa détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérable. Ces personnes essaient de garder le contrôle sur la situation en diminuant la réactivité du système d'attachement et en réduisant ses signaux de détresse. On peut croire toutefois que l'anxiété n'est pas un phénomène que l'on puisse contrôler, bien au contraire. En nous appuyant sur l'expérience clinique, il est permis de penser que les femmes qui luttent contre la reconnaissance de leur détresse et du besoin de soutien des autres peuvent nier leurs sentiments négatifs, mais ne peuvent échapper aux manifestations somatiques et cognitives de l'anxiété. Ceci pourrait expliquer ce constat paradoxal, l'anxiété pouvant être un symptôme de l'attitude de déni de ces femmes. L'étude de Monk et al. [33] met aussi en évidence la présence de détresse dite spécifique à la grossesse chez les femmes dont le style est craintif, marqué par la peur de l'intimité.

Par contre, Pazzagli et al. [37] rapportent que les femmes dont le style d'attachement se caractérise par la recherche compulsive d'aide, ce qui peut s'apparenter au style préoccupé, sont celles qui présentent le plus d'inquiétudes au sujet de l'accouchement. Trillingsgaard et al. [53] observent aussi que le style préoccupé est significativement associé à une augmentation de préoccupations durant la grossesse et ce de façon plus prononcée que chez les femmes de style évitant.

Nous pourrions donc faire l'hypothèse que les symptômes anxieux peuvent être la manifestation d'une forme de stratégies d'attachement tant chez les styles évitant que chez les préoccupées. Les unes, (évitant) refusent d'aller ouvertement chercher de l'aide, niant leurs émotions, et leur besoin d'autrui alors que les autres (préoccupées) adoptent une attitude ambivalente à l'égard des autres, ayant à la fois besoin d'eux et peur d'être rejetées. Il est vrai que les adultes avec un attachement amoureux de style préoccupé expriment leur besoin de réconfort et de protection de manière indirecte, afin d'éviter d'être abandonnés par leur partenaire [25]. De plus, il apparaît que le système d'attachement des femmes enceintes de style préoccupé sera particulièrement activé si elles sont insatisfaites de leur relation conjugale [50], indiquant ainsi que l'hyper activation est une réponse au manque de disponibilité perçu de la figure d'attachement. À partir de ces constats, nous pouvons supposer que la manifestation d'une multitude de symptômes anxieux durant la grossesse pourrait être une façon indirecte de rechercher le réconfort du partenaire.

De même, les femmes de style évitant ne peuvent faire appel directement à l'autre en cas de besoin, en raison de leur méfiance, de leur besoin d'indépendance et de contrôle.

Elles manifestent peut-être, de façon plus tolérable pour elles-mêmes, leur détresse sur un mode somatique (symptomatologie anxieuse) ou par une hyper vigilance, dans une tentative de contrôler l'incontrôlable, tels le déroulement, l'issue de la grossesse, la santé du fœtus, etc. Miljkovitch [26] a proposé le terme d'attachement masqué pour définir ces stratégies de recherche de proximité. Elle cite en exemple le cas d'enfants qui adoptent des comportements dangereux, qui manifestent de l'agressivité ou qui recourent à des plaintes somatiques pour être entendus.

Ainsi, l'ASG pourrait être une stratégie de recherche de proximité chez tous les styles d'attachement insécures ou être la conséquence d'un échec à obtenir du réconfort. L'une ou l'autre de ces hypothèses pourrait-elle, en partie expliquer l'importance de l'ASG ? Ces idées demandent à être vérifiées au plan empirique auprès d'importants échantillons et de façon longitudinale. Il serait aussi recommandé de procéder à de telles études en utilisant des mesures d'attachement de type entretien en raison des limites des auto-questionnaires. En effet, ces derniers sont critiqués [60] car ils captent les phénomènes conscients, ne peuvent détecter les distorsions induites par les mécanismes de défense et sont ainsi influencés par la désirabilité sociale. De plus, ils mesurent l'attachement de façon passive alors que certains phénomènes d'attachement doivent être activés pour se manifester [60].

5. Conclusion et perspectives

La théorie de l'attachement fournit un éclairage intéressant pour comprendre les manifestations anxieuses durant la grossesse, reconnue comme une période de vulnérabilité et de stress. Bien que les études indiquent qu'un style d'attachement insécure soit corrélé à du stress et à de l'ASG, il est difficile de se prononcer sur l'impact respectif de chacun des styles d'attachement insécure durant la période périnatale et de confirmer les distinctions conceptuelles entre ces styles d'attachement. Ceci s'explique par la rareté des études à ce jour et par la disparité des instruments de mesure utilisés et des catégories de style d'attachement considérées [60]. De plus, l'ASG demeure un concept dont l'opérationnalisation et la mesure ne font pas encore l'unanimité parmi les chercheurs.

En dépit de ces problèmes méthodologiques, considérer le style d'attachement comme facteur de risque est une piste prometteuse de compréhension de la prévalence importante de l'ASG. Il paraît aussi pertinent de mieux comprendre le rôle de la relation conjugale comme variable médiatrice. Bowlby [61] considérait que les symptômes anxieux sont toujours en lien avec la disponibilité de la figure d'attachement. Les liens entre les stratégies d'attachement et la recherche de sécurité chez l'adulte suggèrent de documenter davantage les relations entre le style d'attachement, la relation conjugale et l'ASG.

Enfin, au plan clinique, connaître le rôle des styles d'attachement insécure dans le développement et le maintien de l'ASG paraît utile afin de l'évaluer précocement et d'adapter les interventions préventives et thérapeutiques en fonction des styles d'attachement des futures mères.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Benedek T. Parenthood as a developmental phase; a contribution to the libido theory. J Am Psychoanal Assoc 1959;7(3):389–417.

[2] Rusconi Serpa S, Suardi F. Le stress, quel lien avec l'attachement dans la transition à la parentalité ? In: Roegiers L, Molénat F, editors. Stress et grossesse : quelle prévention pour quel risque ? Toulouse: Érès; 2011. p. 133–41.

[3] Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. J Affect Disord 2008;108(1–2):101–11.

[4] Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry 2012;25(2):141–8.

[5] Van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. Child Dev 2004;75(4):1085–97.

[6] Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early Hum Dev 2004;79(2):81–91.

[7] Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol 2011;62:531–58.

[8] Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: a systematic review of current scales. J Affect Disord 2015;176:24–34.

[9] Guardino C, Schetter CD. Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. Zero to Three 2014;34(4):12–21.

[10] Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol 2007;110(5):1102–12.

[11] Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. Arch Womens Ment Health 2014;17(5):443–54.

[12] Blackmore ER, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, TGOC. Pregnancy-related anxiety: evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. J Affect Disord 2016;197:251–8.

[13] Huizink A, Menting B, Oosterman M, Verhage M, Kunseler F, Schuengel C. The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study. J Psychosom Obstet Gynecol 2014;35(3):92–100.

[14] Matthey S, Valenti B, Souter K, Ross-Hamid C. Comparison of four self-report measures and a generic mood question to screen for anxiety during pregnancy in English-speaking women. J Affect Disord 2013;148(2–3):347–51.

[15] Robert E, David H, Reeves N, Goron S, Delfosse S. Adaptation à la maternité : évolution discontinue de l'anxiété en pré-et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. Devenir 2008;20(2):151–71.

[16] Meades R, Ayers S. Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. J Affect Disord 2011;133(1–2):1–15.

[17] Alderdice F, Lynn F, Lobel M. A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. J Psychosom Obstet Gynaecol 2012;33(2):62–77.

[18] Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. Health Psychol 2008;27(5):604–15.

[19] Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy KS. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. Int J Afr Nurs Sci 2015;3:1–7.

[20] Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. BJOG 2009;116(1):67–73.

[21] Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. Arch Womens Ment Health 2016;19(1):125–32.

[22] Roesch SC, Schetter CD, Woo G, Hobel CJ. Modeling the types and timing of stress in pregnancy. Anxiety Stress Coping 2004;17(1):87–102.
[23] Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. Basic books; 2008.
[24] Miljkovitch R. Les fondations du lien amoureux. Presses universitaires de France; 2009.
[25] Pascuzzo K, Cyr C, Moss E, Lecompte V. La régulation émotionnelle en tant que médiateur du lien entre l'attachement à l'adolescence et l'attachement amoureux à l'âge adulte. Rev Que Psychol 2011;32(2):1–22.
[26] Miljkovitch R. L'attachement au cours de la vie. Paris: PUF; 2001.
[27] Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation) : étude de validation du construit. Encephale 2010;36(1):69–76.
[28] Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol 1987;52(3):511–24.
[29] Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. J Pers Soc Psychol 1991;61(2):226–44.
[30] Griffin DW, Bartholomew K. Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. J Pers Soc Psychol 1994;67(3):430.
[31] Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall SN. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Psychology Press; 2015.
[32] Ikeda M, Hayashi M, Kamibeppu K. The relationship between attachment style and postpartum depression. Attach Hum Dev 2014;16(6):557–72.
[33] Monk C, Leight KL, Fang Y. The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. Arch Womens Ment Health 2008;11(2):117–29.
[34] Mikulincer M, Florian V. Maternal–fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy—The contribution of attachment style. J Soc Clin Psychol 1999;18(3):255–76.
[35] Mazzeschi C, Pazzagli C, Radi G, Raspa V, Buratta L. Antecedents of maternal parenting stress: the role of attachment style, prenatal attachment, and dyadic adjustment in first-time mothers. Front Psychol 2015;6:1443.
[36] Feeney J, Alexander R, Noller P, Hohaus L. Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. Pers Relationships 2003;10(4):475–93.
[37] Pazzagli C, Laghezza L, Capurso M, Sommella C, Lelli F, Mazzeschi C. Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. Infant Ment Health J 2015;36(1):62–74.
[38] Hart R, McMahon CA. Mood state and psychological adjustment to pregnancy. Arch Womens Ment Health 2006;9(6):329–37.
[39] Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. Midwifery 2015;31(6):582–9.
[40] Simpson JA, Rholes WS, Campbell L, Tran S, Wilson CL. Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. J Pers Soc Psychol 2003;84(6):1172–87.
[41] Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, Gorman LL, Hayes S, Muzik M, et al. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. Br J Psychiatry Suppl 2004;46:s31–7.
[42] Buist A, Gotman N, Yonkers KA. Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. J Affect Disord 2011;131(1–3):277–83.
[43] McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. J Affect Disord 2005;84(1):15–24.
[44] Meredith P, Noller P. Attachment and infant difficultness in postnatal depression. J Fam Issues 2003;24(5):668–86.
[45] Meuti V, Aceti F, Giacchetti N, Carluccio GM, Zaccagni M, Marini I, et al. Perinatal depression and patterns of attachment: a critical risk factor? Depress Res Treat 2015;2015:105012.
[46] Robakis TK, Williams KE, Crowe S, Lin KW, Gannon J, Rasgon NL. Maternal attachment insecurity is a potent predictor of depressive symptoms in the early postnatal period. J Affect Disord 2016;190:623–31.
[47] Scharfe E. Cause or consequence? Exploring causal links between attachment and depression. J Soc Clin Psychol 2007;26(9):1048–64.
[48] Wilkinson RB, Mulcahy R. Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. J Reprod Infant Psychol 2010;28(3):252–65 [14 p.].
[49] Rholes WS, Simpson JA, Kohn JL, Wilson CL, Martin 3rd AM, Tran S, et al. Attachment orientations and depression: a longitudinal study of new parents. J Pers Soc Psychol 2011;100(4):567–86.
[50] Clout D, Brown R. Marital relationship. Attachment predictors of postpartum stress, anxiety, and depression symptoms. J Soc Clin Psychol 2016;35(4):322–41.
[51] Steen M, Jones A, Woodworth B. Anxiety, bonding and attachment during pregnancy, the transition to parenthood and psychotherapy. Br J Midwifery 2013;21(12):844–50 [7 p.].
[52] van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. J Affect Disord 2009;114(1–3):232–42.
[53] Trillingsgaard T, Elklit A, Shevlin M, Maimburg RD. Adult attachment at the transition to motherhood: predicting worry, health care utility and relationship functioning. J Reprod Infant Psychol 2011;29(4):354–63.
[54] Collins NL. Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behavior. J Pers Soc Psychol 1996;71(4):810–32.
[55] Green JM, Kafetsios K, Statham HE, Snowdon CM. Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. J Health Psychol 2003;8(6):753–64.
[56] Raphael-Leff J. Facilitators and regulators: two approaches to mothering. Br J Med Psychol 1983;56(Pt 4):379–90.
[57] DiPietro JA, Ghera MM, Costigan K, Hawkins M. Measuring the ups and downs of pregnancy stress. J Psychosom Obstet Gynaecol 2004;25(3–4):189–201.
[58] West M, Sheldon A, Reiffer L. An approach to the delineation of adult attachment. Scale development and reliability. J Nerv Ment Dis 1987;175(12):738–41.
[59] Hendrick V, Altshuler L, Strouse T, Grosser S. Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. Depress Anxiety 2000;11(2):66–72.
[60] Ravitz P, Maunder R, Hunter J, Sthankiya B, Lancee W. Adult attachment measures: a 25-year review. J Psychosom Res 2010;69(4):419–32.
[61] Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. Routledge; 2012.

1.5 Objectifs et Hypothèses

Cette étude longitudinale à protocole mixte visait à explorer l'ASG : sa fréquence, son intensité, son évolution et ses facteurs de risque et de protection. Pour ce faire, nous avons souhaité cerner ce phénomène en conjuguant une approche qualitative et une approche quantitative et ce, de façon longitudinale et prospective, allant du premier trimestre de grossesse au début du post-partum.

1.5.1 Volet qualitatif

1.5.1.1 Objectif principal

L'analyse qualitative se proposait d'étudier l'évolution des manifestations anxieuses décrites par les participantes d'un trimestre à l'autre de la grossesse. L'étude des attentes des participantes dans le cadre d'une précédente recherche (Reeves et al., 2013) nous avait amenés à constater l'importance de l'anxiété et ce, dans une population non clinique. Les détails concernant cette précédente étude sont donnés dans l'article ci-joint au chapitre 3, publiée sous le titre « Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse; une étude longitudinale et qualitative » (Reeves et al., 2016). À ceci, s'ajoutaient les questionnements issus de notre pratique clinique de consultation recevant un nombre important de femmes souffrant d'anxiété prénatale. De là ont émergé, entre autres, les questions suivantes : qu'est-ce qui rend autant de femmes aussi anxieuses durant la grossesse ? Comment évolue cette anxiété tout au long de la grossesse ? A-t-elle un caractère particulier ? Comment les femmes composent avec cette anxiété ?

1.5.1.2 Objectifs secondaires

Nous avions également comme objectifs de :

1-Décrire et mieux comprendre l'objet et les manifestations de l'anxiété prénatale, et ce, à chacun des trimestres de la grossesse.

2- Explorer et décrire les mécanismes d'adaptation utilisés par les femmes enceintes pour soulager l'anxiété.

3-Discuter des implications cliniques eu égard de l'anxiété présentée.

1.5.2 Volet quantitatif

1.5.2.1 Étude du caractère distinct de l'ASG

Le volet quantitatif de la recherche a eu pour objectif principal de cerner certaines caractéristiques de l'anxiété durant la grossesse. Plusieurs données de la littérature (Blackmore et al., 2016) permettent de postuler que l'ASG est un construit différent de l'AG en raison de sa trajectoire différente durant la grossesse, de sa plus grande validité prédictive sur les complications en cours de grossesse (Dunkel Schetter, 2011), ainsi que sur le développement du fœtus (Kramer et al., 2009) et sur l'enfant (Blair et al., 2011). Toutefois, l'état actuel des connaissances ne permet pas encore de conclure qu'il s'agit d'une entité distincte, possédant sa propre validité de construit et discriminante (Arch, 2013; Brunton et al., 2015). Ainsi, nous avons souhaité contribuer à éclaircir cette question et explorer si l'ASG constitue ou non une entité clinique distincte. Nous espérions mieux comprendre les liens entre les trois différents types d'anxiété décrits dans la littérature : l'anxiété situationnelle, le trait anxieux de personnalité et l'ASG. Plus particulièrement, nous voulions savoir si l'anxiété, dite spécifique à la grossesse, est vraiment différente au plan conceptuel et au plan clinique de l'AG. Pour ce faire, dans un premier temps nous voulions comparer l'évolution de l'AG et de l'ASG et de ses différentes dimensions du début à la fin de la grossesse. Dans le même but, les liens entre les différents types d'anxiété ont été explorés au moyen de corrélations et d'analyses factorielles.

1.5.2.2 Étude des facteurs de risque et de protection

Le second objectif de cette étude était de documenter l'association et la contribution de quelques corrélats et facteurs de risque et de protection (variables obstétricales, ajustement conjugal, soutien social, style d'attachement) à l'explication de la variance de l'anxiété sous ses trois formes (trait, état, spécifique) durant la grossesse. Les facteurs de risque et de protection de l'ASG demeurent très peu étudiés (Arch, 2013; Dunkel Schetter et al., 2016) et on retrouve encore moins d'études permettant de distinguer les facteurs de risque de l'ASG de ceux de l'AG (Blackmore et al., 2016). Selon Blackmore et ses collègues, le fait que l'ASG et l'AG puissent être distinguées au niveau des associations à des facteurs externes, tels le statut de parité, une perte fœtale antérieure, est un élément important suggérant qu'il s'agit de deux entités distinctes.

Nous avons donc souhaité contribuer à une meilleure connaissance des femmes à risque de présenter de l'ASG. L'étude des corrélats associés et des facteurs de risque avait

donc aussi pour but de permettre de répondre à l'objectif principal de cette thèse. En effet, la présence de corrélats associés et des facteurs de risque distincts pourrait contribuer à discriminer l'AG de l'ASG.

1.5.2.3 Valeur prédictive de l'anxiété prénatale sur les symptômes maternels en période post-natale

Nous avions également comme objectifs d'étudier les contributions respectives des différents types d'anxiété à l'explication de la variance des symptômes anxieux et dépressifs en période post-natale. Plus précisément, nous voulions savoir quel type d'anxiété (trait, état, spécifique), et à quel trimestre, prédisait le mieux les symptômes (anxieux et dépressifs) durant la période post-natale. La littérature suggère que l'ASG est un prédicteur plus puissant que l'AG de complications sur le cours de la grossesse, sur le fœtus et sur l'enfant (Dunkel Schetter et Tanner, 2012). Toutefois, on dispose de très peu de données sur l'ASG comme prédicteur de troubles de l'humeur en post-natal (Brunton et al., 2015), alors que l'AG anténatale comme facteur de risques de troubles dépressifs post-natals a été bien documentée (Milgrom et al., 2008; Sutter-Dallay et al., 2004). Brunton et ses collègues ont souligné l'importance de mieux connaitre les conséquences de l'ASG sur la santé mentale maternelle. En effet, la psychopathologie de la mère est susceptible d'interférer négativement avec le rôle maternel et la relation mère-enfant. A notre connaissance, à ce jour, seule l'étude de Blackmore et al. (2016) s'est intéressée à l'ASG comme facteur de risque de l'humeur post-natale. Nous avons ainsi souhaité contribuer à développer les connaissances dans ce domaine.

De plus, l'étude des symptômes (anxieux, dépressifs) maternels post-natals avait aussi pour objectif de répondre à l'objectif principal de cette thèse. En effet, s'il était démontré que l'ASG possède sa propre validité prédictive de l'humeur post-natale maternelle, ceci suggérerait qu'elle est bien une entité distincte de l'AG.

1.5.3 Hypothèses

Afin d'atteindre nos objectifs et tenant compte des données de la littérature, nous avons émis les hypothèses suivantes :

1. Objectif principal :

Étude du caractère distinct de l'ASG : explorer le caractère distinct de l'ASG ; examiner les différents types d'anxiété maternelle (trait, état et spécifique), les liens entre eux et leur évolution durant la grossesse.

Hypothèses :

H1-La corrélation entre l'anxiété situationnelle et le trait anxieux (STAI-Y) sera plus forte que la corrélation entre l'ASG et chacune des mesures de l'AG (trait et état) et ce, à chacun des trimestres.

H2- L'ASG, composée de 5 facteurs, constituera un facteur distinct de l'AG, composée de deux dimensions (trait, état).

H3- L'ASG et l'AG n'évolueront pas de la même façon durant la grossesse.

H3.1 Le score au facteur 1 (préoccupations au sujet de soi et de la relation conjugale durant la grossesse) de l'ASG (PRAQ) restera stable tout au long de la grossesse.

H3.2 Le score au facteur 2 (peurs au sujet de l'intégrité du bébé) de l'ASG (PRAQ) diminuera du premier trimestre (T1) au second trimestre (T2) et de ce dernier (T2) au troisième trimestre (T3).

H3.3 Le score au facteur 3 (peurs de l'accouchement) de l'ASG (PRAQ) augmentera de T1 à T2 et de T2 à T3.

H3.4 Le score au facteur 4 (peurs des changements) de l'ASG (PRAQ) restera stable tout au long de la grossesse.

H3.5 Le score au facteur 5 (préoccupations au sujet des futures relations mère-enfant, père-enfant et conjugale) de l'ASG (PRAQ) augmentera de T1 à T2 et de T2 à T3.

H3.6 L'AG (trait et état) (STAI-Y) diminuera au T2 pour remonter au T3.

2. Objectifs secondaires :

Étude des facteurs de risque et de protection : Explorer l'association et la contribution de certains corrélats et facteurs de risque et de protection à la variance de l'anxiété prénatale sous ses deux formes (AG, ASG). Parmi ces facteurs, nous nous proposions d'explorer des variables obstétricales et des variables psychosociales (ajustement conjugal, soutien social, style d'attachement).

Hypothèses :

H4 Les variables obstétricales auront un impact sur l'AG et l'ASG.

H4.1-Les femmes suivies pour une grossesse à risques élevés (complications obstétricales) auront des scores plus élevés d'AG « état » (STAI-Y) et d'ASG (PRAQ) au T1 que les femmes présentant une grossesse sans risques particuliers.

H4.2-Les primipares auront des scores plus élevés d'ASG (PRAQ) et d'AG « état » au T1 que les multipares.

H4.3-Les femmes qui ont déjà vécu une perte fœtale auront des scores plus élevés d'ASG (PRAQ) et d'AG « état » au T1 que celles qui n'en ont pas vécu.

H5. La qualité de l'ajustement conjugal a un impact sur l'AG et l'ASG.

H5.1 Les femmes enceintes qui ont un niveau global élevé d'ajustement conjugal, (RDAS), auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

H5.2 Les femmes enceintes qui ont un niveau élevé à la dimension « consensus » d'ajustement conjugal (RDAS) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

H5.3 Les femmes enceintes qui ont un niveau élevé à la dimension « satisfaction » d'ajustement conjugal (RDAS) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

H5.4 Les femmes enceintes qui ont un niveau élevé à la dimension « cohésion » d'ajustement conjugal (RDAS) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

H 6. La qualité du soutien social dont les femmes enceintes bénéficient aura un impact sur l'AG et l'ASG.

H6.1 Les femmes enceintes qui ont un score élevé de satisfaction à l'égard du soutien social perçu (SSQ6) auront des scores bas d'anxiété spécifique à la grossesse (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

H6.2 Les femmes enceintes qui ont un score élevé de disponibilité à l'égard du soutien social perçu (SSQ6) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

H7. Le style d'attachement de la femme enceinte influera sur ses niveaux d'AG et d'ASG.

H7.1 Les femmes enceintes qui ont un score élevé pour le style d'attachement préoccupé (RSQ) auront des scores élevés d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y).
H7.2 les femmes enceintes qui ont un score élevé pour le style d'attachement « sécure » (RSQ) auront des scores bas d'ASG et d'AG.

3. Objectif complémentaire

Étude de la valeur prédictive de l'anxiété prénatale sur les symptômes anxieux et dépressifs en période post-natale : mesurer à quel trimestre de la grossesse l'anxiété prénatale prédit le mieux les symptômes en période post-natale. Identifier quel type d'anxiété (trait, état ou spécifique) est le meilleur prédicteur des symptômes en période post-natale.

Hypothèses :

H8. Les scores d'ASG et d'AG au cours de la grossesse permettent de prédire les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs dans le post-partum.

H8.1- L'ASG (PRAQ) sera un meilleur prédicteur des symptômes dépressifs (EPDS) que l'AG (STAI-Y) en période post-natale.
H8.2- L'ASG (PRAQ) sera un meilleur prédicteur de l'anxiété « état » (STAI-Y) que l'AG (STAI-Y) en période post-natale.
H8.3- L'ASG (PRAQ) sera un meilleur prédicteur de l'anxiété « trait » (STAI-Y) que l'AG (STAI-Y) en période post-natale.

H8.4 - L'ASG mesurée au T1 sera un meilleur prédicteur des symptômes dépressifs en période post-natale (EPDS) que les mesures d'anxiété (AG, ASG) du T2 et T3.

H8.5 - L'ASG mesurée au T1 sera un meilleur prédicteur de l'anxiété « état » en période post-natale (STAI-Y) que les mesures d'anxiété (AG, ASG) du T2 et du T3.

H8.6- L'ASG mesurée au T1 sera un meilleur prédicteur de l'anxiété « trait » en période post-natale (STAI-Y) que les mesures d'anxiété (AG, ASG) du T2 et du T3.

2. Méthodologie

2.1 Volet qualitatif

L'objectif premier de cette étude était de mieux comprendre la nature de l'anxiété durant la grossesse. Le volet qualitatif visait à mieux cerner cette anxiété du point de vue de l'expérience des femmes enceintes. Pour ce faire, nous avons réalisé des analyses secondaires sur un matériel d'entretiens recueillis dans le cadre d'une recherche préliminaire multi sites sur les attentes des femmes enceintes vis-à-vis des professionnels et des proches. L'intitulé de cette recherche était : « Prévention en périnatalité. Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité. » Elle portait à la fois sur la construction de la parentalité et sur les attentes des femmes enceintes (Reeves et al., 2013).

2.1.1 Participantes

Onze femmes ont participé à cette recherche, la moitié d'entre elles ont été recrutées au Centre des Naissances du CHUM alors que les autres l'ont été via des petites annonces. Les critères d'inclusion étaient : a) être francophone, b) vivre avec le père de l'enfant, c) être âgée d'au moins 18 ans, d) être en début de grossesse (8 à 12 semaines d'aménorrhée).

Toutes étaient nées au Québec, âgées de plus de 18 ans et vivaient en milieu urbain. La moyenne d'âge était de 35 ans (max= 40 ; min =31). Neuf étaient suivies par des médecins, et parmi celles-ci deux ont eu aussi recours à une accompagnante à la naissance (doula) et les trois autres consultaient une sage-femme. Elles ont toutes complété des études post-secondaires, le nombre moyen d'années d'études était de 17 ans. Aucune ne présentait de complications majeures au plan médico-obstétrical. Parmi ces femmes, quatre avaient déjà mené au moins une grossesse à terme, alors que les sept autres n'avaient pas d'enfant. Quatre ont été suivies pour des problèmes de fertilité et cinq avaient déjà vécu un ou plusieurs avortements spontanés du premier trimestre. Le recrutement des participantes a débuté en juin 2010 et la collecte des données s'est terminée en février 2012. L'étude a été approuvée par les comités d'évaluation scientifique (CES) et d'éthique de la recherche (CER) du CRCHUM (Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (projet 09.288). La lettre confirmant l'approbation du projet ainsi que le formulaire de consentement concernant cette première étude sont joints en annexe 1.

2.1.2 Recueil des données

Les participantes ont été rencontrées à chaque trimestre de grossesse ainsi qu'à une reprise en période postnatale. Le matériel recueilli en période post natale n'a toutefois pas été utilisé dans le cadre de la présente thèse. Les entretiens étaient d'une durée d'environ 45 minutes et étaient composés de questions ouvertes visant à explorer le vécu des femmes enceintes. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits fidèlement.

2.1.3 Analyse des données

Les données issues des entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Paillé et Mucchielli (2012) décrivent l'analyse qualitative comme un exercice intellectuel visant à faire émerger du sens. Il s'agit essentiellement d'une démarche itérative, inductive. Il ne s'agit pas de poser une hypothèse au sens de la démarche hypothético-déductive mais d'étudier un sujet. La rigueur, l'éthique, la suspension de l'a priori restent au cœur de cette démarche. Ainsi, le travail d'analyse qualitative doit reposer sur quelques règles de méthode et quelques principes de référence afin d'éviter que le chercheur fasse de ce travail une réécriture personnelle déconnectée des faits observés et rapportés.

L'analyse inductive, privilégiée pour notre recherche, se définit comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par nos objectifs de recherche. L'analyse du verbatim des entretiens recueillis auprès des participantes s'est organisée autour des grilles d'analyse développées en fonction de nos questions. Ces dernières portaient sur les objets d'anxiété à chaque trimestre ainsi que sur les mécanismes utilisés pour diminuer l'anxiété. L'analyse de contenu thématique a été privilégiée, c'est-à-dire, seuls les éléments pertinents à nos questions de recherche ont été codés en catégories et non l'ensemble du texte (Paillé et Mucchielli, 2012).

Le processus inductif de codification des données brutes menant à la réduction des données se fait en quatre étapes (Blais et Martineau, 2006). Les entretiens ont été retranscrits fidèlement. Dans un deuxième temps, une lecture attentive et approfondie des entretiens a été faite en petits groupes de psychologues cliniciens afin de nous imprégner du matériel. Des résumés-synthèses ont été ensuite rédigés afin de faciliter la rétention des informations pertinentes pour chaque participante et d'extraire les thèmes dominants et ce, dans une perspective longitudinale. En troisième lieu, les entretiens ont été étudiés grâce à une grille de

codification. Une première grille dite « a priori » a été constituée. Cette grille s'est enrichie au fur et à mesure de codages dits « émergents » jusqu'à saturation des catégories.

Par ailleurs, les entretiens ont été analysés de manière verticale, c'est-à-dire, sujet par sujet au fil des 3 entretiens, ainsi que de façon transversale afin de repérer les thèmes d'un sujet à l'autre en fonction du temps de collecte. Ainsi, nous avons pu décrire les thèmes survenant chez toutes les participantes en fonction du trimestre de grossesse. Afin de nous assurer de la rigueur de notre analyse, le travail de codification s'est toujours fait en petits groupes (psychologues et étudiants en psychologie), par la discussion à plusieurs, en vue de limiter la référence aux a priori.

L'article rapportant l'étude qualitative est intitulé "Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse : une étude longitudinale et qualitative". (Reeves et al., 2016) et se trouve au chapitre 3, résultats du volet qualitatif.

2.2 Volet quantitatif

2.2.1 Participantes

Au total, 155 participantes ont été recrutées entre mai 2014 et avril 2015 au Centre des Naissances du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). La collecte longitudinale et prospective des données s'est terminée en décembre 2015. L'étude a été approuvée par les comités d'évaluation scientifique (CES) et d'éthique de la recherche (CER) du CRCHUM (Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (15 avril 2014, projet 13.357). Toutes les participantes ont complété le formulaire de consentement avant de participer à la recherche. La lettre confirmant l'approbation du projet ainsi que le formulaire de consentement concernant cette étude sont joints en annexe 2 et 3.

Les critères d'inclusion étaient : être âgée d'au moins 18 ans, avoir une vie commune avec le père de l'enfant depuis au moins un an, vivre au Québec depuis au moins deux ans, avoir une maîtrise suffisante du français pour comprendre et compléter les questionnaires.

Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon sont présentées dans le Tableau 1 à la section Résultats du volet quantitatif, chapitre 4.

2.2.2 Procédures

Les participantes ont été recrutées au Centre des Naissances du CHUM dès le premier trimestre (T1, entre la 8ème et la 14ème semaine d'aménorrhée) et ont répondu à des questionnaires à chaque trimestre lors du suivi de grossesse, ainsi que lors du rendez-vous de

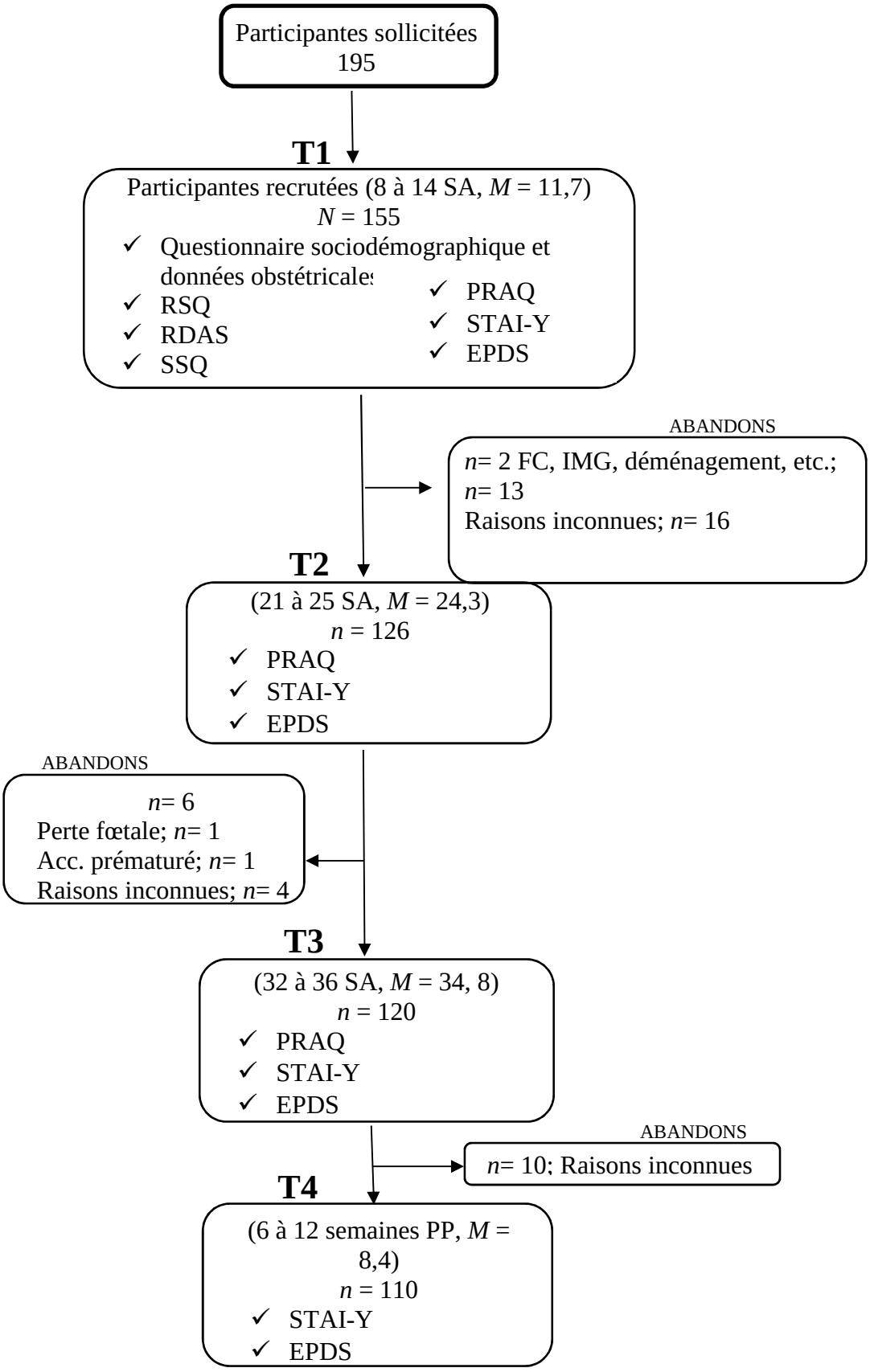
contrôle, 6 à 10 semaines après l'accouchement. Nous avons procédé au recrutement des parturientes après leur avoir expliqué les buts et les procédures de l'étude et obtenu leur consentement par écrit.

Les participantes ont ensuite été revues aux trimestres 2 (T2, entre 21 et 25 semaines d'aménorrhée (SA) et 3 (T3, entre 32 et 36 SA), ainsi qu'au rendez-vous post-natal (T4), lors du suivi médical de routine. Elles étaient invitées à compléter les questionnaires dans la salle d'attente avant ou suite à la rencontre avec le médecin. Des relances téléphoniques ont été faites dans les cas où les questionnaires n'avaient pas été complétés sur place et étaient remis au rendez-vous suivant ou envoyés par voie postale.

Lors de la première rencontre (T1), les participantes ont signé le formulaire de consentement, répondu à un questionnaire sur l'histoire obstétricale et les informations sociodémographiques. Elles ont aussi complété des outils de mesure de l'AG , (l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété, (STAI-Y), de l'ASG, (le questionnaire d'anxiété spécifique à la grossesse (PRAQ), de dépression périnatale, (l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS), du style d'attachement, (le questionnaire des échelles de relation (RSQ), d'ajustement conjugal, (l'échelle d'ajustement conjugal (R-DAS), et de soutien social, (le questionnaire de support social(SSQ-6).

Les mesures d'anxiété générale (STAI-Y) et spécifique (PRAQ) et de dépression périnatale (EPDS) ont été répétées à chaque trimestre de grossesse, c'est-à-dire au T2 et au T3. Finalement au T4, les participantes ont complété seulement le STAI-Y et l'EPDS, le PRAQ n'étant pas conçu pour mesurer l'anxiété après l'accouchement (Figure 1).

Figure 1 : Organigramme de l'étude



Note : FC = Fausse couche ; IMG = Interruption Médicale de Grossesse ; PP = Post-partum ; SA= Semaines d'aménorrhée

Parmi les 195 femmes sollicitées lors de leur premier rendez-vous à la clinique, 155 (79%) ont accepté de participer au projet au T1. Parmi celles-ci, 126 (81 %) ont complété les questionnaires au T2, 120 (77 %) au T3 et 110 (71%) au T4. Entre le premier et le deuxième trimestre, 19 % des femmes ont quitté l'étude et, parmi celles-ci 44 % (*n* =13 / 29) l'ont fait pour des raisons indépendantes de leur volonté (fausse couche, interruption médicale de grossesse, déménagement, changement d'hôpital etc.). Les autres (*n*=16) n'ont pas répondu aux différentes relances, elles ont été perdues de vue sans qu'on en connaisse la raison. Entre le T2 et le T3, une participante a quitté suite à une perte fœtale, une autre a accouché prématurément, alors que nous avons perdu de vue les 4 autres qui ont quitté l'étude. Entre le T3 et le T4, on compte une attrition de 10 patientes, sans qu'on en connaisse les raisons. Ainsi, entre le T1 (*N*=155) et le T4 (*n*=110), le taux de rétention est de 71 % (figure 1).

2.2.3 Outils de mesure

2.2.3.1Questionnaire sociodémographique et données obstétricales

Les informations concernant l'âge maternel, le nombre d'années de vie commune du couple, le niveau de scolarité, le statut socio-professionnel, le lieu de naissance de la mère et certaines données obstétricales (pertes périnatales antérieures, consultation en clinique de fertilité, complications obstétricales, statut de parité) ont été recueillies au T1 au moyen d'un questionnaire conçu spécialement à cette fin.

2.2.3.2 Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) (Questionnaire d'anxiété spécifique à la grossesse) (Van den Bergh et al., 1989)

Ce questionnaire a été élaboré en partie à partir des items d'un autre questionnaire, le *Pregnancy Anxiety Scale* (Levin, 1991). Le PRAQ consiste en 55 items et cinq sous-échelles. On retrouve aussi 3 items supplémentaires concernant la façon dont les femmes se comparent aux autres.

Une analyse factorielle effectuée par son auteure, Bea R. H. Van den Bergh, en 2007 a confirmé l'existence de 5 facteurs : 1) préoccupations à son sujet et au sujet de la relation conjugale (15 items); 2) peurs au sujet de l'intégrité du bébé (6 items); 3) peur de l'accouchement (9 items); 4) peur des changements (9 items); 5) préoccupations au sujet des futures relations mère-enfant, père-enfant et conjugales (16 items) (Bea R. H. Van den Bergh, communication personnelle, 16 novembre 2014).

Les réponses sont cotées sur une échelle Likert de 7 points allant de "ne s'applique pas du tout" à "s'applique très bien". À ce jour, aucun outil de mesure de l'anxiété spécifique à la

grossesse n'est disponible dans une version francophone validée. Pour cette étude, nous avons choisi de travailler avec le PRAQ, version longue, parce que les 5 dimensions nous paraissent riches et pertinentes pour améliorer notre compréhension de ce phénomène multidimensionnel. De plus, nous nous intéressons à la qualité de la relation conjugale comme facteur de protection et les facteurs 1 et 5 couvrent cette dimension.

Le questionnaire a été traduit par un psychologue-chercheur bilingue anglais-français, puis retro-traduit par un autre psychologue-chercheur bilingue français-anglais, avec la permission de l'auteure du questionnaire. Dans notre étude, la cohérence interne pour l'échelle globale est excellente, avec un coefficient global alpha de Cronbach de ,95 à chacun des trimestres, et très bonne pour chacune des sous-échelles (allant de 0,77 à 0,89) à chaque trimestre.

2.2.3.3 State Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) (Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété) (Spielberger et al., 1970)

Ce questionnaire est destiné à évaluer deux types d'anxiété, l'anxiété-état qui porte sur l'anxiété émotionnelle au moment précis de l'évaluation et l'anxiété-trait, qui se réfère à un trait de personnalité plutôt stable. Chacune de ces sous- échelles est constituée de 20 items. Les réponses sont cotées sur une échelle Likert de 4 points. Le STAI-Y est une mesure robuste, validée par des entretiens cliniques et largement utilisée à travers le monde. Il peut être aussi une mesure pertinente de l'anxiété auprès de la population périnatale à des fins de recherche (Meades et Ayers, 2011).

La version en français du questionnaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (ASTA) présente des qualités psychométriques très satisfaisantes (Landry, 1976).

La cohérence interne retrouvée dans notre étude est excellente, avec un alpha de Cronbach allant de 0,89 à pour l'anxiété "état" à chacun des trimestres, et de 0,92 pour l'anxiété "trait" aux trois trimestres.

2.2.3.4 Relationship Scales Questionnaire (RSQ) (Questionnaire des échelles de relation) (Griffin et Bartholomew, 1994).

Le RSQ est un auto-questionnaire de 30 items élaboré à partir du *Relationship Questionnaire* (RQ) (Bartholomew et Horowitz, 1991) et de *l'Adult Attachment Scale* (AAS) de Collins (1996). Le sujet cote les assertions proposées sur une échelle de Likert en cinq points. La version en français traduite et validée par Guédeney, Fermanian et Bifulco (2010) a été utilisée pour cette étude. L'étude de validation du construit de la version française confirme les qualités psychométriques satisfaisantes de l'outil. Les résultats ont été analysés

de façon dimensionnelle, selon la structure en trois facteurs (sécure, évitant, préoccupé) tel que suggéré par Backstrom et Holmes (2001) et Guédeney et al. (2010). L'alpha de Cronbach retrouvé dans notre étude est satisfaisant (0,71).

2.2.3.5 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Échelle de dépression post natale d'Édimbourg) (Cox et al., 1987)

Ce questionnaire de dix items, cotés de 0 à 3 sur une échelle de Likert, a été utilisé pour évaluer la présence de symptômes dépressifs en pré- et en post-natal. À l'origine élaboré pour la période du post-partum, son usage en période prénatale s'est depuis généralisé dans la mesure où cet outil propose une évaluation de la dépression excluant les symptômes somatiques classiques (Teixeira et al., 2009; van Bussel, Spitz et Demyttenaere, 2009b). Pour la version française, de bonnes propriétés psychométriques de cet outil en prénatal ont été rapportées (De Tychey et al., 2004; de Tychey et al., 2005). Un score seuil de 10,5 a été proposé en postnatal (Guedeney et Fermanian, 1998). La recherche d'Adouard, Glangeaud-Freudenthal et Golse (2005), menée avec des femmes enceintes françaises dont la grossesse était à haut risque obstétrical, a retenu le score seuil de 11,5. L'EPDS présente une très bonne cohérence interne (alpha de Cronbach : 0,87), tout comme sa version francophone (alpha de Cronbach : 0,76) et une bonne fidélité test-retest (0,98) (Guedeney et Fermanian, 1998). Dans notre étude, les alphas de Cronbach varient entre 0,83 et 0,88.

2.2.3.6 Social Support Questionnaire (SSQ6) (Questionnaire de support social) (Saranson, Levine, Basham et Saranson, 1983)

Le Social Support Questionnaire (SSQ6) évalue la disponibilité et le degré de satisfaction à l'égard du soutien reçu. Les versions originale et francophone du SSQ6 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 de Cronbach variant entre 0,94 et 0,97) (de Man, Balkou et Iglesias, 1986; Saranson et al., 1983). La traduction française de Stéphane Sabourin, proposée en 1988, a été retenue (Fortier, Wright et Sabourin, 1992). Dans notre étude, les alphas de Cronbach sont respectivement de 0,92 et 0,94 pour la disponibilité et la satisfaction, ce qui témoigne d'une excellente cohérence interne.

2.2.3.7 Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) (Échelle d'ajustement conjugal) (Busby, Christensen, Crane et Larson, 1995)

Le RDAS est la version révisée et abrégée du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Spanier, 1976). Il s'agit d'un auto-questionnaire qui mesure 7 dimensions de la relation conjugale, regroupées en 3 catégories : consensus, satisfaction, cohésion. Pour chacun des 14 items, le répondant doit choisir sur une échelle de cinq ou six points. Cette version révisée présente de bonnes qualités psychométriques au niveau de la fidélité (alpha de Cronbach = ,90) et de la validité (Busby et al., 1995). La version canadienne française (Baillargeon, Dubois et Marineau, 1986) a été retenue pour cette étude. La version courte a été validée auprès d'une population canadienne française et présente de bonnes qualités psychométriques (Sabourin, Valois et Lussier, 2005). Un seuil clinique inférieur à 48 est indicateur de la détresse dans le couple (Russell Crane, Middleton et Bean, 2000). La cohérence interne retrouvée dans notre étude est bonne, avec des alphas de Cronbach de 0,80 pour le score global et respectivement de 0,63; 0,75 et de 0,78 pour les sous-échelles « cohésion », « satisfaction » et « consensus ».

3. Résultats du volet qualitatif : Article 2

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 42-64

Recherche

Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse ; une étude longitudinale et qualitative

Anxiety and pregnancy specific coping mechanisms ; a longitudinal qualitative study

Nicole Reeves[1,2], Virginie Pelletier[3], Claude Schauder[4], Jeanne Thériault[3] et Jaqueline Wendland[1,5]

[1] Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, rue de l'Ecole de Médecine 12, 75006 Paris, France, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé (LPPS), Centre Henri Piéron, Institut de Psychologie, avenue Edouard Vaillant 71, 92100, Boulogne Billancourt Cedex, France.

[2] Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) Pavillon R, rue St Denis 900 Montréal, Québec, Canada, H2X 0A9.

[3] Université du Québec à Montréal, UQAM, Département de Psychologie, Case postale 8888, Centre-ville, Montréal, Québec, Canada, H3C 3P8.

[4] Bd. d'Anvers 45, 67000 Strasbourg, France, ancien professeur associé à l'Université de Strasbourg.

[5] Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi. Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Pitié Salpêtrière, Boulevard de l'Hôpital 47-83, 75013 Paris, France.

nicole.reeves@sympatico.ca
nicole.reeves.chum@ssss.gouv.qc.ca

Conflit d'intérêts : aucun

Approbation du Comité d'Evaluation Scientifique (CES) et d'Ethique (CER) du Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM) : projet 09.288, 29/03/2010.

La recherche a bénéficié d'un support financier provenant de Conventions Université de Strasbourg-Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (Paris) n° 124/07 133/09-DAS.

Introduction

En maternité, les symptômes anxieux plus ou moins prononcés chez les femmes enceintes constituent une large part des demandes de consultation qu'adressent les obstétriciens aux psychologues. Ces femmes réclament des examens, de l'écoute, du soutien et représentent un défi thérapeutique tant pour le médecin que pour le psychologue. Cette étude est née du désir de répondre à des questionnements issus tant de la pratique clinique quotidienne que des résultats préliminaires d'une étude s'intéressant aux attentes des femmes enceintes à l'égard des professionnels (Reeves, *et al.*, 2013). En effet, l'étude des attentes des participantes nous a amenés à constater l'importance de l'anxiété exprimée spontanément dans les entretiens recueillis, d'où l'importance de s'intéresser à ce phénomène répandu dont, de plus, les conséquences délétères sont bien documentées tant sur le cours de la grossesse (Kramer, *et al.*, 2009) sur la mère (Sutter-Dallay, *et al.*, 2004) que sur l'enfant (Van den Bergh et Marcoen, 2004).

Ainsi ont émergé les questions suivantes : quelle est la nature de cette anxiété ? Quel malaise traduit-elle ? Comment évolue-t-elle tout au long de la grossesse ? Quels sont les mécanismes d'adaptation privilégiés par les femmes enceintes ? Quelles sont les implications cliniques de ces considérations ?

Cet article rapporte les résultats d'une étude qualitative longitudinale qui vise à comprendre davantage les caractéristiques de l'anxiété prénatale et les mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse afin de mieux prévenir et intervenir.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

Le vécu psychique de la grossesse

La littérature psychanalytique (Bydlowski, 2001 ; Pascal, *et al.*, 2011 ; Raphael-Leff, 2005) apporte un éclairage sur les singularités du psychisme de la future mère. Dès l'annonce de la grossesse, on assiste chez la femme enceinte à un profond remaniement identitaire s'accompagnant d'une résurgence des conflits infantiles. Bydlowski (2001) qualifie ce phénomène de transparence psychique et Raphael-Leff (2005), quant à elle, parle de perméabilité psychique. Le concept de « maternalité » (*motherhood*) désigne, pour sa part, l'ensemble des processus psychiques engendrés par la grossesse (Benedek, 1959 ; Racamier, *et al.*, 1961).

La régression vécue invite les femmes à se centrer davantage sur elles-mêmes en cette période de crise identitaire et de maturation psychologique (Leifer, 1977 ; Racamier, *et al.*, 1961). La grossesse déclenche en même temps une montée d'angoisse et une fragilisation de la structure psychique chez toute mère. L'expérience de passivité inhérente à la gestation teinte également le vécu des parturientes, un nouvel être investissant désormais l'intérieur de leur corps. Cette effraction peut générer de l'angoisse et une impression d'envahissement, s'accompagnant fréquemment d'un sentiment d'étrangeté, difficilement nommable, et d'une ambivalence à l'égard de la gestation (Pascal, *et al.*, 2011). L'augmentation d'angoisse particulière à la grossesse est à l'origine de plusieurs symptômes anxieux observables et mesurables chez la future mère.

Anxiété spécifique à la grossesse

Les troubles anxieux en période périnatale ont fait l'objet d'un nombre important de travaux de recherche ces trois dernières décennies. Plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'étude de la spécificité des manifestations anxieuses lors de la grossesse et ont tenté d'en dégager les thématiques dominantes.

Burstein, *et al.*, (1974) décrivent un modèle tridimensionnel de l'anxiété vécue durant la grossesse qui se décline ainsi : anxiété par rapport à la grossesse, à l'accouchement, et enfin, en lien avec l'hospitalisation. Standley, *et al.*, (1979) ont démontré la présence de sentiments d'anxiété lors du dernier mois de gestation et les ont regroupés en deux dimensions, selon qu'ils sont liés à la grossesse et à l'accouchement, ou au rôle de futur parent. Sjögren (1997) évoque l'existence de peurs spécifiques et intenses chez la femme enceinte, telles que la crainte de l'incompétence, de la douleur ou de la perte de contrôle durant l'accouchement,

de complications médicales ou encore de changements dans la vie personnelle. En plus de ces préoccupations liées à l'accouchement, Huizink, *et al*., (2004) relèvent également chez les femmes enceintes une préoccupation quant à leur apparence, ainsi que la peur de porter un enfant atteint d'un handicap physique ou mental.

Plus récemment, le concept d'anxiété spécifique à la grossesse a émergé de l'ensemble de ces travaux (Huizink, *et al.*, 2004). Dunkel Schetter (2011) et Huizink, *et al.* (2004) définissent l'anxiété spécifique à la grossesse comme un syndrome distinct se référant aux peurs exprimées par la femme au sujet de sa santé, de celle de son bébé, des expériences reliées au suivi médical et à l'hospitalisation (incluant sa propre santé et même sa survie durant la grossesse), de l'accouchement imminent et ses suites, et enfin des préoccupations autour du rôle de mère.

Dans une revue de littérature s'intéressant à l'évaluation psychométrique de l'anxiété spécifique à la grossesse, Alderdice, *et al*., (2012) rapportent que de nombreux questionnaires ont été conçus depuis quelques décennies dont l'intérêt, au plan clinique, est d'apporter de précieux renseignements sur ce qui préoccupe les femmes enceintes afin de mieux orienter le travail de soutien et de réassurance auprès de ces dernières.

Mécanismes d'adaptation et grossesse

Parallèlement à l'étude de l'anxiété et du stress prénatal, un axe de recherche s'est développé autour des mécanismes d'adaptation présentés par les femmes enceintes. Le concept de coping, issu de la psychologie du moi, est défini par Lazarus et Folkman (1984) cité par Huizink, *et al*., (2002) comme l'ensemble des pensées et comportements utilisés pour résoudre un problème et diminuer le stress. Guardino et Dunkel Schetter (2014), dans une importante revue de littérature sur la question, rapportent que la façon dont les femmes enceintes s'adaptent à l'anxiété et aux multiples changements entraînés par la grossesse n'est pas encore bien documentée. Dunkel Schetter (2011) et Guardino et Dunkel Schetter (2014) insistent sur l'importance de mieux connaître les sources de stress particulières à la grossesse avant de tenter d'identifier les mécanismes de coping spécifiques aux femmes enceintes.

A cet égard, les résultats de l'étude de Huizink, *et al.* (2002) sur les mécanismes d'adaptation durant la grossesse ont permis d'identifier deux grands types de mécanismes tels que décrits classiquement par Folkman et Lazarus (1984) : les mécanismes centrés sur la solution de problème et ceux sur l'émotion. Les stratégies centrées sur le problème

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

visent la source de stress directement et sont habituellement utilisées dans des situations où un certain contrôle est possible.

A l'opposé, les stratégies centrées sur l'émotion sont privilégiées dans les cas où l'origine du stress échappe au contrôle. Ces comportements visent plutôt à réduire les émotions négatives liées à la situation. L'étude de Huizink, *et al.* (2002) indique que les femmes enceintes privilégient dans une large mesure les mécanismes centrés sur les émotions telles que la recherche de réconfort et de réassurance et l'expression des émotions.

Yali et Lobel (1999, 2002) ont identifié l'attitude positive comme étant un mécanisme associé à un niveau bas de détresse chez les femmes enceintes. L'évitement, au contraire, serait associé au fait de ne pas chercher de soutien social ni de soutien professionnel, d'où une plus grande détresse.

Suivis de grossesse au Québec

Quelques considérations s'imposent, avant de présenter nos résultats, en raison des pratiques différentes d'un pays à l'autre. Au Québec, la majorité des suivis de grossesse est assurée par des médecins obstétriciens ou généralistes. Un pourcentage très marginal (3%) de femmes bénéficie d'un suivi offert par une sage-femme. La pratique de ces dernières n'est légalisée et règlementée que depuis 1999 au Québec.

Objectifs de l'étude

Nous avons choisi, à travers cette étude qualitative, d'étudier en profondeur, la nature de l'anxiété vécue et ce, de manière longitudinale, en fonction des trimestres de grossesse. Dans une perspective de prévention et d'intervention, il nous apparaît important d'analyser attentivement le discours des femmes enceintes. Comment cette anxiété s'exprime et évolue ? Au-delà des singularités propres à chaque femme, pouvons-nous dégager des dénominateurs communs permettant de mieux saisir ce phénomène ? Quels sont les mécanismes d'adaptation utilisés par les femmes enceintes pour tenter de diminuer cette anxiété ? En conclusion, quelles sont les implications cliniques de ces considérations ?

Méthode

Participantes

Recrutées dès le premier trimestre de leur grossesse, onze femmes enceintes ont participé à cette recherche. Cinq ont été recrutées dans un

centre hospitalier universitaire par la chercheuse principale lors de leur rendez-vous pour le suivi de grossesse. Les six autres l'ont été via des petites annonces et le bouche à oreille. Toutes les femmes ont signé un formulaire de consentement tel que demandé par le Comité d'éthique de la recherche qui a donné son approbation au projet (29/03/2011). Les participantes devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : être en début de grossesse (8 à 12 semaines d'aménorrhée), être francophone et avoir un conjoint.

Toutes sont nées au Québec, âgées de plus de 18 ans et vivent en milieu urbain. La moyenne d'âge est de 35 ans (max = 40 ; min = 31). Neuf sont suivies par des médecins, et parmi celles-ci deux ont aussi recours à une accompagnante à la naissance et les trois autres consultent une sage-femme. Elles ont toutes complété des études postsecondaires, le nombre moyen d'années d'études est de dix-sept ans. Aucune ne présente de complications majeures au plan médico-obstétrical (nécessitant un suivi pour grossesse à risques élevés). Parmi ces femmes, quatre ont déjà mené au moins une grossesse à terme, alors que les sept autres n'ont pas d'enfant. Quatre ont été suivies pour des problèmes de fertilité et cinq ont déjà vécu un ou plusieurs avortements spontanés du premier trimestre.

Recueil des données

Dans une perspective longitudinale, nous avons rencontré les participantes à trois reprises, soit à chaque trimestre de grossesse.

Outils de recherche

Les données sociodémographiques ainsi que les informations obstétricales ont été récoltées dans un questionnaire complété lors de la première rencontre suite à la signature du formulaire de consentement.

L'outil de recherche est l'entretien semi-directif qui vise l'expression personnelle du sujet et l'exploration de thèmes particuliers. Ces entretiens ont été réalisés dans le cadre et selon le protocole de la recherche « Prévention en périnatalité. Etude comparative interculturelle de l'attente des hommes et des femmes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité » (Schauder, 2007). L'entretien était composé de questions ouvertes visant à explorer de façon très large le vécu et les attentes des femmes enceintes autour de quatre thèmes principaux : « Comment cela se passe depuis que vous êtes enceinte » ? « En parlez-vous ? » « A qui en avez-vous parlé ? » « Qu'attendez-vous des professionnels ? ».

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

L'anxiété n'était pas la thématique recherchée au moment de l'entretien mais cette dimension s'est imposée à la lecture des verbatim. Deux cliniciennes chercheuses ont rencontré les participantes. Chaque patiente était toutefois interviewée par la même personne, aux trois temps de collecte des données, dans le but évident de favoriser le lien de confiance et la continuité. Les rencontres étaient d'une durée moyenne de 45 minutes, réalisées soit à domicile, soit au bureau de la psychologue à l'hôpital.

Analyse des données

Les entretiens ont tous été enregistrés et retranscrits fidèlement. L'ensemble du travail d'analyse thématique et d'élaboration des catégories a été fait selon les principes décrits par Paillé et Mucchielli (2012). Dans un premier temps, les entretiens ont été lus, relus et soumis à une première analyse en petits groupes (psychologues et étudiants en psychologie) de façon à ce que chacun puisse s'imprégner et s'approprier de la tonalité et du contenu, tout en ayant une vue d'ensemble du corpus à analyser. Les trois entretiens de chaque participante ont été analysés à la suite l'un de l'autre de façon à mettre en évidence la singularité de chacune dans une perspective temporelle. Ultérieurement, le corpus a été soumis à une étude trimestre par trimestre afin de dégager pour chacun de ceux-ci les divergences, convergences et relations entre les thèmes abordés.

La transcription verbatim des entretiens a été analysée en fonction des thèmes pertinents à nos questions de recherche. En second lieu, la constitution de catégories conceptuelles impliquant un niveau d'inférences plus élevé a permis progressivement d'arriver à une conceptualisation de la problématique des sujets.

La mise en relation des catégories d'analyse a été faite, telle que recommandée par Paillé et Mucchielli (2012), à la fois sur un mode empirique, reposant sur les données du terrain, spéculatif, prenant source dans l'expérience clinique du chercheur, et enfin théorique, en référence aux écrits psychodynamiques et à la littérature sur les mécanismes de coping.

Résultats

Les résultats seront présentés de façon transversale, trimestre par trimestre, en mettant l'accent sur les convergences et les divergences entre les thèmes identifiés par les participantes. En raison de l'abondance et de la richesse du matériel recueilli, concernant les préoccupations et les inquiétudes des participantes, nous avons choisi de limiter notre présentation, dans

le cadre de cet article, à deux aspects particuliers de l'anxiété durant la grossesse qui ont été moins décrits dans la littérature. Nous souhaitons, en effet, mettre en relief deux dimensions qui se déploient de façon longitudinale, du début à la fin de la grossesse. D'une part, la perte de contrôle et son corolaire, l'hypervigilance, et d'autre part l'anxiété en lien avec l'expérience corporelle singulière de la grossesse.

Dans un second temps, nous décrirons les mécanismes d'adaptation mis en œuvre pour tenter de maîtriser l'anxiété. Des extraits d'entretien seront présentés pour illustrer nos propos. Les prénoms des participantes ont été changés afin de préserver leur anonymat.

Trimestre 1

Au premier trimestre, la peur de perdre le bébé ou que son développement soit menacé est la thématique dominante. En effet, presque toutes les femmes craignent que le bébé se développe de façon anormale, mais surtout de faire un arrêt de grossesse.

La peur de l'avortement spontané est abondamment exprimée par huit participantes. Toutes les primipares sont angoissées par cette idée ainsi que toutes celles, quel que soit leur statut de parité, qui ont des antécédents de fausse couche (n = 5) ou d'infertilité (n = 4). Camille, enceinte d'un troisième enfant, est encore habitée par des difficultés à concevoir.

« *J'ai peur de le perdre, là jusqu'à douze semaines, je me disais que ça ne se peut pas que ça se passe bien… J'étais extrêmement nerveuse pour la clarté nucale, la première chose que j'ai voulu savoir c'est est-ce que le cœur bat ?, j'étais hyper-angoissée* ».

Claire, seule primipare dont la grossesse n'était pas planifiée, exprime, quant à elle, sa peur de perdre l'enfant et son ambivalence à travers un rêve.

« *Je rêvais que je perdais le bébé, je pleurais, c'était étrange, il était collé à moi et puis il décollait, c'était l'ambivalence qui était représentée là, un attachement mais en même temps, le sentiment d'être envahie… ça contrôle un peu ma vie… J'aurais aimé avoir la chance de le désirer… »*

Le vécu de trois des quatre multipares est toutefois différent de celui des primipares, doublé du fait qu'aucune n'avait planifié cette grossesse. Elles sont surtout préoccupées par le futur, l'inconnu, soit l'après naissance. Comment pourront-elles accueillir un enfant de plus, inquiètes de leurs capacités à faire face à ces nouvelles responsabilités. Justine se demande si elle saura aimer cet enfant autant que le premier.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

En parallèle à cette peur de faire une fausse couche, les participantes rapportent une anxiété reliée à la perte de contrôle sur leur corps, celui-ci se transformant rapidement et de façon importante. D'une part, plusieurs parturientes évoquent la question des symptômes physiques plus ou moins prévisibles de la grossesse, notamment la fatigue et les nausées.

« Je n'avais pas pensé que mon corps allait être si instable, si imprévisible, j'ai de la misère à le gérer, je suis super fatiguée pour un rien, il y a plein de choses comme ça, on ne sait pas comment le corps va réagir, c'est pour ça que c'est plus difficile d'être stable émotionnellement ». (Lucienne)

D'autre part, les femmes qui ont des antécédents d'infertilité se sentent particulièrement impuissantes à contrôler le bon déroulement de la grossesse. Leur corps, sa capacité à procréer et à mener à terme une grossesse échappe totalement à leur volonté. Angélique se demande avec angoisse si elle réussira à « *garder le bébé vivant* » en elle, témoignant ainsi à la fois de la peur de perdre le bébé, mais aussi des inquiétudes à propos de ce corps qui pourrait défaillir à donner la vie.

Enfin, sept participantes s'inquiètent de perdre le contrôle sur leur vie émotionnelle, se sentent à fleur de peau, irritables, ne se reconnaissent pas.

Camille rapporte qu'elle trouve très désagréable ce « *flot d'hormones en peu de temps, je trouve cela très difficile au niveau de mon corps et de mon humeur* ». Dans le même sens, Maryse ajoute « *J'ai moins de facilité à rationaliser les choses, on dirait que la moindre chose va m'affecter, et j'ai toujours tendance à anticiper le pire* ».

Quelques participantes s'inquiètent aussi que ce bouleversement affectif ne nuise au bébé. Elles sont anxieuses à l'idée d'être anxieuses. Anne Marie, hantée par six fausses couches, s'inquiète que son anxiété affecte le bébé qu'elle porte.

Ainsi, les préoccupations des mères en début de grossesse sont centrées sur ce qui se passe à l'intérieur d'elles, autant au plan physique que psychique. Cette réalité leur échappe en partie, en raison du caractère inaccessible et invisible du fœtus, accentuant ainsi le sentiment d'impuissance et de perte de contrôle. Parallèlement, elles rapportent de l'hypervigilance par rapport à toutes les manifestations somatiques. Elles cherchent à savoir si tout se déroule normalement. Comment se fait cette nidation à l'intérieur d'elles ? Elles sont à l'affut de tous les signes donnés par le corps, cherchant à les interpréter.

« *Je fais les courses, les sacs sont lourds, j'ai une petite crampe…chaque chose que je fais… quand je vais à la salle de bains, je me demande si je saigne presque à chaque fois… ça c'est le côté négatif et stressant* ». (Anne Marie)

Certaines femmes sont fébriles, vigilantes à des signes qui pourraient trahir une fin abrupte de grossesse. D'autres, celles qui doutent de leur capacité à procréer, recherchent les symptômes attendus de la grossesse confirmant le bon déroulement et la réalité de cette dernière.

«*Je suis attentive aux sensations, les petits élancements, les pincements, il y en a même qui disent qu'à douze semaines on peut le sentir bouger, j'attends toujours*»… «*Je n'ai pas beaucoup de symptômes, c'est difficile de m'assurer que je suis vraiment enceinte*». (Sylvie)

La fin du premier trimestre est marquée par l'échographie qui permet, entre autres, la mesure de la clarté nucale. La fonction rassurante de l'échographie est clairement nommée par toutes les femmes. Cinq d'entre elles ont eu, pour diverses raisons, une première échographie très précocement, soit à moins de huit semaines. Cet examen a non seulement la fonction de rassurer mais aussi d'inscrire la grossesse dans la réalité par un tiers.

Marie rapporte «*peut-être que le bébé n'existe pas, personne ne sait que tu es enceinte avant l'écho*». Elle nous dira aussi «*se sentir plus enceinte depuis qu'elle l'a vu*», tout comme Lucienne: «*Avant c'était comme un corps étranger, j'ai l'impression que le bébé est plus intégré en moi*». Claire, qui reconnaît son ambivalence, dira que ce bébé vécu comme un parasite, commencera à exister autrement après la première échographie.

Trimestre 2

La grossesse est plus visible, plus tangible, confirmée par l'échographie de la douzième semaine. La peur des avortements spontanés du premier trimestre est moins palpable pour environ la moitié des participantes qui l'avaient rapportée au premier trimestre. Plusieurs participantes avaient précédemment évoqué le fait qu'elles attendaient la fin de ce trimestre pour être rassurées quant à la réalité de la grossesse. Il s'avère, toutefois, qu'au-delà de ces considérations rationnelles, la peur de perdre l'enfant persiste pour plusieurs, en particulier celles dont la conception a été semée d'embuches (7). Elles restent inquiètes de ne pouvoir mener leur grossesse à terme, que leur corps leur fasse défaut ou de réussir à concevoir un bébé normal.

Pour d'autres, un glissement se fait de la peur de perdre l'enfant à la crainte qu'il soit porteur de malformations. Ces craintes seront réactivées et apaisées pour la plupart des femmes autour de l'échographie morpho-

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

logique de la vingtième semaine. Une seule des participantes décrit un sentiment d'étrangeté et de bizarrerie devant cette image du bébé porté. Deux recourront à l'amniocentèse.

Devant cette grossesse, maintenant confirmée par l'échographie et bien apparente, les femmes enceintes sont préoccupées par la nécessité de protéger le bébé des menaces potentielles de l'environnement. C'est ainsi qu'à l'anxiété du premier trimestre, portant sur l'intérieur du corps, cet univers mystérieux, s'ajoutent, pour quatre des participantes, des craintes au sujet du monde extérieur et ses menaces. Ces femmes tentent de compenser cette perte de contrôle par une vigilance accrue, cette fois-ci à l'égard du monde extérieur.

« *On dirait que l'environnement extérieur est plus menaçant, je trouve que c'est un gros mot, parce que je ne me sens pas nécessairement toujours menacée, mais je me sens plus en alerte, j'aurais tendance à faire plus attention… quand c'est plein de monde dans le métro, je suis hyper-consciente de mon environnement, de tous les dangers possibles* » (Lucienne).

Cinq participantes nommeront aussi, dans le même sens, des peurs liées aux conditions hygiéniques, à la présence de virus, de bactéries ou de risques de complications liées à une vaccination, l'amniocentèse et à l'injection pour la péridurale.

Dès le premier trimestre, en lien avec l'expression d'un vécu émotif débridé, cinq participantes avaient évoqué le fait qu'elles attendaient de leur partenaire qu'il puisse rester serein, patient devant ces mouvements d'humeur. Au deuxième trimestre, à ces attentes s'ajoute le fait que six participantes expriment des besoins de dépendance accrus à l'égard du conjoint.

« *Je suis plus dépendante de ce sentiment de sécurité, j'ai besoin qu'il soit avec moi, qu'il dorme à mes côtés. Je me sens beaucoup plus vulnérable parce que j'ai quelqu'un d'autre à protéger en moi* » (Lucienne).

Cette régression peut être source de grande anxiété, la perte d'autonomie étant vécue parfois comme une perte de contrôle, ainsi qu'en témoigne Sylvie.

« *J'ai tendance à faire mes choses toute seule, je suis habituée d'être indépendante, je ne me sens plus comme cela, ça me fait peur* ».

Dans le même sens, mais sous une autre forme, Anne Marie se défend devant l'expression de ses besoins et se dit irritée par les comportements protecteurs de son mari. Finalement, trois participantes expriment leur

déception devant le fait que leur conjoint ne soit pas présent et soutenant comme elles le voudraient.

Trimestre 3

Les préoccupations au sujet de l'accouchement, ou d'une éventuelle césarienne, sont exprimées dès le début de la grossesse pour un grand nombre de nos participantes (n = 7). Les quatre multipares avaient évoqué spontanément la question en référence à la façon dont les choses s'étaient passées pour elles lors des grossesses précédentes. Trois d'entre elles rapportent un accouchement difficile au point où l'éventualité d'une nouvelle grossesse était remise en question. Elles se montrent angoissées à l'idée de revivre une telle expérience. Ces grossesses non planifiées s'inscrivent aussi dans un vécu de perte de contrôle sur le corps et sa fonction reproductrice.

Les primipares sont plutôt habitées, comme nous l'avons vu, par la peur de perdre l'enfant, et seulement trois sur sept ont évoqué la question de l'accouchement en début de grossesse. Toutes les craintes et appréhensions concernant l'accouchement à venir, son déclenchement et son déroulement, sont parmi les grandes préoccupations exprimées au troisième trimestre. L'accouchement représente, en effet, l'acmé de la perte de contrôle, tant sur le corps que sur l'expression émotive. Le déclenchement de l'accouchement est nommé par plus de la moitié de nos participantes comme étant source d'inquiétudes. Comment et quand aura lieu ce passage ? En raison du caractère imprévisible de l'accouchement, elles s'inquiètent car elles ne peuvent en planifier le déclenchement, prévoir le moment, le lieu. Sauront-elles reconnaître les signes annonciateurs ? « *Ce qui me fait le plus peur c'est de ne pas savoir à quel moment il faudra partir* » dira Sylvie. « *C'est comme si j'avais une bombe positive sans minuterie* » dira Justine, témoignant ainsi de son angoisse devant la violence de l'événement et son caractère imprévisible.

Claire, dont l'ambivalence et les angoisses sont envahissantes depuis le début, tente encore ultimement de contrôler l'incontrôlable : « *J'essaie de la garder en dedans le plus longtemps possible, j'essaie de retarder le moment, essayer que ça se passe à 40 semaines comme prévu. …Ça serait bien de pouvoir décider quand ça va arriver, parce que chaque fois que je vais me coucher, je suis toujours un peu sur le qui-vive, ça peut être stressant, c'est imminent mais on ne sait pas exactement…puis j'ai l'impression que je peux un peu contrôler cela en restant au repos…* »

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

La peur de la douleur, la crainte de la perte de contrôle devant celle-ci domine le discours de six des neuf participantes qui prévoient d'accoucher par voie basse. Pour les deux autres femmes, une césarienne élective est déjà planifiée.

La peur de perdre l'enfant ou qu'il ne soit pas en bonne santé n'est évoquée spontanément que par deux femmes. Marie-Lucie craint plus particulièrement qu'«*il ne passe pas*». Deux participantes qui ont des antécédents d'accouchement traumatique feront allusion à des risques pour leur propre survie.

Mécanismes d'adaptation

L'analyse des entretiens a permis d'identifier trois grandes catégories de stratégies directes et actives pour soulager l'anxiété. Le recours à la science, au savoir qui relève surtout de mécanismes centrés sur le problème (coping actif, planification, recherche de soutien instrumental, assistance, information) ; la recherche de soutien social, mécanisme centré essentiellement sur l'émotion (expression des émotions, recherche de réconfort et de réassurance) et enfin l'acceptation (lâcher prise, rationalisation), stratégie aussi centrée sur l'émotion.

Le recours à la science, la technique

L'échographie est, comme nous l'avons vu, un moment phare, intense quant à l'émotion et au soulagement de l'anxiété. L'examen rassure, permet le passage du caché au visible et confirme la grossesse par l'intervention d'un tiers.

Dix parmi les onze participantes désirent connaître le sexe de l'enfant. Soulignons aussi l'importance d'entendre le cœur du bébé, moment parmi les plus rassurants et les plus émouvants décrits. Une participante souhaite même s'acheter un stéthoscope afin de pouvoir se rassurer dès que l'anxiété se manifeste.

L'hypervigilance se manifeste, comme nous l'avons constaté, par une surveillance accrue de tout signe physique mais aussi par une recherche parfois effrénée de réponses à toutes les questions que soulève ce corps en changement et cet accouchement lié à tant d'inconnus. Toutes les primipares rapportent passer un temps considérable à rechercher de la documentation sur internet ou à travers divers types de publication sur la maternité. Marie nous confiera «*Je me suis acheté une pile de livres*». La recherche d'informations factuelles a toutefois un effet pervers dénoncé

par certaines. Angélique reconnaît être stressée par tout ce qu'elle peut lire. Devant ce conflit vécu entre « lâcher prise et contrôler », elle cesse toute consultation de ce type ayant le sentiment que cette littérature nourrit ses craintes.

En vue de l'accouchement, toutes les femmes déploient plus d'une manœuvre pour se donner un sentiment de maîtrise. A titre d'exemple, citons les cours prénataux, la formation à une technique de préparation à l'accouchement avec participation du conjoint (Bonapace, 2009), la visualisation, l'autohypnose, la rédaction d'un document en fin de grossesse dans lequel sont exprimés par le menu tous les souhaits des patientes, concernant le mode de soulagement de la douleur, les personnes présentes, etc. Ce « plan de naissance » permet à la future mère d'exprimer toutes ses demandes au sujet de la façon dont elle aimerait que se passe son accouchement.

« *Je passe beaucoup de temps à aller sur internet, à lire sur l'accouchement sans stress, J'assiste à la formation sur la méthode Bonapace, ça fait beaucoup d'informations à aller chercher…* » (Claire)

L'expérience des multipares est encore ici fort différente. Elles diront toutes avoir cherché toutes ces informations lors de la première grossesse, mais ne plus être confrontées à la nouveauté et à son lot d'incertitudes.

La recherche de soutien émotionnel

Les trois quarts des femmes soulignent à quel point elles recherchent le réconfort et la réassurance auprès d'autres femmes enceintes, amies, parentes ou rencontrées sur un mode épistolaire virtuel via les forums sur internet. Le sentiment d'appartenance à la communauté des femmes enceintes est rassurant et réconfortant. « *On est ensemble dans notre bulle de femmes enceintes* » dira Angélique. Justine ajoutera « *On partage beaucoup entre mamans, on se fait des thérapies de groupe, on se sent très libre de dire tout ce qu'on veut…de parler de tous les tabous…* »

La question de l'importance du lien, de la relation avec les soignants est évoquée par toutes les participantes. Ces dernières reconnaissent la compétence des professionnels mais déplorent parfois le manque de continuité dans le suivi et le peu de disponibilité des soignants. Anne Marie, qui a souffert de fausses couches à répétition, rapporte: « *c'est la première*

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

fois qu'un médecin s'engage avec moi». La qualité du lien est pour elle déterminante dans la poursuite de cette grossesse.

Cinq d'entre elles trouvent cet apaisement à leur anxiété auprès des accompagnantes à la naissance ou auprès des rares sages-femmes en exercice au Québec. «*Dès que j'ai des signes un peu étranges, j'appelle une amie sage-femme*» rapporte Sylvie. Le soutien du conjoint a aussi été identifié, ainsi que nous l'avons rapporté plus tôt, tant durant la grossesse qu'en prévision de l'accouchement quoique deux femmes s'inquiètent de la capacité du conjoint à vivre l'accouchement.

L'acceptation

L'emploi des termes «lâcher prise», «laisser-aller» et autres synonymes sont les témoins d'une stratégie d'adaptation qui consiste essentiellement en l'acceptation et que nous retrouvons chez sept participantes. Claire dira «*Il y a un travail d'acceptation qui est fait de lâcher prise, on ne peut pas le forcer le lâcher prise*». Ainsi se dessine clairement l'ambivalence entre l'idéalisation de l'instinctuel et d'un lâcher prise qui signifierait un renoncement à tout contrôler et se référer à un savoir qui pourtant rassure. Toutes expriment leur inquiétude, l'intensité du conflit vécu, certaines cherchant aussi à rationaliser et se rassurer: «*mon corps va savoir quoi faire*» dira Sylvie, qui pourtant se demande à la fois si elle va paniquer, ou être agressive. Marie, dans un effort d'acceptation, nous dira «*J'essaie de me dire que ça va arriver quand ça va arriver parce que je devenais obsédée, je pensais juste à ça*». Le travail d'acceptation fait de rationalisation, de lâcher prise consiste à renoncer au contrôle et à l'hypervigilance.

Discussion

De façon générale, nous avons retrouvé dans nos entretiens de recherche l'expression de l'anxiété en lien avec l'expérience corporelle, telle que décrite dans la littérature. Le premier trimestre est dominé par la peur de perdre l'enfant alors qu'en fin de grossesse, les peurs autour de l'accouchement se font plus intenses (Huizink, *et al.*, 2004; Standley, *et al.*, 1979).

Perte de contrôle, passivité et expérience corporelle

Au-delà de ces thématiques, toutefois, l'analyse a surtout permis de décrire et de mettre en évidence deux dimensions singulières de l'anxiété durant la grossesse, soit la peur de perdre le contrôle et les préoccupations concer-

nant le corps comme lieu de passage. Ces inquiétudes quant à la perte de contrôle et son corolaire, l'hypervigilance, se sont avérées être le fil conducteur de nos entretiens d'un trimestre à l'autre, mais s'expriment différemment en fonction des enjeux spécifiques et de l'expérience corporelle propre à chaque trimestre.

Ainsi, les participantes expriment à quel point elles sont hypervigilantes dans une tentative de reprendre cette maîtrise sur leur corps et sur le monde extérieur. Cette peur de perdre le contrôle concerne d'abord le passage vers l'intérieur, puis de l'intérieur à l'extérieur. Les femmes sont préoccupées par tout signe, tout témoin de ce qui est vécu à leur insu, à l'intérieur d'elles : saignements, douleurs, contractions, etc. ainsi que par tout ce qui, de l'extérieur peut entrer dans le corps gestant (nourriture, médicaments, examens médicaux plus ou moins invasifs), et enfin, ultimement, par le passage de l'enfant vers l'extérieur. Ces inquiétudes propres à l'expérience corporelle contribuent à donner à l'anxiété durant la grossesse son caractère spécifique.

L'anxiété des femmes enceintes se déplace de l'intérieur du corps (peur de l'avortement spontané, des malformations) vers l'extérieur (menaces du monde environnant), puis à nouveau vers l'intérieur à l'approche du passage vers l'extérieur alors que l'accouchement et son caractère imprévisible sont au centre des inquiétudes des futures mères.

La perte de contrôle constitue un thème riche à explorer en lien avec la passivité inhérente à toute grossesse. Comme l'observent Pascal, *et al.*, (2011), «*la maternité peut être conçue comme la disparition d'une libre disposition de son propre corps dans laquelle la femme enceinte se voit confrontée à une perte de maitrise*».

Passivité et perte de contrôle sont étroitement liées suscitant angoisse, d'où les manifestations anxieuses dans cette expérience de non-maîtrise, tant des événements psychiques que somatiques. Pascal, *et al.*, (2011), se basant sur la conception élaborée par Schaeffer (1997) des angoisses du féminin et de leur lien avec l'ouverture et la fermeture, concluent que l'intérieur du corps féminin est objet d'angoisse par envahissement ou effraction. La passivité et la non-maîtrise caractérisent ce passage vécu dans l'ambivalence, tantôt devant la peur de l'envahissement, et tantôt devant celle de perdre. Cette dialectique se vit non seulement sur la scène physique mais aussi au plan fantasmatique, dans l'ambivalence plus ou moins reconnue des sentiments.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

Angoisse d'intrusion et effraction sont vécues dans un corps en creux : « *Le corps féminin constitue un lieu de passage dans les deux sens, dans lequel la dynamique d'incorporation-rejet est constamment à l'œuvre* » (Pascal, *et al.*, 2011). Cette dynamique entre en résonance avec les versants opposés constitutifs de l'ambivalence. Le « lâcher prise » revient de façon récurrente dans le discours des participantes, lâcher prise devant ce corps qui pourrait échouer à concevoir, à mener l'enfant à terme et enfin à le laisser-aller le moment venu.

La passivité et la perte de contrôle sont difficiles à tolérer et sont compensées par une hypervigilance nécessaire à la survie, vigilance d'autant nécessaire que la future mère est maintenant responsable de deux vies. L'anxiété sous forme d'hypervigilance serait le témoin d'une tentative de retrouver ce contrôle, cette maîtrise sur son corps, ses émotions, sur les menaces tant internes qu'externes et, ultimement, sur la vie et la mort.

Cette forme très particulière de passivité propre à la grossesse est vécue comme une perte de contrôle, et s'oppose évidemment à l'activité, la maîtrise, voire la performance.

Perte de contrôle, grossesse parfaite, narcissisme et ambivalence

Le fantasme d'une grossesse parfaite, contrôlée, aseptisée dans tous les sens du mot, semble bien caractériser les représentations actuelles. La grossesse fait habituellement l'objet de planification, de contrôle, d'une surveillance médicale étroite et minutieuse. Les futures mères rapportent déployer une énergie considérable à se documenter pour favoriser un développement in utero optimal et éviter tous les dangers. Pensons aussi à cette mise en abîme que nous révèle la parole des femmes enceintes : elles sont anxieuses à l'idée d'être anxieuses ! Elles ont toutes lu ou entendu quelque part que le bébé porté doit être mis à l'abri de toute émotion négative et de tout « stress ».

Les futures mères craignent de perdre l'enfant, qu'il soit mal formé ou encore irrémédiablement affecté au plan psychique par les bouleversements émotionnels vécus par la femme enceinte.

Non seulement le danger peut se trouver du côté de l'extérieur mais il peut aussi venir de la mère, de son ambivalence plus ou moins consciente, plus ou moins acceptée. Ainsi que le souligne David (2006, p. 87) : « *La recherche de la perfection maternelle, celle d'un contrôle constant, témoignerait peut être du refus inconscient du pôle hostile de l'ambivalence inévitable dans l'exercice de la maternité* ». Avoir un enfant parfait confirme

la future mère dans sa toute-puissance, sa perfection. En effet, l'analyse des entretiens révèle que, très souvent, derrière les craintes de perdre le bébé ou d'avoir un enfant malformé, les futures mères expriment leur propre fragilité narcissique quant à leur capacité de procréer. Ce besoin d'être rassurée quant à la bonne santé du fœtus cache la demande implicite d'être confirmée dans sa capacité à mener à terme une grossesse et dans son pouvoir d'enfanter. Tout comme Bydlowski (2001) le décrit, on peut observer qu'à ces craintes au plan fantasmatique, s'ajoute le poids de la réalité pour toutes celles dont le narcissisme a été ébranlé par le parcours d'infertilité.

Ainsi que le soulignent Robert, *et al*., (2008), l'angoisse de performance et le mythe de la mère parfaite pourraient aussi expliquer, en partie, l'anxiété spécifique à la grossesse chez des femmes plus fragiles au plan narcissique. Dans le même sens, David (2006) soulève la question de la fragilité intérieure et des attentes narcissiques que les femmes auraient pour elles-mêmes. Elle propose le concept de mère « suffisamment folle » voulant ainsi insister sur la non-perfection, soit la capacité de tolérer l'ambivalence sans trop d'angoisse.

Anxiété, mécanismes d'adaptation, étayage et soutien

Tout au long de l'analyse des entretiens se dessinent clairement trois grandes stratégies pour soulager l'anxiété : le recours à la science, au savoir ; la recherche de soutien émotionnel ; et enfin l'acceptation, faite de lâcher prise et de rationalisation.

Il importe aussi, tel que le recommande Dunkel Schetter (2011), de se questionner sur l'efficacité de ces stratégies. L'accumulation d'informations factuelles peut avoir pour effet d'augmenter l'anxiété, ainsi que le soulignent quelques participantes. Ces effets paradoxaux sont aussi rapportés par Melender (2002). D'après cette dernière, les participantes n'en auraient jamais assez, alors que ce qui importerait le plus pour le soulagement de l'anxiété serait la façon dont l'information est transmise. De même, Lussier, *et al*., (1994) observent chez les femmes enceintes, une soif d'information, de savoir-faire, d'enseignement rarement satisfaite.

La réassurance grâce aux examens diagnostiques est parfois précaire, ainsi qu'en témoigne cette participante qui aimerait avoir un stéthoscope à portée de la main pour entendre le cœur du fœtus à la moindre inquiétude. Nous pouvons penser que les stratégies visant à accepter l'impuissance ou

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

à trouver réassurance à travers le lien à autrui ont un effet plus permanent, en permettant un travail au plan psychique.

Les participantes rapportent rechercher soutien et réassurance particulièrement auprès des professionnels, de leurs conjoints, et d'autres femmes enceintes. Cette observation est à mettre en parallèle avec le fait que les stratégies centrées vers les émotions sont privilégiées dans les situations dans lesquelles on a peu de contrôle (Folkman et Lazarus, 1984, cité dans Huizink, *et al.*, 2002). En effet, ainsi que nous l'avons décrit, la grande part des craintes mentionnées durant la grossesse échappe au contrôle (avortement spontané, malformations, etc.).

De plus, Huizink, *et al.* (2002) observent que les stratégies d'adaptation centrées sur les émotions sont plus efficaces à réduire les plaintes liées à la grossesse que les mécanismes centrés sur la résolution de problèmes. Ces constats, quant aux effets bénéfiques du soutien émotionnel auprès des femmes enceintes, permettent d'étayer, si cela est encore nécessaire, l'importance de l'accompagnement que prône Molénat (2001, 2013) depuis quelques décennies.

Au regard du passé, nous pouvons constater que ces pratiques faisaient partie du processus social entourant la grossesse et la maternité. En effet, dans les sociétés traditionnelles, les femmes d'expérience offraient soutien aux plus jeunes ; les rites et rituels de protection de l'enfant permettaient de contenir l'anxiété des (futures) mères. Raphael-Leff (2005) souligne que les références anciennes aux sages-femmes et les données anthropologiques confirment que l'assistance aux femmes enceintes n'était pas seulement physique, mais incluait du soutien émotionnel. Dans certaines sociétés africaines, le soutien du réseau est fait de sollicitude, beaucoup plus que de transmission du savoir (Capponi et Horbacz, 2007).

Les résultats de notre étude suggèrent que les femmes d'aujourd'hui recherchent soutien, ancrage, repères identificatoires auprès de leurs semblables : « on est ensemble dans notre bulle de femmes enceintes », citation éloquente témoignant à la fois du partage mais aussi de la singularité de l'expérience. Dans le même sens, les participantes de Lussier, *et al.*, (1994) manifestaient le désir de pouvoir trouver dans la communauté un réseau d'entraide afin de sortir de leur isolement.

Les réseaux sociaux virtuels, fréquemment cités par nos participantes, occupent peut-être aujourd'hui la fonction de partage d'un savoir et de soutien qu'assumait autrefois la communauté. En termes préventifs, il nous semble intéressant de favoriser au sein de la communauté et même

de l'institution de tels groupes, non plus virtuels mais bien ancrés. Un tel groupe de femmes pourrait répondre, en partie du moins, à ce besoin qu'expriment nos participantes. La proposition de groupes de soutien au sein de la communauté permettrait de répondre à plusieurs objectifs auprès des femmes enceintes ; expression, partage émotionnel et « *empowerment* » et diminution de l'anxiété.

Conclusion et implications au plan clinique

Cette étude apporte un éclairage nouveau sur l'anxiété durant la grossesse en mettant en relief le vécu autour de la peur de la perte de contrôle et la singularité de l'expérience corporelle. En second lieu, l'analyse a permis de mettre en évidence trois grands types de mécanismes d'adaptation : la réassurance grâce à la science, à travers le soutien émotionnel et grâce à l'acceptation. Ces observations sont utiles au plan clinique. En effet, elles permettent aux soignants de mettre en place du soutien en tenant compte de cette anxiété et de ses particularités.

En raison de l'anxiété que les femmes peuvent vivre autour du passage de l'extérieur vers l'intérieur et puis de l'intérieur vers l'extérieur du corps, et tenant compte aussi de la perméabilité psychique des femmes enceintes, on peut croire que le holding est le meilleur accompagnement pour contenir et apaiser l'anxiété. Soutien et holding permettraient d'entendre et de contenir l'ambivalence et les conflits liés au retenir et son contraire, le laisser-aller.

Le défi actuel pour les professionnels est de redonner aux femmes enceintes un certain sentiment de maîtrise dans ce parcours hautement médicalisé, tout en assurant une fonction de « holding » de façon bienveillante. Il paraît aussi pertinent, en réponse aux exigences narcissiques et de contrôle que se donnent les femmes, d'intégrer le concept de « *Good enough mother to be* ».

Dans une optique préventive, il serait souhaitable d'offrir un espace de parole et d'écoute aux femmes enceintes, qui souvent vivent avec intensité et anxiété l'expérience de la grossesse. Il s'agit à la fois de leur redonner une certaine maîtrise mais aussi d'offrir un étayage permettant de mieux tolérer la perte de contrôle et la passivité inhérente à toute grossesse. Dayan, (2015, p. 4) souligne que « la grossesse est aussi le moment d'un épanouissement et d'une affirmation de soi, mais il conviendrait peut être d'ajouter qu'il s'agit en partie d'un soi infantile et archaïque et

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

que cette satisfaction régressive n'est atteinte que lorsque la mère peut s'y laisser-aller, ce qui suppose contrôle et soutien. »

Des recherches futures permettant de mieux documenter tant au plan qualitatif que quantitatif l'efficacité des mécanismes d'adaptation présentés par les femmes enceintes permettraient de mieux cibler nos interventions thérapeutiques devant les manifestations anxieuses. De même, il serait fort pertinent de procéder à une recherche approfondie sur la façon dont les femmes enceintes vivent le parcours médical. Il serait utile de mieux connaître les facteurs liés au suivi médical qui atténuent ou, au contraire, exacerbent l'anxiété des patientes.

Point important

- La peur de la perte de contrôle et son corolaire l'hypervigilance, tout comme les préoccupations relatives au corps comme lieu de passage contribuent à donner à l'anxiété durant la grossesse, son caractère spécifique.
- Trois grandes catégories de stratégies d'adaptation directes et actives sont privilégiées par les femmes enceintes afin de contrer l'anxiété ; le recours à la science, au savoir, la recherche de soutien émotionnel et enfin une stratégie cognitive, l'acceptation.
- La mise en place de groupes de soutien au sein de la communauté permettrait de répondre à plusieurs objectifs auprès des femmes enceintes; partage émotionnel, soutien, « empowerment » et diminution de l'anxiété.
- Le défi pour les professionnels assurant le suivi des femmes enceintes est de donner à celles-ci un plus grand sentiment de maîtrise dans ce parcours hautement médicalisé, tout en assurant une fonction de « holding » de façon bienveillante.

Résumé

Cet article présente les résultats d'une étude longitudinale qualitative sur l'anxiété et les mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse. Les entretiens de onze participantes rencontrées chacune aux trois trimestres de la grossesse ont été soumis à une analyse de contenu. Au-delà des thématiques identifiées propres à chaque trimestre, l'analyse révèle que la peur de perdre le contrôle, l'hypervigilance tout comme les préoccupations relatives à l'expérience corporelle participent à donner à l'anxiété durant la grossesse son caractère spécifique. Les mécanismes d'adaptation privilégiés durant la grossesse sont décrits. Les implications cliniques de ces constats sont discutées.

Mots-clés

Anxiété spécifique à la grossesse.
Mécanismes d'adaptation.
Périnatalité.

Remerciements

Les auteurs remercient les femmes qui ont participé avec générosité au projet, toutes les étudiantes qui ont contribué avec enthousiasme et minutie aux analyses ainsi que le Professeur Irène Krymko Bleton, sans lesquelles ce projet aurait été impossible.

Références

[1] ALDERDICE F., LYNN F., LOBEL M. : « A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 2012 ; *33 (2)* : 62-77.

[2] BENEDEK T.: « Parenthood as a developmental phase », *Journal of the American Psychoanalytic Association*,1959 ; *7* : 379-417.

[3] BONAPACE J. : *Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace*, Editions de l'Homme, Montréal, 2009.

[4] BURSTEIN I., KINCH R.A.H., STERN L. : « Anxiety, pregnancy, labor, and the neonate », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1974; *118 (2)* : 195-199.

[5] BYDLOWSKI M. : « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », *Devenir*, 2001 ; *13 (2)* : 41-52.

[6] CAPPONI I., HORBACZ C. : « Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? », *Dialogue*, 2007 ; *175 (1)* : 115.
[7] DAVID H. : « La mère suffisamment folle », *in* ANDRE J., DREYFUS-ASSEO S., *La folie maternelle ordinaire*, PUF, Paris, 2006 ; pp. 77-101.
[8] DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M. : *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*, deuxième édition, Elsevier Masson, Paris, 2015.
[9] DUNKEL SCHETTER C. : « Psychological science on pregnancy : Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues », *Annual Review Psychology*, 2011 ; *62* : 531-558.
[10] GUARDINO C.M., DUNKEL SCHETTER C.D. : « Coping during pregnancy : A systematic review and recommendations », *Health Psychology Review*, 2014 ; *8 (1)* : 70-94.
[11] HUIZINK A.C., DE MEDINA P.G., MULDER E.J., VISSER G.H., BUITELAAR J.K. : « Coping in normal pregnancy », *Annals of Behavioral Medicine*, 2002 ; *24 (2)* : 132-140.
[12] HUIZINK A.C., MULDER E.J., DE MEDINA P.G., VISSER G.H., BUITELAAR J.K. : « Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome ? », *Early Human Development*, 2004 ; *79 (2)* : 81-91.
[13] KRAMER M.S., LYDON J., SEGUIN L., *et al.* : « Stress pathways to spontaneous preterm birth : The role of stressors, psychological distress, and stress hormones », *American Journal of Epidemiology*, 2009 ; *169 (11)* : 1319-1326.
[14] LAZARUS R.S., FOLKMAN S. : *Stress, appraisal, and coping*, Springer Publishing Company, New York, 1984.
[15] LEIFER M. : « Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood », *Genetic Psychology Monographs*, 1977 ; 95 *(1)* : 55-96.
[16] LUSSIER V., DAVID H., SAUCIER J.F., BORGEAT F. : « Enjeux maternels et dépression postnatale: rupture ou continuité », *Devenir*, 1994 ; *6 (4)* : 7-26.
[17] MELENDER H.L. : « Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland », *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2002 ; *47 (4)* : 256-263.
[18] MOLENAT F. : *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*, Editions Fabert, Bruxelles, 2013.
[19] MOLENAT F. : *Naissances : pour une éthique de la prévention*, Erès, Toulouse, 2001.
[20] PAILLE P., MUCCHIELLI A. : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, (3e édition), Armand Colin, Paris, 2012.
[21] PASCAL C., SPEISS M., THEVENOT A. : « Expérience de passivité et affects d'angoisse dans le temps de la grossesse », *Dialogue*, 2011 ; *192 (2)* : 137-148.
[22] RACAMIER P.C., SENS C., CARRETIER L. : « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », *L'Evolution Psychiatrique*, 1961 ; *26* : 525-570.
[23] RAPHAEL-LEFF J. : *Psychological processes of childbearing,* Fourth edition, London, The Anna Freud Centre, 2005.
[24] REEVES N., BOCH B., PELLETIER V., THERIAULT J., KRYMKO-BLETON I.: « Pregnant women's anxiety, in their choice of professional who will follow their pregnancy », *Archives of Women's Mental Health*, 2013 ; *16 (1)* : Supplément 1-146, S-78.
[25] ROBERT E., DAVID H., REEVES N., GORON S., DELFOSSE S. : « Adaptation à la maternité : évolution discontinue de l'anxiété en pré- et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété », *Devenir*, 2008 ; *20 (2)* : 151-171.
[26] SCHAEFFER J. : *Le refus du féminin*, PUF, Paris, 1997.
[27] SCHAUDER C. : « Prévention en périnatalité : Etude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive d'éducation à la parentalité », *Conventions Université de Strasbourg-Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé*, Strasbourg, 2007.
[28] SJOGREN B. : « Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 1997 ; *18 (4)* : 266-272.

Summary

This article presents the results of a qualitative longitudinal study on anxiety and pregnancy specific coping mechanisms. The interviews of 11 participants encountered at each of the three trimesters of pregnancy were subjected to content analysis. Beyond the identified themes specific to each trimester, the analysis reveals that fear of losing control, hypervigilance, and concerns about bodily experience contribute to the specific character of anxiety during pregnancy. The preferred coping mechanisms during pregnancy are described. The clinical implications of these findings are discussed.

Keywords

Pregnancy specific anxiety. Coping mechanisms. Perinatal period.

Devenir, volume 28, numéro 1, 2016, pp. 43-64

[29] STANDLEY K., SOULE B., COPANS S.A. : « Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1979 ; *135 (1)* : 22-26.
[30] SUTTER-DALLAY A.L., GIACONNE-MARCESCHE V., GLATIGNY-DALLAY E., VERDOUX H. : « Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms : A prospective survey of the MATQUID cohort », *European Psychiatry*, 2004 ; *19 (8)* : 459-463.
[31] VAN DEN BERGH B.R., MARCOEN A. : « High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds », *Child Development*, 2004 ; 75 *(4)* : 1085-1097.
[32] YALI A.M., LOBEL M. : « Coping and distress in pregnancy : An investigation of medically high risk women », *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 1999 ; *20 (1)* : 39-52.
[33] YALI A.M., LOBEL M. : « Stress-resistance resources and coping in pregnancy », *Anxiety, Stress & Coping*, 2002 ; *15 (3)* : 289-309.

4. Résultats du volet quantitatif

4.1 Caractéristiques de l'échantillon

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon. Les 155 femmes participantes à cette recherche sont âgées en moyenne de 32 ans (étendue : 23-44 ; écart type 3,8 ans). Elles vivent avec le père de l'enfant depuis 7,2 années en moyenne (étendue : 1 à 18 années ; écart type 3,9 ans). La plupart d'entre elles occupent un emploi (83%) alors que 6,5% étudient à temps plein. Les autres sont soit en congé de maternité, soit mères au foyer. Le niveau d'étude des participantes est très élevé, car 74 % ont un diplôme universitaire, alors que 20 % ont un diplôme collégial et à peine 6 % ont un diplôme de niveau secondaire. La majorité est née au Québec (68,4%), mais on retrouve un fort pourcentage de femmes nées en France (52%), parmi celles qui sont nées à l'étranger. Ces dernières vivent au Québec depuis en moyenne 8 ans.

Au niveau des variables obstétricales, on observe que 59% n'ont pas d'enfant, 21 % ont déjà vécu au moins une perte fœtale. Finalement, 33 % sont suivies pour une grossesse à risques élevés (GARE) au premier trimestre.

Les conditions médicales qui justifient un suivi pour une grossesse à risques élevées sont : du diabète (31%) ; des troubles de la thyroïde (22%) et enfin, de façon plus marginale, une grossesse gémellaire, de l'épilepsie, de l'arthrite, la maladie de Crohn, de la sclérose en plaques, des antécédents de prééclampsie, de mort in utero etc. Par ailleurs, en cours de grossesse, des complications peuvent apparaitre. Ainsi, si l'on considère le fait d'être suivie pour une grossesse à risques élevés à un moment ou l'autre de la grossesse, la proportion de cas augmente à 47,7 %. Ces pourcentages peuvent paraitre élevés, ce qui s'explique par le fait que le CHUM est un hôpital offrant des soins très spécialisés de niveau tertiaire et quaternaire, les femmes présentant des complications médicales seront donc adressées particulièrement à l'équipe médicale du Centre des Naissances du CHUM.

Tableau 1 : *Caractéristiques de l'échantillon*

	N	*n (%)*	*M*	*Mdn*	*ET*	Étendue
Caractéristiques sociodémographiques						
Age	155		32,5	32,0	3,88	23,0-44,0
Années de vie commune avec le père	152		7,2	6,5	3,9	1,0-18,0
Statut professionnel	155					
Employé		127 (81,9)				
Étudiant à temps plein		10 (6,5)				
Autres		18 (11,6)				
Diplôme obtenu	153					
Diplôme universitaire		113 (73,9)				
Diplôme collégial		31 (20,3)				
Diplôme du secondaire		9 (5,9)				
Pays de naissance (Canada, % oui)	155	106 (68,4)				
Caractéristiques obstétricales						
Perte périnatale antérieure (%oui)	155	33 (21,3)				
Primiparité (% oui)	155	92 (59,4)				
Grossesse à risque élevée [a] (% oui)	155	51 (33,1)				

Abréviations : *M*, moyenne arithmétique ; *Mdn*, médiane ; *ET*, écart-type
[a]Mesuré au premier trimestre

4.1.1 Seuils cliniques

Parmi les 155 participantes au T1, 17 % (*n*= 26) obtiennent un score supérieur à 11, seuil retenu pour le repérage de la dépression à l'EPDS (*M* = *6*,76; *ET* 5,20). Considérant un seuil de 45 au STAI-Y, on retrouve 15 % (*n*= 23) de nos participantes au-dessus du seuil clinique pour l'anxiété « trait » (*M*=36,41; *ET*= 10,87) et 19 % (n=29) pour l'anxiété « état » au T1 (*M* = 39,07 *ET* = 8,83). Un score inférieur à 48 au R-DAS est indicateur de détresse dans le couple, ce que nous retrouvons chez 17 % (n= 26) des femmes de notre échantillon. Le Tableau 2 présente les résultats les scores d'anxiété (AG, ASG) et de dépression aux quatre temps de mesure.

4.1.2 Attrition de l'échantillon

De l'échantillon initial (155 participantes) au T1, 110 ont complété l'étude au T4. Ce taux d'attrition (29 %) ne devrait toutefois pas prêter à conséquence. On n'observe aucune différence significative aux tests *T* de Student entre celles qui ont quitté l'étude et celles qui ont complété les questionnaires au T4 aux mesures d'AG « trait » (*M* = 36,14, *M* = 36,36 ; *t* (145) =-,103, *p*= ,918) d'AG « état » (*M* = 38,54, *M*=39,34 ; *t* (142) =-,488, *p* = ,627) et d'ASG (*M* =143,55, *M* =142,45 ; *t* (147), *p* =-,884).

Tableau 2 : *Moyennes, écarts types des scores d'anxiété et de dépression du premier (T1) au troisième (T3) trimestre de grossesse et au post-partum (T4).*

VARIABLES	*T1*	*T2*	*T3*	*T4*
	M(ET)	*M(ET)*	*M(ET)*	*M(ET)*
TRAIT	36,41 (10,87)	34,49 (10,00)	33,98 (8,16)	32,80 (9,36)
ÉTAT	39,07 (8,83)	38,25 (7,65)	37,29 (7,57)	36,60 (8,00)
ASG	142,54 (51,15)	127,68 (47,85)	124,47 (47,85)	
F1	36,30 (13,20)	31,50 (11,55)	30,30 (11,25)	
F2	21,90 (9,18)	18,60 (8,76)	17,10 (8,16)	
F3	25,65 (11,07)	22,86 (10,35)	23,76 (10,53)	
F4	20,43 (8,73)	18,90 (8,46)	18,90 (8,82)	
F5	37,60 (15,36)	36,00 (14,40)	34,40 (13,92)	
EPDS	6,76 (5,20)	6,60 (5,06)	5,43 (4,30)	5,65 (4,45)

Abréviations : *M*, moyenne arithmétique ; *ET*, écart-type
F1 : Soi partenaire, relation conjugale. **F2** : Intégrité du bébé. **F3** : Peur de l'accouchement. **F4** : Peur des changements.
F5 : Relation mère-enfant, père-enfant et conjugale

4.2 Étude du caractère distinct de l'ASG

Nos objectifs ici étaient de mettre en évidence le caractère distinct de l'ASG et d'examiner les différents types d'anxiété maternelle (trait, état et spécifique), les liens entre eux et leur évolution durant la grossesse. Afin de faciliter la lecture des résultats, les définitions de chaque facteur de l'ASG (PRAQ) seront ici reprises :

Facteur 1 : préoccupations au sujet de soi et de la relation conjugale durant la grossesse (15 items)

Facteur 2 : peurs pour l'intégrité du bébé (6 items)

Facteur 3 : peurs de l'accouchement (9 items)

Facteur4 : peurs des changements (9 items) ces items concernent principalement l'apparence corporelle

Facteur 5 : préoccupations au sujet des futures relations mère-enfant, père–enfant et conjugale (16 items)

Les coefficients de corrélation de Pearson ont été calculés entre chacun des types d'anxiété (trait, état, spécifique), ainsi qu'entre chacun des 5 facteurs de l'ASG (PRAQ) et ce, à chaque trimestre (Tableaux 2, 3, 4). Toutes les corrélations rapportées sont significatives (p<0.001). Les corrélations entre les 2 mesures d'AG (trait et état) varient entre ,744 et ,790. Les corrélations entre le score global de l'ASG et l'AG vont de ,559 à ,642 pour l'anxiété « état » et de ,433 à ,535 pour le l'anxiété « trait ». On observe donc, de façon générale, une corrélation nettement plus importante entre les deux mesures d'AG (trait, état) qu'entre chacune des mesures d'AG prises séparément et la mesure d'ASG, ce qui confirme la première hypothèse (H1). Cette dernière suggérait que la corrélation entre l'anxiété situationnelle et le trait anxieux est plus forte que la corrélation entre l'ASG et chacune des mesures de l'AG et ce, à chacun des trimestres. On note aussi que les corrélations entre l'ASG et l'AG « état » sont un peu plus fortes qu'entre l'ASG et l'anxiété « trait ». Ces résultats sont aussi illustrés par un diagramme de dispersion (Figure 2) pour les mesures d'anxiété prises au T1. Les résultats sont comparables aux T2 et T3.

Des corrélations ont été calculées entre toutes ces mesures (trait, état, spécifique) et chacun des 5 facteurs du PRAQ. Ces analyses révèlent qu'entre chacun des facteurs de l'ASG et l'anxiété « trait », les corrélations varient entre ,273 et ,669, alors que pour l'anxiété « état », la variation va de ,363 à ,598. Finalement, entre chaque facteur d'ASG et le score global de l'ASG, les corrélations obtenues sont beaucoup plus élevées, allant de ,764 à ,941 (Tableaux, 3, 4, 5). Ces derniers résultats vont encore dans le sens de confirmer la première hypothèse, c'est à dire que l'anxiété « état » et l'anxiété « trait » sont plus fortement corrélées entre elles que chacune d'entre elles avec l'ASG.

Tableau 3 : *Matrice des corrélations entre les mesures d'anxiété au T1.*

	AG		ASG					
	1. État	2. Trait	3. Global	4. F1	5. F2	6. F3	7. F4	8. F5
1.	—							
2.	,790	—						
3.	,559	,535	—					
4.	,546	,539	,913	—				
5.	,409	,428	,764	,667	—			
6.	,391	,399	,820	,671	,537	—		
7.	,436	,426	,816	,703	,554	,581	—	
8.	,544	,455	,907	,792	,576	,673	,703	—

Note. Tous les coefficients sont significatifs à $p < 0,001$.
AG – anxiété générale « trait » et « état » ; ASG = anxiété spécifique de la grossesse
F1 – F5= facteurs de l'ASG (PRAQ).

Tableau 4 : *Matrice des corrélations entre les mesures d'anxiété au T2.*

	AG		ASG					
	1. État	2. Trait	3. Global	4. F1	5. F2	6. F3	7. F4	8. F5
1.	—							
2.	,752	—						
3.	,571	,433	—					
4.	,598	,442	,898	—				
5.	,443	,352	,808	,699	—			
6.	,363	,273	,838	,672	,598	—		
7.	,530	,467	,815	,654	,573	,623	—	
8.	,489	,339	,923	,803	,663	,701	,725	—

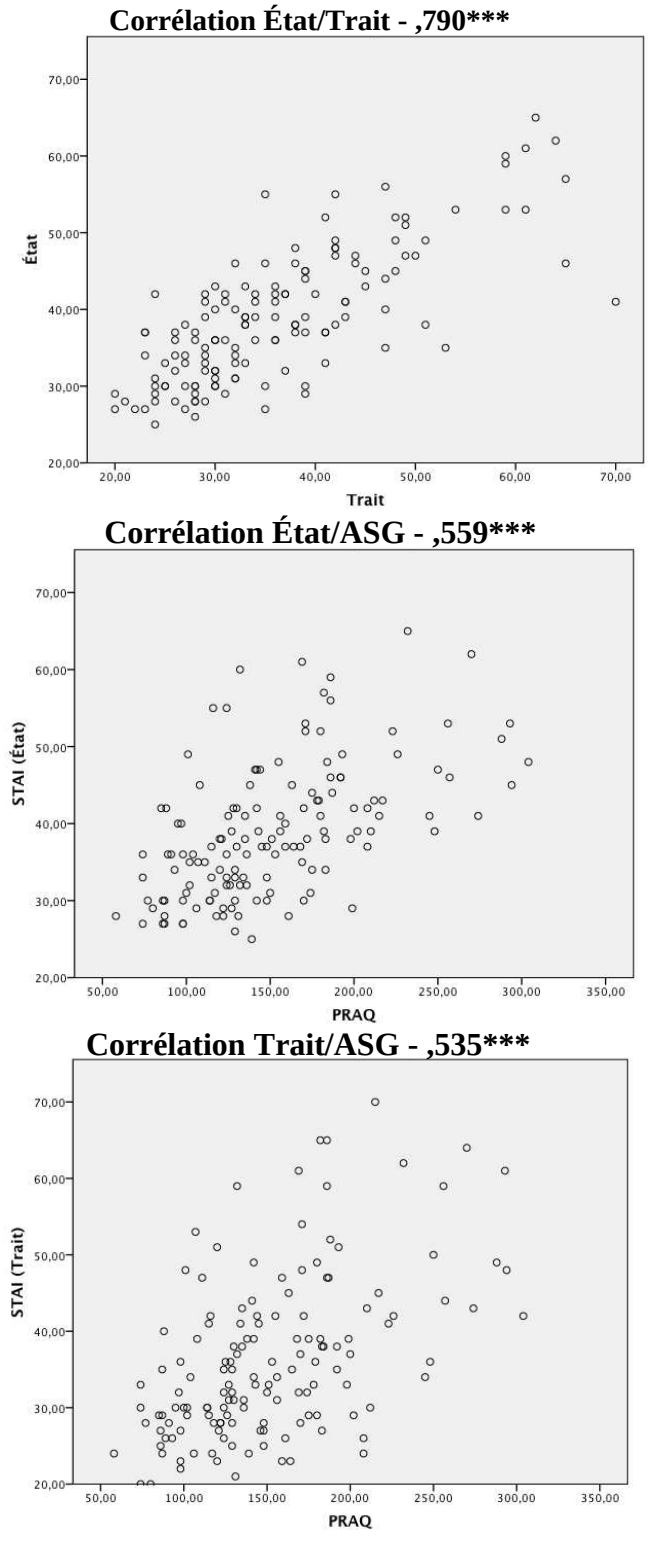
Note. Tous les coefficients sont significatifs à $p < 0,001$.
AG – anxiété générale « trait » et « état » ; ASG = anxiété spécifique de la grossesse
F1 – F5= facteurs de l'ASG (PRAQ).

Tableau 5 : *Matrice des corrélations entre les mesures d'anxiété au T3.*

	AG		ASG					
	1. État	2. Trait	3. Global	4. F1	5. F2	6. F3	7. F4	8. F5
1.	—							
2.	,744	—						
3.	,642	,520	—					
4.	,663	,498	,929	—				
5.	,472	,438	,771	,680	—			
6.	,460	,423	,836	,696	,501	—		
7.	,535	,441	,839	,749	,566	,644	—	
8.	,611	,448	,941	,877	,680	,737	,724	—

Note. Tous les coefficients sont significatifs à $p < 0{,}0001$
AG – anxiété générale « trait » et « état » ; ASG = anxiété spécifique de la grossesse
F1 – F5= facteurs de l'ASG (PRAQ).

Figure 2 : Diagrammes de dispersion des mesures d'anxiété au T1



*** p<,001

Des analyses factorielles exploratoires ont ensuite été menées afin de vérifier la seconde hypothèse (H2) proposant que l'AG et l'ASG soient deux concepts distincts. Dans un premier temps, l'analyse factorielle sur les données obtenues au T1 a été effectuée à l'aide d'une analyse en composantes principales sur la matrice de corrélation, suivie d'une rotation Varimax. Dans un second temps, le test d'éboulis (Catell's *scree test*, Figure 3) a permis d'identifier deux facteurs distincts permettant d'expliquer 77,9 % de l'inertie des données (Tableau 6). Les deux mesures d'AG (trait, état) saturent sur la dimension 2 (saturation supérieure à ,9) tandis que les 5 facteurs de l'ASG saturent sur la première dimension (saturation supérieure à ,76), ainsi qu'on peut le voir au Tableau 7. Les résultats retrouvés aux T2 et T3 vont dans le même sens. Ces résultats permettent donc empiriquement de soutenir l'hypothèse 2, soit que l'AG et l'ASG sont des construits différents.

Tableau 6 : *Variance totale expliquée au T1*

	Valeurs propres initiales			Sommes des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
Composante	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
Etat	4,428	63,263	63,263	3,445	49,211	49,211
Trait	1,024	14,624	77,887	2,007	28,676	77,887
F1	,484	6,913	84,800			
F2	,411	5,878	90,678			
F3	,283	4,050	94,728			
F4	,215	3,072	97,800			
F5	,154	2,200	100,000			

Figure 3 : *Graphique de valeurs propres au T1 (test d'éboulis – Scree plot)*

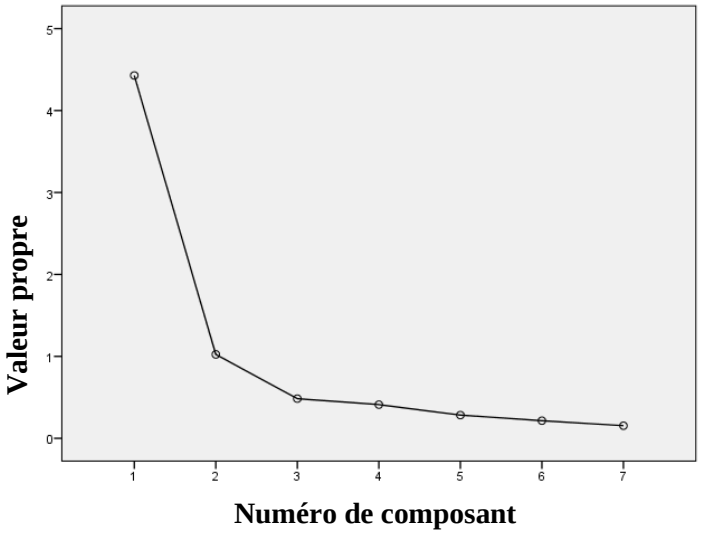


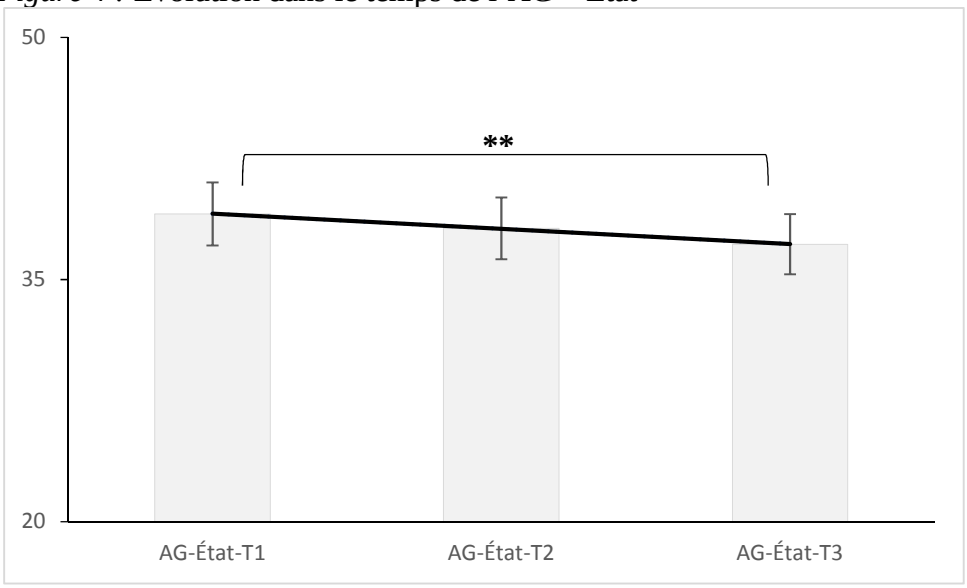
Tableau 7 : *Matrice des composantes*

	Composante	
	1	2
AG - ETAT	,268	,906
AG - TRAIT	,270	,908
ASG F1	,833	,373
ASG F2	,755	,230
ASG F3	,813	,162
ASG F4	,822	,224
ASG F5	,837	,306

4.2.1 Évolution dans le temps de l'anxiété

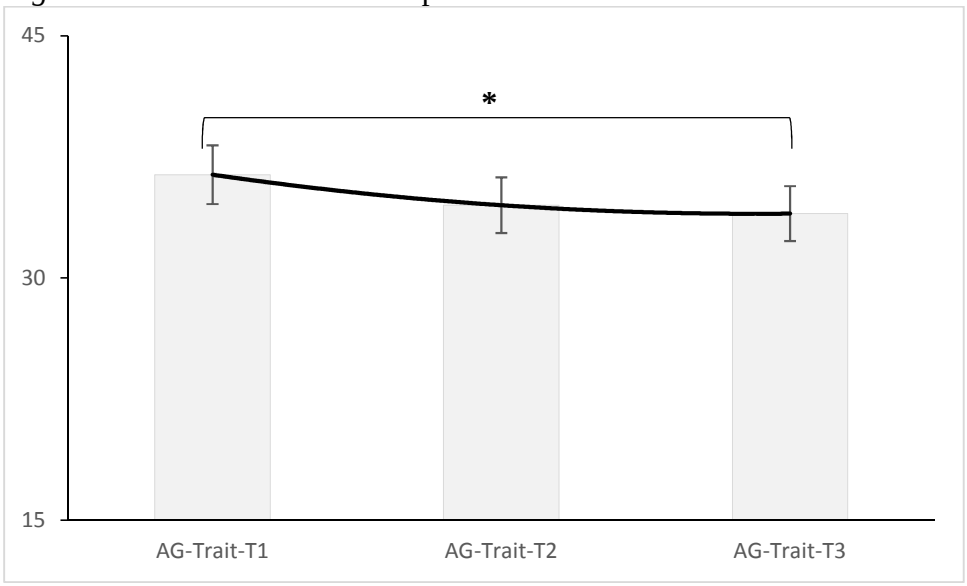
Des analyses de variance à mesures répétées à un facteur intra-sujet (3 niveaux) ont été réalisées afin d'étudier l'évolution dans le temps des différents types d'anxiété (trait, état, spécifique), ainsi que de chacun des 5 facteurs de l'ASG (Figures 4 à 11). Les deux mesures d'AG (trait, état) diminuent du premier au dernier trimestre, on observe ainsi des différences significatives entre le T1 et le T3 (trait, $p<0,05$; état, $p<0,01$), mais pas entre le T1 et le T2, ni entre le T2 et le T3. Ceci nous indique que la diminution d'anxiété se fait de façon très graduelle pour l'AG, ainsi qu'on peut l'observer aux Figures 4 et 5.

Figure 4 : Evolution dans le temps de l'AG – État



Barres d'erreur : 95% IC ; **= p< 0,01

Figure 5 : Evolution dans le temps de l'AG – Trait

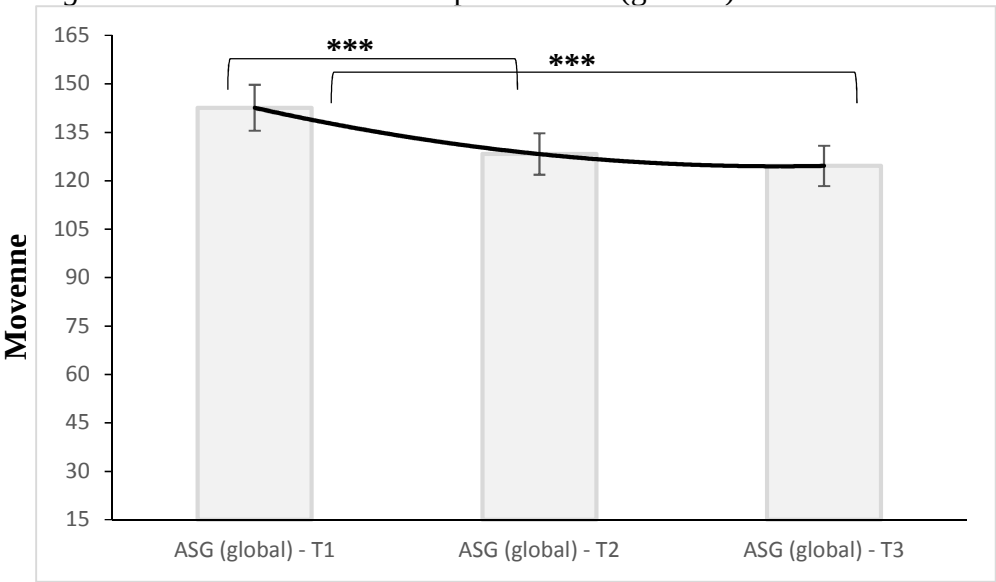


Barres d'erreur : 95% IC ; * = p< 0,05

L'ASG se comporte un peu différemment, c'est-à-dire qu'elle diminue également du T1 au T3 de façon significative (p<0,001), mais la diminution entre le T1 et le T2 est aussi significative (p< 0,001). La baisse rapportée entre le T2 et le T3 est toutefois non significative (Figure 6). Dans l'ensemble, on observe un pattern comparable pour chacun des facteurs de l'ASG (Figures 7 à 11), sauf pour les facteurs 3 et 5. En effet, le facteur 3 (la peur d'accoucher), présente un profil différent : on observe certes, une diminution entre le T1 et le T2 (p< 0,001), mais l'anxiété remonte ensuite légèrement au T3, plutôt que de continuer à descendre comme pour les autres facteurs et l'ASG (score global). Ainsi, on n'observe pas de

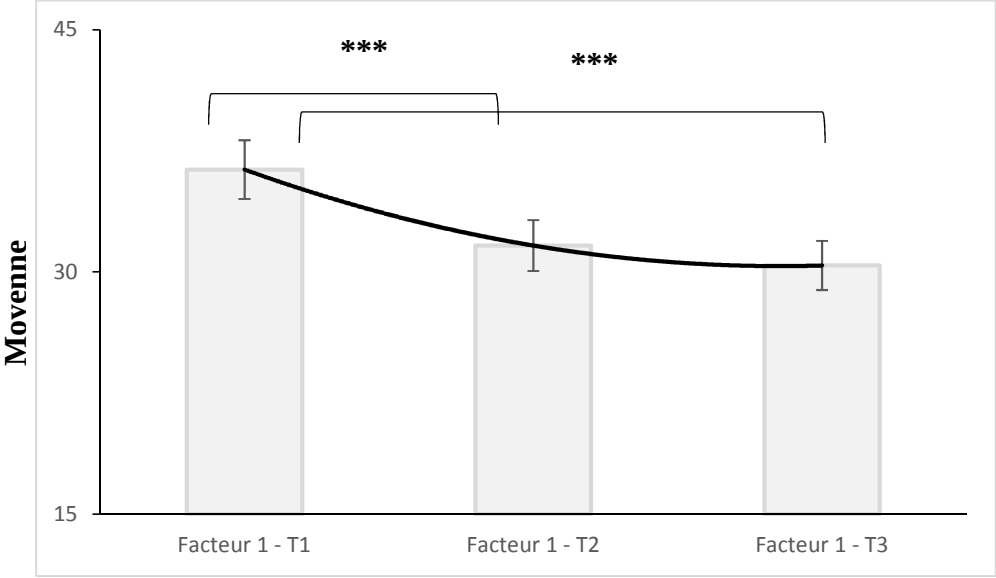
diminution significative de l'anxiété entre le T1 et le T3 pour le facteur 3 (Figure 9). Quant au facteur 5 (préoccupations au sujet des futures relations mère-enfant, père-enfant et de la relation conjugale), il baisse significativement entre le T1 et le T3 ($p< 0,001$), mais non entre le T1 et le T2 (Figure 11).

Figure 6 : Evolution dans le temps de l'ASG (globale)



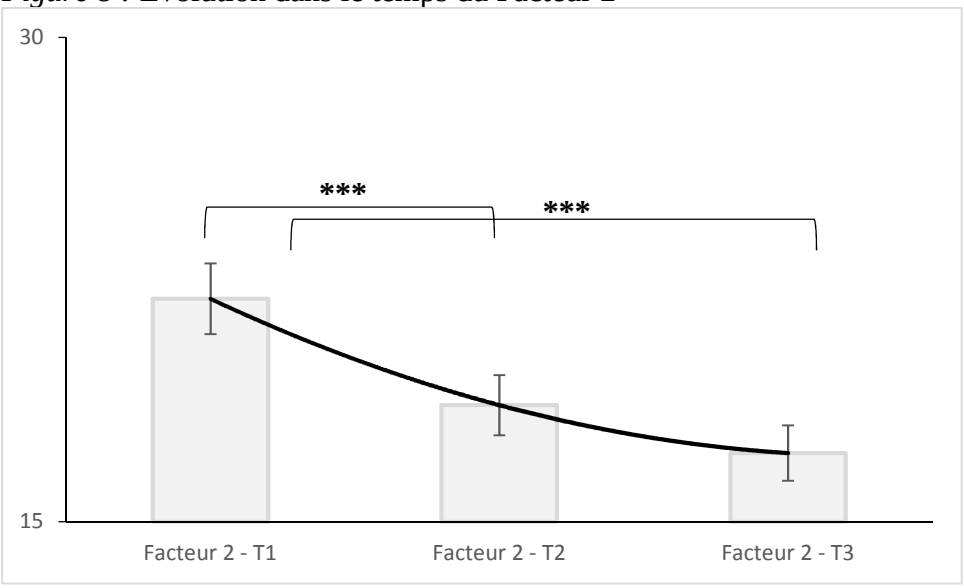
Barres d'erreur : 95% IC ; ***= $p< 0,001$

Figure 7 : Evolution dans le temps du Facteur 1



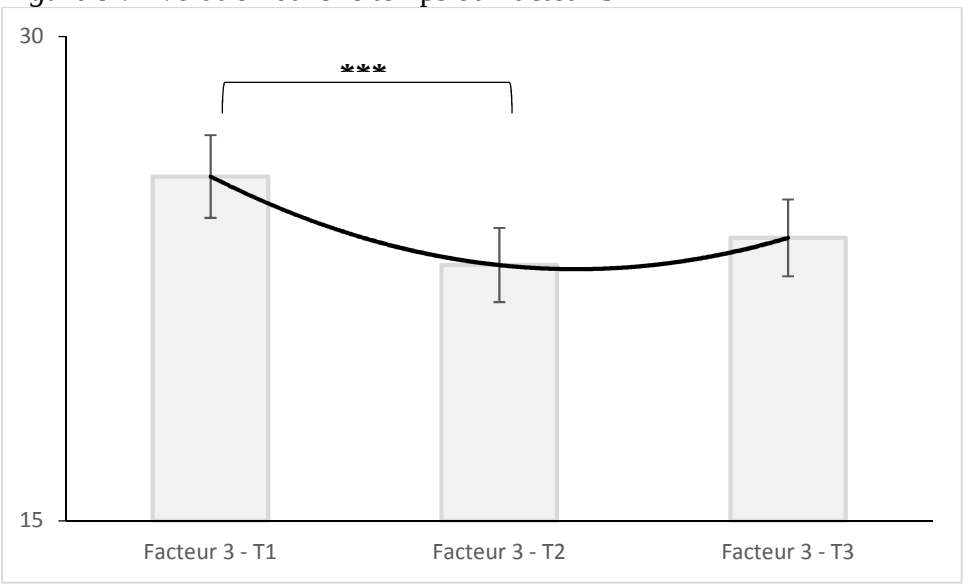
Barres d'erreur : 95% IC ; ***= $p< 0,001$

Figure 8 : Evolution dans le temps du Facteur 2



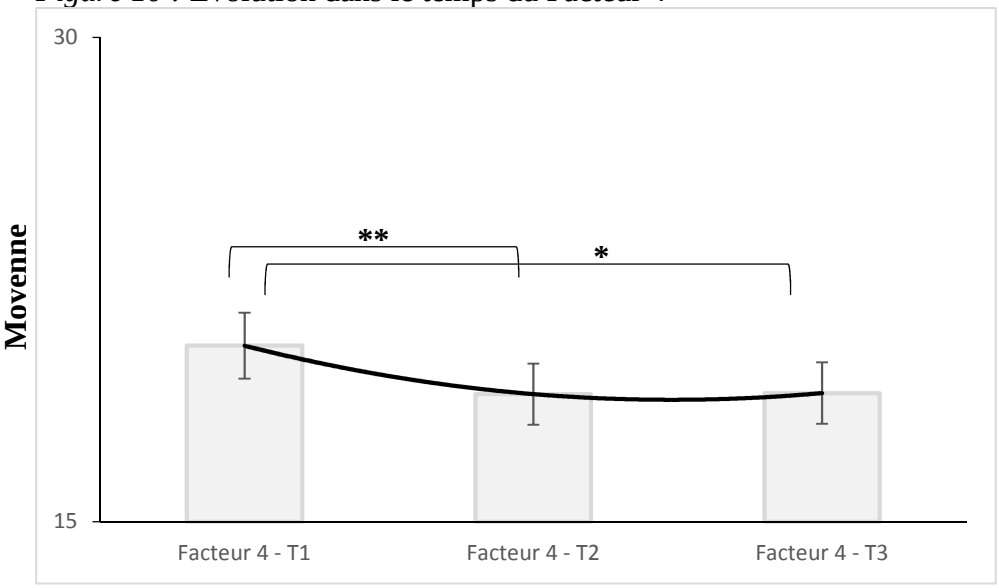
Barres d'erreur : 95% IC ; ***= p< 0,001

Figure 9 : Evolution dans le temps du Facteur 3



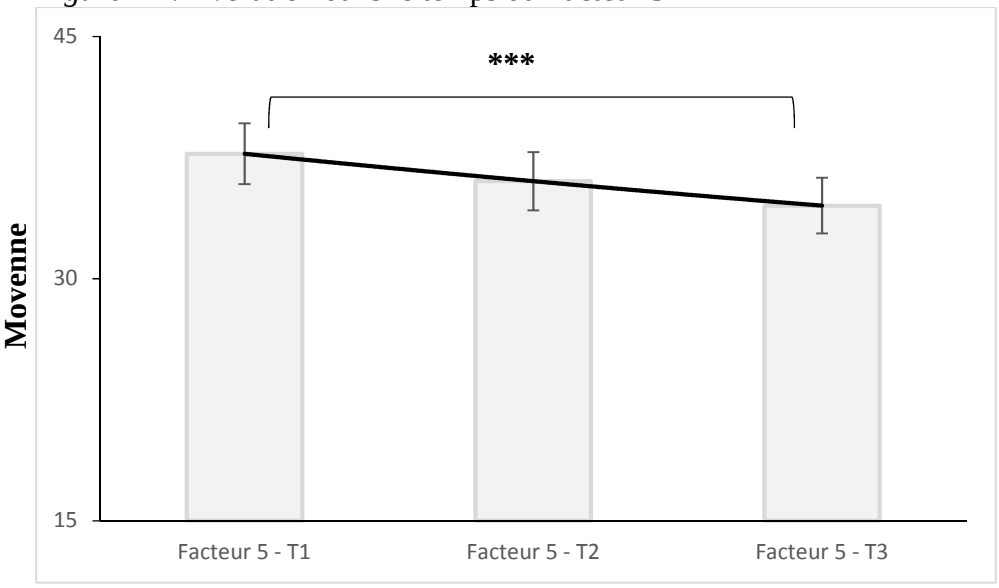
Barres d'erreur : 95% IC ; ***= p< 0,001.

Figure 10 : Evolution dans le temps du Facteur 4



Barres d'erreur : 95% IC ; **= p< 0,05 ; *= p< 0,01.

Figure 11 : Evolution dans le temps du Facteur 5



Barres d'erreur : 95% IC ; ***= p< 0,001.

Les hypothèses (H3.1 à H3.6) concernant l'évolution de l'anxiété dans le temps sont donc partiellement confirmées. L'AG et l'ASG n'évoluent pas tout à fait de la même façon. Toutes les mesures diminuent graduellement, alors que la grossesse progresse. En revanche, seules les mesures d'ASG globale et de 3 des 5 facteurs de l'ASG diminuent de façon significative entre le T1 et le T2 (p< 0,001). Le détail des moyennes et des analyses de variance concernant l'évolution de l'anxiété durant la grossesse se trouve au Tableau 8.

Tableau 8 : *Moyennes, écarts-types et analyse de variance de l'anxiété au cours du temps*

MESURES ANXIETE	TRIMESTRES				*TEMPS*		
	T1	*T2*	*T3*	*F*	*T1 vs T2*	*T1 vs T3*	*T2 vs T3*
					p		
TRAIT	36,41 (10,87)	34,49 (10,00)	33,98 (8,16)	4,20*	,143	,014	1,00
ÉTAT	39,07 (8,83)	38,25 (7,65)	37,29 (7,57)	5,63**	,536	,010	,054
ASG - G	142,54 (51,15)	127,68 (47,85)	124,47 (47,85)	30,60***	,001	,001	,636
F1	36,30 (13,20)	31,50 (11,55)	30,30 (11,25)	34,63***	,000	,000	,282
F2	21,90 (9,18)	18,60 (8,76)	17,10 (8,16)	38,55 ***	,000	,000	,057
F3	25,65 (11,07)	22,86 (10,35)	23,76 (10,53)	7,09***	,000	,068	,335
F4	20,43 (8,73)	18,90 (8,46)	18,90 (8,82)	5,80**	,005	,022	,911
F5	37,60 (15,36)	36,00 (14,40)	34,40 (13,92)	8,26***	,067	,000	,159

F1 : Soi partenaire, relation conjugale. **F2** : Intégrité du bébé. **F3** : Peur de l'accouchement. **F4** : Peur des changements. **F5** : Relation mère-enfant, père-enfant et conjugale
* p< 0,05 ; ** p< 0,01 ; *** p< 0,001

4.3 Étude des facteurs de risque (protection) et corrélats associés

4.3.1. Grossesse régulières et grossesses à risques élevés (GARE) et anxiété prénatale

Des tests *t* de Student ont été utilisés afin de comparer les scores aux différentes mesures d'anxiété (AG, ASG) des femmes suivies pour une grossesse régulière et celles suivies pour une grossesse à risques élevés (GARE). Dans l'ensemble, on remarque au Tableau 9 que les résultats aux différentes mesures d'anxiété pour les femmes du groupe GARE sont tous plus élevés et que plusieurs le sont de façon significative. Les différences obtenues entre les deux groupes pour l'ASG ($p < 0,05$), l'AG « état » ($p < 0,05$), l'AG « trait » ($p < 0,01$), le facteur 1 ($p < 0,05$) (préoccupations au sujet de soi et de la relation conjugale durant la grossesse) et le facteur 2 ($p<0,01$) (peurs au sujet de la santé du bébé) s'avèrent significatifs. L'hypothèse 4.1 qui prévoyait que les femmes suivies pour une grossesse à risques élevés ont des scores plus élevés d'AG et d'ASG au T1 que les femmes présentant une grossesse sans risques particuliers est donc confirmée.

Tableau 9 : *Comparaison des scores d'anxiété entre des femmes suivies pour une grossesse régulière et à risques élevés (GARE) au T1*

	RÉGULIER	GARE			
MESURES ANXIÉTÉ	*M(ET)* *n*=104	*M(ET)* *n*=51	*ddl*	*T*	*P*
TRAIT	34,53 (9,50)	39,55 (12,14)	153	-2,840	,005 **
ÉTAT	37,77 (7,78)	41,07 (9,93)	149	-2,258	,025 *
ASG G	136,17 (44,33)	154,98 (60,35)	152	-2,206	,029 *
F1	34,25 (11,68)	39,61 (16,03)	153	-2,165	,033 *
F2	20,38 (8,71)	24,72 (9,57)	152	-2,840	,005 **
F3	21,68 (9,44)	24,87 (10,46)	152	-1,920	,056
F4	19,93 (7,92)	21,37 (10,21)	152	-,971	,330
F5	36,25 (13,33)	40,53 (18,90)	152	-1,637	,104

Abréviations : *M*, moyenne arithmétique ; *ET*, écart-type ; ddl, degré de liberté
F1 : Soi partenaire, relation conjugale. **F2** : Intégrité du bébé. **F3** : Peur de l'accouchement. **F4** : Peur des changements. **F5** : Relation mère-enfant, père-enfant et conjugale.
* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

4.3.2 Statut de parité et anxiété prénatale

Les résultats présentés au Tableau 10 confirment l'hypothèse (H4.2) qui postulait que les femmes primipares présenteraient un niveau d'ASG plus élevé que les femmes ayant déjà eu un enfant, toutefois elles ne présentent pas un niveau plus élevé d'AG « état » de manière significative. De plus, on peut constater que les primipares ont plus peur d'accoucher (F3) (*p*>,01) et sont plus préoccupées que les multipares par les relations après l'accouchement entre mère-enfant, père-enfant et au niveau de la relation conjugale (F5) et ce, de façon significative (*p*>,001) (Tableau 10).

Tableau 10 : *Comparaison des scores d'anxiété entre les femmes primipares et multipares au T1.*

	PRIMIPARES	MULTIPARES			
MESURES ANXIÉTÉ	*M(ET)* *n*=92	*M(ET)* *n*=63	*ddl*	*T*	*P*
TRAIT	36,03 (10,20)	36,56 (11,57)	152	,296	,768
ÉTAT	39,39 (8,52)	38,35 (9,03)	149	-,719	,473
ASG G	149,34 (47,56)	133,00 (55,25)	151	-1,974	,050 *
F1	36,80 (12,56)	35,02 (14,98)	152	-,801	,424
F2	22,14 (8,87)	21,65 (9,85)	151	-,326	,745
F3	24,60 (10,22)	20,21 (8,91)	151	-2,747	,007 **
F4	20,96 (7,71)	19,79 (10,19)	151	-,804	,423
F5	41,05 (14,58)	32,90 (15,99)	151	-3,263	,001 ***

Abréviations : *M*, moyenne arithmétique ; *ET*, écart-type ; ddl, degré de liberté
F1 : Soi partenaire, relation conjugale. **F2** : Intégrité du bébé. **F3** : Peur de l'accouchement. **F4** : Peur des changements. **F5** : Relation mère-enfant, père-enfant et conjugale
* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

4.3.3 Perte fœtale et anxiété prénatale

Les femmes ayant vécu une perte fœtale antérieurement présentent des scores plus élevés à toutes les mesures d'anxiété que les autres. De plus, les tests *t* de Student révèlent des différences significatives au niveau de l'anxiété « trait » ($p < 0,05$) et des Facteurs 1 ($p < 0,05$) et 2 ($p < 0,05$) du PRAQ (Tableau 11). L'hypothèse 4.3 est partiellement confirmée dans la mesure où on observe des scores plus élevés chez les femmes qui ont vécu une perte au niveau de l'ASG et de l'AG « état », mais ces différences ne sont pas significatives. En revanche, la différence au niveau de l'anxiété « trait » est significative, ce qui n'était pas attendu.

Ainsi, dans l'ensemble, les hypothèses (H4.1; H4.2; H4.3) concernant les variables obstétricales sont en grande partie confirmées.

Tableau 11 : *Comparaison des scores d'anxiété entre les femmes ayant déjà vécu une perte fœtale et les autres au T1.*

	PERTE FOETALE ANTÉRIEURE	PAS PERTE FŒTALE ANTÉRIEURE			
MESURES ANXIÉTÉ	*M(ET)* *n*=33	*M(ET)* *n*=122	*ddl*	*T*	*P*
TRAIT	40,45 (11,22)	35,12 (10,45)	149	-2,55	,012 *
ÉTAT	41,29 (8,16)	38,33 (8,92)	145	-1,66	,098
ASG G	154,81 (61,66)	139,48 (47,63)	152	-1,53	,127
F1	40,24 (16,32)	35,00 (12,54)	153	-1,99	,049 *
F2	21,06 (8,87)	24,97 (10,02)	152	-2,17	,031 *
F3	23,27 (10,22)	22,67 (9,84)	152	-,310	,76
F4	22,39 (11,21)	19,90 (7,97)	152	-1,45	,15
F5	40,12 (18,28)	37,10 (14,79)	152	,-984	,32

Abréviations : *M*, moyenne arithmétique ; *ET*, écart-type ; ddl, degré de liberté
F1 : Soi partenaire, relation conjugale. **F2** : Intégrité du bébé. **F3** : Peur de l'accouchement. **F4** : Peur des changements. **F5** : Relation mère-enfant, père-enfant et conjugale
* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001

4.3.4 Ajustement conjugal et anxiété prénatale

Des corrélations ont été calculées entre les mesures d'ajustement conjugal (score global et 3 sous-échelles) et les mesures d'AG (trait, état) et d'ASG (global et 5 facteurs). Dans l'ensemble, on observe des corrélations négatives et significatives ($p< 0,01$), tel qu'attendu, entre les scores d'ajustement conjugal et les mesures d'anxiété sous toutes ses formes (Tableau 12). On note toutefois quelques exceptions. Ainsi, on observe que le facteur 3 (peur de l'accouchement) n'est pas corrélé significativement à aucune des mesures d'ajustement conjugal. De même, le facteur 2 (crainte pour l'intégrité du bébé) n'est pas corrélé avec deux des sous-échelles (satisfaction, cohésion) du R-DAS. Ainsi, les hypothèses (H5.1 à H5.4) qui prévoyaient que les femmes qui ont des scores élevés d'ajustement conjugal (global, consensus, satisfaction, cohésion) ont des scores bas d'AG et d'ASG au T1 sont en grande partie confirmées.

Tableau 12 : *Moyennes, écart types et corrélations entre les scores d'ajustement conjugal et les mesures d'anxiété générale et spécifique au T1.*

		STAI		PRAQ					
		Trait	État	Global	F1	F2	F3	F4	F5
	M (*ET*)								
RDAS G	52,20 (*6,72*)	-,20*	-,31**	-,33**	-,35**	-,18*	-,14	-,28**	-,36**
Consensus	23,69 (*3,65*)	-,19*	-,26**	-,28**	-,31**	-,19*	-,14	-,19*	-,30**
Satisfaction	15,74 (*2,16*)	-,11	-,25**	-,25**	-,23**	-,11	-,10	-,25**	-,27**
Cohésion	12,86 (*3,06*)	-,16*	-,22**	-,22**	-,25**	-,09	-,08	-,22**	-,25**

F1 : Soi partenaire, relation conjugale. **F2** : Intégrité du bébé. **F3** : Peur de l'accouchement. **F4** : Peur des changements. **F5** : Relation mère-enfant, père-enfant et conjugale.
*p < 0,05 ; **p < 0,01

4.3.5 Soutien social et anxiété prénatale

Les analyses ont montré des corrélations négatives entre les deux dimensions du soutien social (disponibilité, satisfaction) et les mesures d'anxiété, à quelques exceptions près (Tableau 13). On peut aussi observer que les corrélations entre soutien social et l'anxiété « trait » ($p< 0,05$) sont légèrement moins élevées que les corrélations entre le soutien social et l'anxiété « état » et l'anxiété spécifique de la grossesse ($p< 0,01$). Les hypothèses (H6.1; H6.2) qui postulaient que les femmes qui ont des scores élevés, respectivement aux dimensions « satisfaction » et « disponibilité » du soutien social perçu, ont des scores bas d'ASG et d'AG, sont confirmées.

Tableau 13 : *Moyennes, écart types et corrélations entre les mesures de soutien social et les mesures d'anxiété générale et spécifique au T1*

		STAI		PRAQ					
		Trait	État	Global	F1	F2	F3	F4	F5
DIMENSIONS SOUTIEN SOCIAL	M (*ET*)								
SSQ Disponibilité	26,30 (*12,34*)	-,17*	-,27**	-,25**	-,22**	-,14	-,22**	-,21*	-,21**
SSQ Satisfaction	33,30 (*4,77*)	-,21*	-,24**	-,25**	-,29**	-,26**	-,10	-,20*	-,23**

F1 : Soi partenaire, relation conjugale. **F2** : Intégrité du bébé. **F3** : Peur de l'accouchement. **F4** : Peur des changements. **F5** : Relation mère-enfant, père-enfant et conjugale.
*p < 0,05 ; **p < 0,01

4.3.6 Analyses multivariées des facteurs de risque

Finalement, des analyses de régression multivariée ont été effectuées afin de déterminer quels regroupements de facteurs de risque prédisent respectivement l'ASG et l'AG (trait, état) au T1 et au T3. Tous les facteurs de risque potentiels suivants ont été considérés dans le modèle : âge, niveau d'instruction, niveau de risques obstétricaux, statut de parité, perte fœtale antérieure, ajustement conjugal, soutien social, style d'attachement. Tous les facteurs de risque évalués à p < 0,10 ont été inclus dans le modèle de régression de type « backword ». On observe au Tableau 14 que la mesure de dépression prédit tous les types d'anxiété, tant au T1 qu'au T3. Le style d'attachement préoccupé prédit significativement l'ASG au T1 et au T3, alors qu'au niveau des mesures d'AG, il ne contribue qu'à la prédiction de l'AG « état » au T3.

Un niveau bas de soutien social contribue à des niveaux élevés d'ASG aux premiers et troisièmes trimestres alors que la primiparité ne contribue à la prédiction qu'au premier trimestre.

La mesure de soutien social (satisfaction) contribue à prédire l'AG « état » au début de la grossesse, alors que la mesure d'ajustement conjugal prédit l'AG « état » au T3. Le niveau de risques obstétricaux prédit l'AG « trait » au T1 seulement.

Ainsi, dans l'ensemble, on peut constater qu'à l'exception de la mesure de dépression, les facteurs de risque de l'ASG et de l'AG diffèrent. De plus, certains prédisent de l'anxiété en début de grossesse et d'autres à la fin, sauf pour la mesure de dépression et du style d'attachement préoccupé.

Tableau 14 : *Variables prédictives de l'AG et de l'ASG aux T1 et T3*

	T1	**T3**
PRAQ	**Dépression (4,27) *** **	**Dépression (5,08) *** **
	Ajustement conjugal	Ajustement conjugal
	Attachement préoccupé (28,33) * **	**Attachement préoccupé (22,85) ** **
	Soutien social, satisfaction (-0,58) *	Soutien social, satisfaction
	Soutien social disponibilité	**Soutien social disponibilité (-21,30) ***
	Grossesse a risques élevés	
	**Primiparité (20,24) ** **	
	Attachement évitant	
	F (4, 134) = 26,39, *p*=0,001. R^2 = 0,44	F (3, 105) = 29,58, *p*=0,001. R^2 = 0,46
ÉTAT	Attachement préoccupé	**Attachement préoccupé (2,72) ** **
	**Soutien social, satisfaction (-0,12) ** **	Soutien social, satisfaction
	Soutien social disponibilité	Soutien Social disponibilité
	Ajustement conjugal	**Ajustement conjugal (-0,18) ***
	Dépression (1,17) * **	**Dépression T3 (1,20) *** **
	Grossesse a risques élevés	
	F (2, 134) = 87,48, *p*=0,001. R^2 = 0,57	F (3, 104) = 62,47, *p*=0,001. R^2 = 0,36
TRAIT	Attachement préoccupé	Attachement préoccupé
	Soutien social, satisfaction	Soutien social, satisfaction
	Soutien social disponibilité	Soutien social disponibilité
	Ajustement conjugal	Ajustement conjugal
	Dépression (1,49) * **	**Dépression T3 (1,11) *** **
	Grossesse a risques élevés (3,12) *	Éducation
	F (2, 134) = 89,66, *p*=0,001. R^2 = 0,57	F (1, 106) = 59,67, *p*=0,001. R^2 = 0,36

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001.

4.4 Contribution de l'anxiété prénatale aux symptômes anxieux et dépressifs post-natals (T4).

Des analyses de régression multivariée avec sélection de modèle de type pas–à-pas (« stepwise ») ont été réalisées afin de déterminer la valeur prédictive des différents types d'anxiété (trait, état, spécifique) identifiés aux trois trimestres en prénatal sur les symptômes dépressifs et anxieux (trait, état) en période postnatale (T4).

4.4.1 Contribution de l'anxiété prénatale aux symptômes dépressifs post-natals

L'analyse de régression multivariée utilisant uniquement les prédicteurs mesurés au T1 montre que l'anxiété « état » et l'ASG (score global) permettent d'expliquer 30 % de la variance des symptômes dépressifs postnatals. L'anxiété « état » permet d'expliquer 26 % de la variance (*B*=, 360, *p*< 0,001) avec l'ajout de l'ASG (*B*=, 256, *p*< 0,05), la prédiction est améliorée de 4 % (Tableau 15).

Tableau 15 **:** *Régression multivariée prédictive des symptômes dépressifs en post-natal (T4) avec les variables de T1*.

ASG score global

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	*(dl)*	β
Modèle 1	,26	33,96***	98	
Anxiété général – ETAT - T1				,51***
Modèle 2	,30	20,90***	97	
Anxiété général – ETAT - T1				,36***
Anxiété spécifique (global) - T1				,26*

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

Dans un second temps, les cinq facteurs de l'ASG ont été inclus dans l'analyse de régression. On observe à nouveau que l'anxiété « état » prédit 26 % de la variance des symptômes dépressifs en période post-natale (*B*=, 380, *p* <0,001). Lorsque l'on ajoute le facteur 4 (peur des changements), l'explication de la variance s'élève à 31 % (*B*=, 268, *p*

<0,001) (Tableau 16). Aucun autre facteur de l'ASG ne contribue significativement à cette variance.

Tableau 16 : *Régression multivariée prédictive des symptômes dépressifs en post-natal (T4) avec les variables de T1. (ASG ,5 facteurs)*

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	(dl)	β
Modèle 1	,26	33,96***	98	
Anxiété général – ETAT - T1				,51***
Modèle 2	,31	22,11***	97	
Anxiété général – ETAT - T1				,38***
Anxiété spécifique (facteur 4) - T1				,27**

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

Une autre série d'analyses a été menée en incluant cette fois-ci tous les scores d'anxiété prénatale (AG ; trait état et ASG ; global et 5 facteurs) et ce, pour les trois trimestres. L'analyse de régression montre que la variable anxiété « état » au T3 explique 29 % (*B*=, 539, *p* <0,001) de la variance des symptômes dépressifs en période postnatale (Tableau 17). L'ajout d'autres variables (5 facteurs aux 3T) ne permet pas d'augmenter la prédiction des symptômes dépressifs en T4.

Tableau 17 : *Régression multivariée prédictive des symptômes dépressifs en post-natal (T4) avec les variables de T1 aux 3 temps (ASG global)*

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	(dl)	β
Modèle 1	,29	36,91***	90	
Anxiété général – ETAT – T3				,54***

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

4.4.2 Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété « état » postnatale (T4)

L'analyse de régression multivariée n'utilisant que les prédicteurs mesurés au T1 indique que l'anxiété « état » seule prédit 25 % de la variance (*B*=, 497, *p* <,001) de l'anxiété « état » postnatale (Tableau 18).

Tableau 18 : *Régression multivariée prédictive de l'anxiété « état » en post-natal (T4) avec les variables de T1.*

ASG global

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	(dl)	β
Modèle 1	,25	31,84***	97	
Anxiété général – ETAT – T1				,50***

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

En incluant les facteurs de l'ASG, on constate, ici aussi, que le facteur 4 (peur des changements) (*B*=, 280, *p* <,01) améliore la prédiction de 25 à 30 % (Tableau 19). Aucun autre facteur de l'ASG ne contribue significativement à la variance de l'anxiété « état » au T4.

Tableau 19 : *Régression multivariée prédictive de l'anxiété « état » en post-natal (T4) avec les variables de T1 (ASG, 5 facteurs)*

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	(dl)	β
Modèle 1	,25	31,84***	97	
Anxiété général – ETAT - T1				,50***
Modèle 2	,30	21,22***	96	
Anxiété général – ETAT - T1				,36***
Anxiété spécifique (facteur 4) - T1				,28**

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

Quant à elle, l'analyse de régression incluant tous les scores d'anxiété (AG ; trait, état et ASG ; global et 5 facteurs) et ce, pour les trois trimestres, révèle que l'anxiété « état » seule au T3 prédit 40 % de la variance de l'anxiété « état » au T4 (*B*=,639, *p* < 0,001) (Tableau 20). L'ajout d'autres variables (5 facteurs aux 3T) ne permet pas d'améliorer la prédiction de l'anxiété « état » en T4.

Tableau 20**. :** *Régression multivariée prédictive de l'anxiété « état » en post-natal (T4) avec les variables de T1 aux 3 temps.*

(ASG global)

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	*(dl)*	β
Modèle 1	,40	61,40***	89	
Anxiété général – ETAT – T3				,64***

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

4.4.3 Contribution de l'anxiété prénatale à l'anxiété « trait » post-natale (T4)

L'analyse de régression multivariée n'utilisant que les prédicteurs mesurés au T1 montre que l'anxiété « trait » seule explique 24 % de la variance de l'anxiété « trait » au T4 (*B*=, *488, p* <0,001). L'ajout d'autres variables n'améliore pas la prédiction (Tableau 21).

Tableau 21 : *Régression multivariée prédictive de l'anxiété « trait » en post-natal (T4) avec les variables de T1 (ASG global)*

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	*(dl)*	β
Modèle 1	,24	30,25***	97	
Anxiété général – TRAIT – T1				,49***

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

Dans un second temps, chaque facteur de l'ASG a aussi été inclus dans l'analyse de régression. On observe ici encore que l'anxiété « trait » prédit 24% de la variance des symptômes anxieux « trait » en période postnatale (*B*=, 392, *p* <,001). Par ailleurs, si on ajoute le Facteur 4 (peur des changements), la prédiction du T1 est améliorée et explique 27 % de la variance de l'anxiété « trait » en période postnatale (*B*=, 203, *p* <,05) (Tableau 22). Aucun autre facteur de l'ASG ne contribue significativement à la prédiction dans ce modèle.

Tableau 22 : *Régression multivariée prédictive de l'anxiété « trait » en post-natal (T4) avec les variables de T1 (ASG, 5 facteurs)*

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	*(dl)*	β
Modèle 1	,24	30,25***	97	
Anxiété général – TRAIT - T1				,49***
Modèle 2	,27	17,73***	96	
Anxiété général – TRAIT - T1				,39***
Anxiété spécifique - (facteur 4) – T1				,20*

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; ***p < 0,001

L'analyse de régression incluant tous les scores d'anxiété (AG ; trait, état et ASG ; global et 5 facteurs) et ce, pour les trois trimestres, indique que l'anxiété « état » au T1 (*B*=, 386, *p* <,001) et l'anxiété « trait » au T2 expliquent 29 % de la variance de l'anxiété « trait » en période postnatale (*B*=, 248, *p* <,05) (Tableau 23). L'ajout d'autres variables (5 facteurs aux 3T) ne permet pas d'améliorer pas la prédiction de l'anxiété « trait » en T4.

Tableau 23 : *Régression multivariée prédictive de l'anxiété « trait » en post-natal (T4) avec les variables de T1 aux 3 temps (ASG global)*

Prédicteurs	ΔR^2	ΔF	*(dl)*	β
Modèle 1	,23	27,04***	89	
Anxiété général – ETAT - T1				,48***
Modèle 2	,29	17,54***	88	
Anxiété général – ETAT - T1				,39***
Anxiété général - (trait) – T2				,25*

*p < 0,05 ; **p < 0,01 ; *** p< 0,001

Ainsi, on observe de façon générale que la mesure d'anxiété « état » en prénatal est le meilleur prédicteur d'anxiété « état » en période post-natale, de même pour l'anxiété « trait » qui prédit le mieux l'anxiété « trait » au T4. Généralement, les mesures prises au T3 sont de meilleurs prédicteurs que les mesures prises aux deux premiers trimestres, sauf dans le cas de l'anxiété « trait ». Enfin, le résultat le plus remarquable concerne le facteur 4 de l'ASG (peur des changements) qui contribue significativement à expliquer une partie de la variance tant de l'anxiété « trait », de l'anxiété « état » que des symptômes dépressifs en période post-partum, alors qu'aucun autre facteur de l'ASG ne contribue à l'explication de la variance des symptômes anxieux et dépressifs en période post-natale.

4.5 Article 3

Maternal attachment insecurity as a risk factor for pregnancy-related anxiety

Nicole Reeves
Psychopathology and Health Processes Laboratory
Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité University
Research Center University of Montréal
University of Montreal, Canada

Béatrice Decaluwe

Population Health and Optimal Health Practices Research Branch, University Hospital

Québec Research Center – University Laval, Quebec City, Canada

Jaqueline Wendland

Psychopathology and Health Processes Laboratory
Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité University
& Vivaldi Parent-Infant Mental Health Unit,
Department of Child and Adolescent Psychiatry,
Pitié-Salpêtrière Hospital, Paris, France

Corresponding author: Nicole Reeves
4598 Ave Royal
Montréal, Qc
Canada
H4A 2M8
514 712 2178
nicole.reeves.chum@ssss.gouv.qc.ca

Nicole Reeves, Beatrice Decaluwe, Jaqueline Wendland declare they have no conflict of interest

Acknowledgements

The authors wish to thank Bea van den Bergh for the authorization to use and to translate the PRAQ. We also thank Miguel Chagnon for statistical consultation and support and Richard Poulin for his precious help and constructive comments in the translation and editing of the manuscript. The nurses and psychology students are gratefully acknowledged for their support in recruiting the participants and their efforts to collect as many as possible booklets.

Role of funding sources

This study was partly financially supported by a grant, the Bourse Yvon-Gauthier from the Association Québecoise pour la Santé Mentale du Nourrisson (AQSMN). This association had no further role in the study design, in the collection, analysis, interpretation of the data, writing of the paper, and in the decision to submit the paper for publication.

Maternal attachment insecurity as a risk factor for pregnancy-related anxiety

Abstract

Purpose: There is a growing body of theory and research supporting the distinct nature of pregnancy-specific anxiety (PSA). However, its risk factors remain largely unknown. Exhibiting an insecure attachment style has been recognized as a vulnerability factor throughout life. The aim of the present study was to investigate from a longitudinal standpoint the contribution of attachment style and of certain obstetric factors to general anxiety (GA) and PSA levels in each trimester of pregnancy.

Methods: A sample of 155 Canadian women was enrolled at their first trimester of pregnancy. They completed the Relationship Scales Questionnaire (RSQ), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ). The same anxiety measures were assessed at the second (T2; *n*=126) and third trimesters of pregnancy (T3; *n*=120).

Results: Preoccupied attachment style significantly predicts GA and PSA levels at each pregnancy trimester. PSA levels decreased at T2, while GA progressively decreased from T1 to T3. Primiparity is associated with PSA but not with GA at T1 and T2. As compared to low-risk pregnant women, those having a high-risk pregnancy show higher levels of GA and PSA, but only during the first trimester of pregnancy.

Conclusion: Attachment theory offers an interesting framework to understand women's adaptation to pregnancy and the onset of anxiety symptoms during that period. Thus, attachment-based interventions could be useful in this context. A particular attention should be devoted to first-time mothers and to women having a high-risk pregnancy at an early stage of gestation.

Keywords: Pregnancy- specific anxiety; attachment style; obstetric risk

Maternal attachment insecurity as a risk factor for pregnancy-related anxiety

Introduction

High levels of antenatal anxiety, either general anxiety (GA) or pregnancy- specific anxiety (PSA), may have deleterious effects on the course of pregnancy, the mother or the child (Huizink et al., 2014). Its potential harmful effect emphasizes the need for a better diagnosis, prevention and treatment.

Dunkel Schetter et Tanner (2012) defined PSA as a distinct syndrome (Huizink et al., 2004) related to the fears expressed by the woman about the health of her baby and herself, her experience of pregnancy medical monitoring, the incoming childbirth, as well as her concerns about her adequacy as a mother. Since Huizink's et al paper, which challenged the status of PSA as a distinct clinical entity, some studies have shown that PSA is correlated only to a moderate extent to GA, confirming not only that they overlap each other, but also that PSA encompasses a single phenomenon, GA and PSA following different pathways during pregnancy (Blackmore et al., 2016; Huizink et al., 2014; Lobel et al., 2008). PSA includes different dimensions than GA (Guardino et Dunkel Schetter, 2014; Huizink et al., 2004), and each phenomenon varies in its own singular fashion. PSA can be also distinguished from conventional measurements of anxiety by the levels of its correlates that are associated with parity, maternal age and miscarriage (Blackmore et al., 2016). Moreover, PSA is more powerful than GA for predicting various complications encountered during pregnancy and childbirth (Blackmore et al., 2016; Dunkel Schetter, 2011; Kramer et al., 2009; Reck et al., 2013), as well as forecasting later child development (Blair et al., 2011). However, PSA risk factors remain poorly documented (Arch, 2013; Bayrampour et al., 2015). Although attachment style is a well-known and relevant determinant at a clinical level, its contribution to maternal anxiety has barely been explored so far (Biaggi et al., 2016).

Pregnancy is recognized as a stressful life event that arouses the attachment system (Ikeda, Hayashi et Kamibeppu, 2014; Monk, Leight et Fang, 2008). Individuals react differently to stressful situations according to their attachment style. The different attachment styles may help to predict adaptation to pregnancy and to the maternal role (Mikulincer et Florian, 1999). An autonomous attachment is considered as a protection factor in the adaptation to the role of mother, whereas an insecure attachment style is seen as a factor of vulnerability towards maternal stress (Mazzeschi, Pazzagli, Radi, Raspa et Buratta, 2015; Pazzagli et al., 2015). Insecure women are at greater risk to show depression and anxiety during the perinatal period (Bifulco et al., 2004; Monk et al., 2008).

To date, only very few studies have explored the links between attachment style and PSA. An autonomous secure attachment is related to lower degrees of anxiety (Mikulincer et Florian, 1998; van Bussel, Spitz et Demyttenaere, 2009a) and daily worries (Monk et al., 2008) during pregnancy. Conversely, women whose attachment style belongs to the preoccupied category are at greater risk to show significant fears and worries during pregnancy. Preoccupied attachment style is associated with GA in the mid-pregnancy (Conde et al., 2011) and with PSA in first two trimesters (Mikulincer and Florian) and at the end of pregnancy (Trillingsgaard, Elklit, Shevlin et Maimburg, 2011). Trillingsgaard and his collaborators noted that women whose attachment style is dismissive-avoidant reported having fears during pregnancy, but to a lesser extent than women with a preoccupied attachment style.

Aims

The above-mentioned studies confirm the relevance of further exploring the contribution of attachment style to prenatal anxiety. Our general objective was to explore the extent to which attachment style can predict the intensity of GA and PSA in each trimester of pregnancy. Considering that preoccupied attachment is associated with negative reactions and worries upon facing stressful life events such as pregnancy, we expected that the preoccupied style would contribute the most to higher levels of GA and PSA. Conversely, a secure attachment style was expected to predict low levels of GA and PSA.

The second goal was to explore the contribution of attachment style to each type of anxiety (trait, state, specific). A preoccupied attachment style was expected to contribute more strongly to PSA than to GA.

As a complement, we also endeavored to examine the contribution of various obstetrical variables (i.e. previous perinatal losses, higher obstetric risk, parity) to PSA and GA. Furthermore, we have characterized the evolution of anxiety levels in each trimester of pregnancy in order to assess the hypothesis that GA and PSA should evolve differently if they are distinct entities.

Materials and Methods

Participants

Participants consisted of a convenience sample of 155 pregnant women recruited at the Hospital Center of the University of Montréal (CHUM) Obstetric Clinic between May 2014 and December 2015. The Ethical Board of the Research Center of the CHUM, Canada,

approved the study. All women completed a written informed consent form prior to their inclusion in the study.

Inclusion criteria were: [a] being ≥18-years-old and able to complete the self-report questionnaires in French, [b] having lived with the child's father for ≥ one year, and [c] having lived for ≥ two years in the province of Québec. Demographic and obstetric characteristics of the sample are presented in Table 1.

Insert here Table 1

Procedures

Participants were recruited at the first trimester (T1, between 8 and 14 weeks of amenorrhea- WA) of pregnancy and answered questionnaires at each trimester during prenatal visits (T2, between 21 and 25 WA; T3, between 32 and 36 WA). A trained psychologist or undergraduate student informed women about the aims and design of the study. Follow-up calls were made when questionnaires had not been completed on site and were handed back at the following appointment or returned by mail.

At T1, participants signed up their consent form, answered questionnaires that provide information on their obstetrical history and socio-demographic background, and completed self-administered tools measuring GA, PSA and attachment style. Anxiety measures were repeated at each trimester.

Participants flow and retention

Among the 195 women approached upon their first appointment, 155 (79%) agreed to participate at T1, 126 (81%) completed questionnaires at T2, and 120 (77%) at T3. Between T1 and T2, 29 quit the study, 44% (*n*=13/29) of them had done so for reasons beyond their control (spontaneous abortion, medical termination of pregnancy, relocation, etc.). The remainder (*n*=16) did not answer the various follow-up calls. Between T2 and T3, six participants quit the study for similar reasons.

Assessment tools

Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (PRAQ) (Van den Bergh et al., 1989)

The PRAQ consists of 55 items divided into five subscales. Factor analysis performed in 2007 confirmed the existence of five factors relating to: 1) concerns about oneself and the partner (15 items); 2) fear for the integrity of the baby (6 items); 3) fear of delivery (9 items); 4) fear of changes (9 items); 5) concerns about the future mother–child and father-child relationships, as well as the relationship between partners (16 items) (B. Van den Bergh, personal communication, November 16th 2014).

To date, no PSA measurement tool is available in a validated French version. The PRAQ was selected for the clinical relevance of the five factors identified above. A bilingual psychologist translated the questionnaire from English to French, and then another bilingual psychologist back translated the French version with permission of the questionnaire's author (Van den Bergh). In our study, Cronbach's reliability coefficients were found to be good to high for the total scale (0.95) and its subscales (0.77 to 0.89).

State Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970)

The STAI consists of two subscales each composed of 20 items. The "state" subscale measures anxiety at the current time. The "trait" subscale measures the propensity of a relatively stable individual to respond with elevated anxiety. The STAI is a widely used and robust measure of anxiety that has been validated against clinical interviews and shows discriminant and predictive validity in perinatal samples (Meades et Ayers, 2011). In this study, high Cronbach's reliability coefficients for each scale have been found ("state" = 0.89; "trait" = 0.92).

Relationship Scales Questionnaire (Griffin et Bartholomew, 1994).

The RSQ is a self-reported questionnaire containing 30 items elaborated from the RQ (Bartholomew et Horowitz, 1991) and the Adult Attachment Scale (Collins et Read (1990). Its French validated version by Guédeney et al. (2010) was used for this study. Results were analyzed dimensionally, according to a three-factor structure (secure, avoiding, preoccupied) as suggested by Backstrom et Holmes (2001) and Guédeney et al. (2010). In this study, we found good Cronbach's reliability coefficient for the scale (0.71).

Statistical analysis

All variables were visually inspected for normality of distribution and checked for outliers. The relationship between attachment styles (secure, avoidant, preoccupied) and anxiety types was examined at each trimester using Pearson correlations first, followed by sequential regression analysis. All obstetrical characteristics significantly associated with at least one anxiety type ($p \leq 0.05$) were selected and entered at the first step in regression models, followed by the same treatment for attachment styles. Sequential regressions allowed comparison of the significance of the change in R^2 between each step. To facilitate comparison of the regression models, the same covariates were used in multivariate models for each anxiety type.

To study the evolution of anxiety during the study period, we used a multi-level model (MLM). One distinct model was conducted for each anxiety type (PSA, state and trait GA). MLM models allow the inclusion of all participants and account for repeated measurements

of variance. Inspection of variance and correlations at each time point suggested that the most appropriate error covariance matrix for the models was unstructured. Post-hoc comparisons were carried out using a Bonferroni correction. All analyses were performed using SPSS 23 (SPSS 2014).

Results

Attachment style and anxiety

Significant and stable correlations between attachment styles and anxiety types were found over time between preoccupied attachment and each anxiety type (see Table 2). Secure attachment and avoidant attachment styles were not significantly correlated with anxiety type over time.

Insert here Table 2

Overall, the three regression models predicting each anxiety type were found significant. Multivariate analyses are summarized in Table 3. Regression coefficients indicate that at the first step, a few obstetric characteristics were significantly associated with anxiety types at T1. A high-risk medical condition was associated with each anxiety type at T1. While primiparity remained associated with PSA at T1 and T2, other obstetric conditions were no longer significantly correlated with anxiety scores at T2 and T3. Addition of information on attachment styles resulted in a significant increment in the explained variance of both GA and PSA. The contribution of preoccupied attachment to general and specific anxiety was relatively stable over time. A small to medium effect size was obtained for trait GA ($.04 \leq r^2 \leq .11$), whereas a medium to large effect size was reported for state GA ($.08 \leq r^2 \leq .19$) and PSA ($.20 \leq r^2 \leq .24$).

Insert here Table 3

Evolution of anxiety

To test the evolution of anxiety over time, we ran a multilevel model for each anxiety type. Since we aimed to compare anxiety scores at each trimester, we modeled time as a repeated effect as well as a fixed effect. The results are presented in Table 4 and show a significant decrease over time for all three types of anxiety.

Decomposition of differences across the trimesters applying Bonferroni multiple-significance-test correction revealed a significant decrease between T1 and T3 for all three types of anxiety, and a significant difference between T1 and T2 only for PSA. A marginally significant interaction involving medical high-risk condition was observed for all three types of anxiety. At T1, women with a high-risk medical condition presented a higher score of anxiety than their counterparts ($t_{praq}(6.29)$, $p=0.001$; $t_{stai\text{-}s}(2.88)$, $p=0.005$; $t_{stai\text{-}t}(3.23)$,

p=0.002). No further significant difference was reported during the second and third trimesters.

Insert here Table 4

Discussion and conclusions

Our goal was to study the contribution of attachment style and of various obstetrical variables to GA and PSA, as well as to characterize the evolution of anxiety levels at each trimester of pregnancy. This research demonstrates that attachment style is an important variable to consider in the study of how pregnancy is experienced. More particularly, we have longitudinally shown that preoccupied attachment style is a predictor of PSA and GA, which is verified from the beginning until the end of pregnancy. Women whose attachment style is characterized by an ambivalent attitude towards the others show more anxiety during the whole duration of pregnancy.

These results are in agreement with those obtained from studies that reported that a preoccupied attachment is predictive of PSA (Mikulincer et Florian, 1998; Pazzagli et al., 2015; Trillingsgaard et al., 2011). As Conde et al. (2011), we observed that a preoccupied attachment style is also associated with GA. However, compared to Mikulincer et Florian (1998) who did not find a correlation between preoccupied attachment and PSA at the third trimester, our results suggest that the effect of preoccupied attachment style on anxiety levels remains stable over time. However, to the best of our knowledge, our study is the first to demonstrate that a preoccupied attachment style is a significant predictor of PSA and GA at each trimester of pregnancy. Moreover, unlike van Bussel et al. (2009a) and Mikulincer and Florian, we did not find any correlation between a secure attachment style and low levels of PSA and GA. The latter difference might owe to the fact that a moderately elevated anxiety level is to be expected during pregnancy in all women, and especially among primiparous women (Dunkel Schetter, 2011), even in those whose attachment style is secure.

With regard to the second objective of the present study, our results emphasize the importance of relational aspects, as measured by attachment style, over obstetrical conditions in the prediction of PSA. In line with our hypothesis and Mikulincer et Florian (1998), a preoccupied attachment accounts for a substantial percentage of PSA variance after controlling for obstetrical variables. Moreover, our results suggest similarities between PSA and state anxiety predictors compared to trait anxiety. As with PSA, preoccupied attachment significantly explained a substantial amount of variance for state anxiety.

Comparisons between primiparous and multiparous women showed that primiparity significantly predicts PSA, but not GA, at T1 and T2. They also allow establishing a

difference between GA and PSA based on an external correlate, namely parity status, thus supporting the premise that PSA is distinct from GA. These results are in agreement with those from Blackmore et al. (2016). They suggest that a particular attention should be given to primiparous women in future studies on pregnancy-associated anxiety.

Our third objective was to document the progression of anxiety levels over the course of pregnancy. While all three types of anxiety were found to decrease between T1 and T3, only PSA underwent a significant decrease at T2. These results are of special interest since they allow distinguishing GA and PSA according to the evolution of anxiety levels, and are in line with those previously reported (Blackmore et al., 2016; Blair et al., 2011). Moreover, the inclusion of women with high-risk pregnancies did not significantly affect the evolution of anxiety levels over the course of pregnancy. In comparison with women undergoing a low-risk pregnancy, those presenting obstetrical complications exhibited higher anxiety levels (i.e. for both GA and PSA), albeit in the first trimester only. Then, for the remainder of the pregnancy period, anxiety levels were found to decrease, regardless of the women's health status.

To date, no consensus has been established about the evolution of anxiety levels over the course of pregnancy (Dunkel Schetter, 2011). While a few studies have reported an overall decrease of PSA over the course of pregnancy (Blair et al., 2011; Buist et al., 2011; Kane et al., 2014), others have reported a U-shaped curve with higher score of GA (Lee et al., 2007; Rallis et al., 2014a) and PSA(Guardino et Dunkel Schetter, 2014) at the first and last trimester. Unlike GA, PSA is multidimensional; certain dimensions of PSA might be presented more intensively at the beginning of pregnancy, whereas others might be involved to a higher degree as the time of childbirth approaches. PSA significant decrease at T2 may be partly explained by the 20-week morphological echography. All participants completed the T2 questionnaires few weeks after they undertake their last echography before birth. The third-trimester echography is no longer routinely performed in Québec. One might surmise that the 20th-week echography had a significant impact on PSA by reassuring women about the health of the foetus, whereas its impact on GA might be less important, thus suggesting that the two constructs are indeed distinct.

Some limitations of this study need to be taken in consideration. First, our data were obtained from a convenience sampling of subjects who had enrolled themselves electively. Most of the women had higher levels of education than the average for Canadian women. Thus, the present results cannot be generalized to other populations. Finally, the whole data relies on self-reports, any potential reporting bias is difficult to quantify.

Results of the present study have clinical implications in the field of perinatology. They confirm the importance to detect PSA and to better document when the various expressions of anxiety appear during pregnancy in order to better target therapeutic interventions (Guardino et Dunkel Schetter, 2014). Likewise, it is also crucial to consider medical care protocols, such as the 20-week morphological echography, to take into account the impact of prenatal visits and tests on PSA. This leads us to recommend investigating the impact of practices in a hospital setting to identify which variables related to medical care will increase or, in contrast, decrease PSA. Lastly, this study confirms the relevance of attachment theory towards an understanding of adaptation to the developmental crisis that happens during pregnancy. Attachment-informed interventions may be valuable at the first trimester with future mothers, especially primiparous women. These interventions could improve emotional adjustment to pregnancy and motherhood, thereby preventing disturbances in the mother-infant relationship.

Conflicts of interest: none

References

Arch JJ (2013) Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? Compr Psychiatry 54:217-228 doi:10.1016/j.comppsych.2012.07.010

Backstrom M, Holmes BM (2001) Measuring adult attachment: a construct validation of two self-report instruments Scand J Psychol 42:79-86

Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four-category model Journal of personality and social psychology 61:226-244

Bayrampour H, McDonald S, Tough S (2015) Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy Midwifery 31:582-589 doi:10.1016/j.midw.2015.02.009

Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM (2016) Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review J Affect Disord 191:62-77 doi:10.1016/j.jad.2015.11.014

Bifulco A et al. (2004) Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study The British journal of psychiatry Supplement 46:s31-37

Blackmore ER, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, G. O' Connor T (2016) Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study J Affect Disord 197:251-258 doi:10.1016/j.jad.2016.03.008

Blair MM, Glynn LM, Sandman CA, Davis EP (2011) Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament Stress 14:644-651 doi:10.3109/10253890.2011.594121

Buist A, Gotman N, Yonkers KA (2011) Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy J Affect Disord 131:277-283 doi:10.1016/j.jad.2011.01.003

Collins NL, Read SJ (1990) Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples Journal of personality and social psychology 58:644-663

Conde A, Figueiredo B, Bifulco A (2011) Attachment style and psychological adjustment in couples Attachment & human development 13:271-291 doi:10.1080/14616734.2011.562417

Dunkel Schetter C (2011) Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues Annual review of psychology 62:531-558 doi:10.1146/annurev.psych.031809.130727

Dunkel Schetter C, Tanner L (2012) Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice Current opinion in psychiatry 25:141-148 doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680

Griffin DW, Bartholomew K (1994) Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment Journal of personality and social psychology 67:430

Guardino CM, Dunkel Schetter C (2014) Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences Zero to Three 34:12-21

Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A (2010) La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation): étude de validation du construit L'Encéphale 36:69-76

Huizink AC, Menting B, Oosterman M, Verhage ML, Kunseler FC, Schuengel C (2014) The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 35:92-100

Huizink AC, Mulder EJ, Robles de Medina PG, Visser GH, Buitelaar JK (2004) Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? Early human development 79:81-91 doi:10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

Ikeda M, Hayashi M, Kamibeppu K (2014) The relationship between attachment style and postpartum depression Attachment & human development 16:557-572 doi:10.1080/14616734.2014.941884

Kane HS, Dunkel Schetter C, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA (2014) Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories Biol Psychol 100:13-19 doi:10.1016/j.biopsycho.2014.04.003

Kramer MS et al. (2009) Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones American journal of epidemiology 169:1319-1326 doi:10.1093/aje/kwp061

Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression Obstetrics and gynecology 110:1102-1112 doi:10.1097/01.aog.0000287065.59491.70

Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA (2008) Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes Health Psychol 27:604-615 doi:10.1037/a0013242

Mazzeschi C, Pazzagli C, Radi G, Raspa V, Buratta L (2015) Antecedents of maternal parenting stress: the role of attachment style, prenatal attachment, and dyadic adjustment in first-time mothers Frontiers in Psychology 6:1443 doi:10.3389/fpsyg.2015.01443

Meades R, Ayers S (2011) Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review J Affect Disord 133:1-15 doi:10.1016/j.jad.2010.10.009

Mikulincer M, Florian V (1998) The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In: *Attachment theory and close relationship*. J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds), New-York, pp 143-165

Mikulincer M, Florian V (1999) Maternal-Fetal Bonding, Coping Strategies, and Mental Health During Pregnancy–The Contribution of Attachment Style Journal of Social and Clinical Psychology 18:255-276 doi:10.1521/jscp.1999.18.3.255

Monk C, Leight KL, Fang Y (2008) The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment Archives of women's mental health 11:117-129 doi:10.1007/s00737-008-0005-x

Pazzagli C, Laghezza L, Capurso M, Sommella C, Lelli F, Mazzeschi C (2015) Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women Infant mental health journal 36:62-74 doi:10.1002/imhj.21483

Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J (2014) A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy Women and birth : journal of the Australian College of Midwives 27:e36-42 doi:10.1016/j.wombi.2014.08.002

Reck C, Zimmer K, Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S (2013) The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome Archives of women's mental health 16:363-369 doi:10.1007/s00737-013-0344-0

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE (1970) Manuel for the State-Trait Anxiety Inventory (self evaluation questionnaire). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California

SPSS (2014) IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Trillingsgaard T, Elklit A, Shevlin M, Maimburg RD (2011) Adult attachment at the transition to motherhood: Predicting worry, health care utility and relationship functioning Journal of Reproductive and Infant Psychology 29:354-363

van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K (2009) Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations Journal of Affective Disorders 114:232-242 doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.018

Van den Bergh B, Mulder E, Visser G, Poelmann-Weesjes G, Bekedam D, Prechtl H (1989) The effect of (induced) maternal emotions on fetal behaviour: A controlled study Early human development 19:9-19 doi:http://dx.doi.org/10.1016/0378-3782%2889%2990100-X

Table 1. Descriptive characteristics of the study sample (*N*=155)

	N	*n (%)*	*M*	*Mdn*	*SD*	Range
Sociodemographic characteristics						
Age	155		32.5	32.0	3.88	23.0-44.0
Years living with the child's	152		7.2	6.5	3.9	1.0-18.0
Work status	155					
Employed		127 (81.9)				
Full-time student		10 (6.5)				
Other		18 (11.6)				
Highest level of educational	153					
University degree		113 (73.9)				
College diploma		31 (20.3)				
High school diploma		9 (5.9)				
Country of birth (Canada, % yes)	155	106 (68.4)				
Obstetrical characteristics						
Previous miscarriage or perinatal loss [a] (%yes)	155	33 (21.3)				
Primiparity (% yes)	155	92 (59.4)				
Medical high-risk condition [b] (%	155	74 (47.7)				

Abbreviations: *M*, arithmetic mean; *Mdn*, median; *SD*, standard deviation
[a] During the second or third trimester [b] During at least one of the three trimester

Table 2. Correlations between attachment style and general and pregnancy-specific anxiety

	PRAQ			STAI – S			STAI – T		
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1	T2	T3
Secure Attachment	.09	.14	.04	.03	.10	.05	.02	-.03	-.04
Preoccupied Attachment	.44***	.39***	.45***	.30***	.42***	.44***	.23**	.34***	.28**
Avoidant Attachment	.17*	.12	.10	.08	.15	.12	.07	.13	.06

*p < 0.05; ** p < 0.1; *** p < 0.001

Table 3. Hierarchical multiple regression analyses predicting general and pregnancy-specific anxiety from obstetrical characteristics and attachment style

	T1		T2		T3	
Predictors	ΔR^2	B	ΔR^2	β	ΔR^2	B
PRAQ						
Step 1	.08**		.08*		.03	
Miscarriage		.10		.10		.08
Primiparity		.19*		.25**		.14
Medical high risk condition		.15*		.13		.07
Step 2	.18***		.16***		.20***	
Preoccupied Attachment		.43***		.40***		.45***
R^2	.26***		.24***		.23***	
N	150		122		116	
STAI – S						
Step 1	.05*		.01		.03	
Miscarriage		.11		-.02		.02
Primiparity		.7		-.03		-.09
Medical high risk condition		.16*		.05		.09
Step 2	.08***		.17***		.19***	
Preoccupied Attachment		.29***		.41***		.43***
R^2	.14***		.18***		.21***	
N	146		118		115	
STAI – T						
Step 1	.07*		.01		.01	
Miscarriage		.16*		-0.01		-.03
Primiparity		-.004		-.08		-.08
Medical high risk condition		.17*		.05		.06
Step 2	.04**		.11**		.07**	
Preoccupied Attachment		.21**		.34***		.27**
R^2	.11**		.12**		.09*	
N	147		121		115	

Abbreviations : β, standardized regression coefficient
* $p < 0.05$; ** $p < 0.1$; *** $p < 0.001$

Table 4. Estimated marginal means of general and pregnancy-specific anxiety based on mixed-model for repeated measures

Anxiety Scores	Trimester			*F*	*BIC*	□□	Post-hoc contrast (p value)		
	T1	T2	T3				T1 vs T2	T2 vs T3	T1 vs T3
PRAQ	142.54 (4.11)	127.68 (4.02)	124.47 (4.01)	30.60***	3945.21	.19	.001	.636	.001
STAI – S	39.07 (0.72)	38.25 (0.67)	37.29 (0.66)	5.63**	2535.04	.07	.536	.054	.011
STAI - T	36.41 (0.88)	34.49 (0.88)	33.98 (0.73)	4.20*	2864.71	.04	.143	1.00	.014

Note : Standard errors are reported in parentheses. Eta-squared is based on completed cases only using the GML-Repeated Measures model

* $p < 0.05$; ** $p < 0.1$; *** $p < 0.001$

4.6 Synthèse des résultats au regard de nos hypothèses

H1-La corrélation entre l'anxiété situationnelle et le trait anxieux (STAI-Y) sera plus forte que la corrélation entre l'ASG et chacune des mesures de l'AG (trait et état) et ce, à chacun des trimestres.

Toutes les corrélations obtenues ont confirmé cette hypothèse.

H2- L'ASG, composée de 5 facteurs, constituera un facteur distinct de l'AG, composée de deux dimensions (trait, état).

L'analyse factorielle a confirmé cette hypothèse.

H3- L'ASG et l'AG n'évolueront pas de la même façon durant la grossesse.

Cette hypothèse est en partie confirmée. L'ASG et l'AG décroissent durant la grossesse, mais on observe une décroissance significative entre le T1 et le T2 pour l'ASG uniquement.

H3.1 Le score au facteur 1 (préoccupations au sujet de soi et de la relation conjugale durant la grossesse) de l'ASG (PRAQ) restera stable tout au long de la grossesse.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, le score du F1 a diminué durant la grossesse.

H3.2 Le score au facteur 2 (peurs au sujet de l'intégrité du bébé) de l'ASG (PRAQ) diminuera du premier trimestre (T1) au second trimestre (T2) et de ce dernier (T2) au troisième trimestre (T3).

Cette hypothèse est confirmée.

H3.3 Le score au facteur 3 (peurs de l'accouchement) de l'ASG (PRAQ) augmentera de T1 à T2 et de T2 à T3.

Cette hypothèse est en partie confirmée, le score a diminué au T2 pour ensuite remonter au T3.

H3.4 Le score au facteur 4 (peurs des changements) de l'ASG (PRAQ) restera stable tout au long de la grossesse.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, le score a diminué du T1 au T2 et du T1 au T3 de manière significative.

H3.5- Le score au facteur 5 (préoccupations au sujet des futures relations mère-enfant, père-enfant et conjugale) de l'ASG (PRAQ) augmentera de T1 à T2 et de T2 à T3.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, le score a diminué de manière significative du T1 au T3.

H3.6 -L'AG (trait et état) (STAI-Y) diminuera au T2 pour remonter au T3**.**

Cette hypothèse n'est pas confirmée, l'AG (trait, état) a diminué de façon significative du T1 au T3.

H4. Les variables obstétricales ont un impact sur l'AG et l'ASG.

H4.1-Les femmes suivies pour une grossesse à risques élevés (complications obstétricales) auront des scores plus élevés d'AG « état » (STAI-Y) et d'ASG (PRAQ) au T1 que les femmes présentant une grossesse sans risques particuliers.

Les analyses confirment cette hypothèse, les scores d'AG et d'ASG sont plus élevés de façon significative pour les grossesses à risques élevés.

H4.2-Les primipares auront des scores plus élevés d'ASG (PRAQ) et d'AG « état » au T1 que les multipares.

Cette hypothèse est en partie confirmée, seule la mesure d'ASG est significativement plus élevée pour les primipares.

H4.3-Les femmes qui ont déjà vécu une perte fœtale auront des scores plus élevés d'ASG (PRAQ) et d'AG « état » au T1 que celles qui n'en ont pas vécu.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, nos résultats indiquent que seule l'AG « trait » est plus élevée de façon significative chez les femmes qui ont vécu une perte fœtale antérieurement.

H5. La qualité de l'ajustement conjugal aura un impact sur l'AG et l'ASG.

H5.1-Les femmes enceintes qui ont un niveau global élevé d'ajustement conjugal, (RDAS), auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

Cette hypothèse est confirmée pour tous les types d'anxiété (AG, ASG).

H5.2-Les femmes enceintes qui ont un niveau élevé à la dimension « consensus » d'ajustement conjugal (RDAS) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

Cette hypothèse est confirmée pour tous les types d'anxiété (AG, ASG).

H5.3-Les femmes enceintes qui ont un niveau élevé à la dimension « satisfaction » d'ajustement conjugal (RDAS) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

Cette hypothèse est partiellement confirmée, la mesure d'AG « trait » n'est pas significativement corrélée avec la dimension « satisfaction ».

H5.4-Les femmes enceintes qui ont un niveau élevé à la dimension « cohésion » d'ajustement conjugal (RDAS) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

Cette hypothèse est confirmée pour tous les types d'anxiété (AG, ASG).

H 6. La qualité du soutien social dont les femmes enceintes bénéficient aura un impact sur l'AG et l'ASG.

H6.1 -Les femmes enceintes qui ont un score élevé de satisfaction à l'égard du soutien social perçu (SSQ6) auront des scores bas d'anxiété spécifique à la grossesse (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

Cette hypothèse est confirmée pour tous les types d'anxiété.

H6.2 -Les femmes enceintes qui ont un score élevé de disponibilité à l'égard du soutien social perçu (SSQ6) auront des scores bas d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y) au T1.

Cette hypothèse est confirmée pour tous les types d'anxiété.

H7. Le style d'attachement de la femme enceinte influera sur ses niveaux d'AG et d'ASG.

H7.1-Les femmes enceintes qui ont un score élevé pour le style d'attachement préoccupé (RSQ) auront des scores élevés d'ASG (PRAQ) et d'AG (STAI-Y).

Cette hypothèse est confirmée pour tous les types d'anxiété.

H7.2-Les femmes enceintes qui ont un score élevé pour le style d'attachement « sécure » (RSQ) auront des scores bas d'ASG et d'AG.

Cette hypothèse n'est pas confirmée ni pour l'AG ni pour l'ASG.

H8. Les scores d'ASG et d'AG au cours de la grossesse peuvent permettre de prédire les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs dans le post-partum.

H8.1- L'ASG (PRAQ) sera un meilleur prédicteur des symptômes dépressifs (EPDS) que l'AG (STAI-Y) en période post-natale.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, l'AG « état » durant la grossesse explique la plus grande part de la variance des symptômes dépressifs en période postnatale.

H8.2- L'ASG (PRAQ) sera un meilleur prédicteur de l'anxiété « état » (STAI-Y) que l'AG (STAI-Y) en période post-natale.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, l'AG « état » durant la grossesse explique la plus grande part de la variance de l'AG « état » en période postnatale.

H8.3- L'ASG (PRAQ) sera un meilleur prédicteur de l'anxiété « trait » (STAI-Y) que l'AG (STAI-Y) en période post-natale.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, l'AG « trait » durant la grossesse explique la plus grande part de la variance de l'AG « trait » en période postnatale.

H8.4 - L'ASG mesurée au T1 sera un meilleur prédicteur des symptômes dépressifs en période post-natale (EPDS) que les mesures d'anxiété (AG, ASG) du T2 et T3.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, la mesure d'AG « état » au T3 prédit le mieux les symptômes dépressifs post natals.

H8.5 - L'ASG mesurée au T1 sera un meilleur prédicteur de l'anxiété état en période post-natale (STAI-Y) que les mesures d'anxiété (AG, ASG) du T2 et du T3.

Cette hypothèse n'est pas confirmée, la mesure d'AG « état » au T3 prédit le mieux l'AG « état » post natale.

H8.6- L'ASG mesurée au T1 sera un meilleur prédicteur de l'anxiété « trait » en période post-natale (STAI-Y) que les mesures d'anxiété (AG, ASG) du T2 et du T3.

Cette hypothèse est en partie confirmée, la mesure d'AG « état » au T1 et celle de l'AG « trait » au T2 prédit le mieux l'anxiété « trait » post natale.

5. **Discussion**

Cette thèse avait pour objectif principal de contribuer à éclaircir la question de l'ASG comme entité distincte clinique. Pour ce faire, nous avons étudié longitudinalement l'anxiété prénatale de façon qualitative et surtout d'un point de vue quantitatif et prospectif. L'étude qualitative a permis de décrire les particularités de l'anxiété à chaque trimestre, les dénominateurs communs d'un trimestre à l'autre, ainsi que les mécanismes d'adaptation privilégiés par les femmes enceintes.

Quant à lui, le volet quantitatif avait pour but d'étudier la nature, l'objet, la fréquence, l'intensité et l'évolution comparée de l'AG et de l'ASG. Nous souhaitions aussi mieux connaitre les facteurs de risque et de protection et voir si ces derniers, ainsi que quelques corrélats associés à l'ASG, sont distincts de ceux qui prédisent l'AG. Finalement, nous avions comme objectif complémentaire de déterminer quel type d'anxiété (AG, ASG), et à quel moment de la grossesse, permet le mieux de prédire les symptômes dépressifs et anxieux maternels en période postnatale.

5.1 Volet qualitatif

Cette analyse a mis en évidence le vécu autour de la peur de la perte de contrôle, de la perte de contrôle en soi et ce, en particulier au niveau du corps comme lieu de passage. Ces craintes, tant de perte que d'envahissement, propres à l'expérience corporelle, contribuent à donner à l'anxiété durant la grossesse son caractère spécifique. De plus, nos travaux ont permis d'identifier trois types de mécanismes d'adaptation : la réassurance grâce à la science, le soutien émotionnel et l'acceptation (Reeves et al., 2016).

Ces résultats ont des retombées au plan clinique. Parmi les mécanismes d'adaptation décrits, la recherche d'un soutien affectif est évoquée par la plupart des participantes tant auprès des professionnels que des autres femmes enceintes et des conjoints. De plus, l'analyse a mis en lumière le recours à des mécanismes centrés sur l'émotion, plutôt que sur la résolution du problème. En effet, ces stratégies sont privilégiées dans les situations où l'on a peu de contrôle, ce qui caractérise la plupart des peurs vécues durant la grossesse. Cette recherche d'un soutien affectif se comprend aisément en raison de la transparence psychique (Bydlowski, 2001) caractérisée par un état d'appel à l'aide, quasi permanent chez la femme enceinte. Cet état qualifié de pré-transférentiel favorable par Dayan et al. (2014) dispose

généralement la femme bouleversée par les remaniements psychiques à accueillir une aide bienveillante.

Dans les pratiques cliniques actuelles, trop souvent on croit qu'en informant les femmes via les cours prénataux, les lectures recommandées etc., on offre suffisamment de soutien permettant de diminuer l'anxiété. Or, les effets paradoxaux de l'information ont été soulignés dans notre étude qualitative, ainsi que par plusieurs auteurs (Lussier, David, Saucier et Borgeat, 1994; Melender, 2002; Tagawa, 2012a). Les femmes enceintes sont noyées d'avis au sujet de ce qu'il faut faire ou ne faut pas faire. Pour une femme anxieuse, ces recommandations mettent l'accent sur les risques et alimentent l'anxiété. Il serait plus opportun d'insister sur le fait que, malgré tout, de façon générale, les chances que tout se passe bien sont plus grandes que les risques que les choses tournent mal. Ce type d'approche vise à redonner une certaine forme de contrôle aux femmes enceintes (Guardino et Dunkel Schetter, 2014). En fait, on constate que l'information seule ne suffit pas à apaiser, elle doit être donnée dans un climat de soutien. Il y aurait lieu à cet égard que l'accompagnement proposé par les professionnels puisse intégrer le soutien affectif. Les données factuelles fournies par les professionnels sont, certes, essentielles pour les patientes. Toutefois, cela ne doit pas faire perdre de vue que ces recommandations ne seront bien reçues et comprises que, si parallèlement, les patientes se sentent écoutées. Tagawa (2012a) plaide pour une éthique de l'information et maintient que « trop d'informations tue l'information ». Au contraire, les recommandations doivent être réduites à l'essentiel pour être comprises et retenues. Nous pourrions aussi ajouter que les informations devraient aussi être distribuées au bon moment, sans quoi on risque de passer à côté de l'effet escompté.

5.*2* Volet quantitatif

Le deuxième volet, section plus importante de cette thèse, est constitué des analyses quantitatives qui ont permis de répondre aux objectifs concernant l'étude des relations entre l'AG et l'ASG et de l'évolution des différents types d'anxiété. Cette section a aussi permis d'analyser les différences entre l'AG et l'ASG au sujet des facteurs de risque, de protection, des corrélats associés ainsi que de la prédiction de l'humeur maternelle post natale. Les résultats et la discussion concernant le style d'attachement comme facteur de risque se retrouvent essentiellement dans le troisième article ci-joint à la fin du chapitre sur les résultats, volet quantitatif, section 4.5, (Reeves et al., 2017).

5.2.1 ASG et AG

Les premières analyses ont mis en évidence un certain recouvrement, mais aussi des différences entre l'ASG et l'AG au niveau de la symptomatologie. D'après Blackmore et al. (2016), l'hypothèse selon laquelle les symptômes de l'ASG peuvent être empiriquement distingués des symptômes de l'AG, contribue à documenter le fait que l'ASG est une entité distincte. On retrouve de façon constante, à chaque trimestre, des corrélations d'environ ,50 entre l'ASG et l'AG, qu'il s'agisse de l'AG « trait » ou « état ». Ces résultats sont cohérents avec ce qu'on retrouve habituellement dans la littérature (Blair et al., 2011; Burstein et al., 1974; Gurung et al., 2005), quoique Blackmore et al. (2016) et van Bussel et al. (2009a) observent des corrélations plus faibles. Alderdice et al. (2012) rapportent aussi les données de plusieurs études permettant ainsi d'établir la validité convergente entre les mesures d'AG et d'ASG, tantôt les corrélations étant plus fortes avec l'AG « trait », tantôt avec l'AG « état ».

De plus, les corrélations observées entre chaque facteur du PRAQ et le PRAQ global s'avèrent plus élevées que les corrélations entre les facteurs du PRAQ et les deux mesures d'AG prises respectivement. Arch (2013) observe aussi des corrélations élevées, c'est-à-dire d'environ ,70 entre les trois dimensions du PRAQ-S (peur d'accoucher, peur de porter un enfant handicapé, préoccupations au sujet de son apparence). Par ailleurs, les corrélations que nous retrouvons entre les facteurs du PRAQ et le STAI sont nettement plus faibles. Ces résultats corroborent ceux de Mitchell et Jolley (2007 cités par Brunton et al. (2015) qui rapportent aussi des corrélations plus basses (r=,28) entre les facteurs du PRAQ-S et le STAI. Finalement, on observe que les deux dimensions du STAI, corrèlent plus fortement entre elles que chacune prise séparément avec l'ASG et ce, tout au long de la grossesse. A l'instar de Huizink et al. (2004) et Huizink et al. (2014), on constate que l'AG et l'ASG ne sont pas si fortement corrélées entre elles que l'on puisse penser qu'il s'agit du même construit. Ainsi, les mesures d'AG et d'ASG apportent des informations additionnelles et différentes sur ce que vit la femme enceinte.

Afin d'aller plus loin dans cette étude des symptômes, une analyse en composantes principales appliquée aux réponses des 155 participantes au T1 a révélé que les deux dimensions de l'AG et les 5 facteurs de l'ASG constituent bien deux facteurs distincts. Ceci contribue à suggérer qu'il s'agit bien de deux entités qui se distinguent au niveau des symptômes, malgré le recoupement aussi observé. Cette analyse complète les données apportées par les matrices de corrélations suggérant que les deux concepts sont en partie différents. L'analyse factorielle permet donc de confirmer autrement, d'un point de vue

statistique, que les 5 dimensions du PRAQ sont bien reliées entre elles et différentes des deux dimensions de l'AG qui, quant à elles, constituent un autre facteur.

5.2.2 Évolution dans le temps de l'anxiété de l'AG et de l'ASG

Le premier résultat que nous avons obtenu est le fait que l'anxiété (AG, ASG) décroit du début à la fin de la grossesse. A ce jour, les données dans la littérature sont plutôt inconsistantes quant à l'évolution de l'anxiété prénatale. Il faut souligner que la variété de questionnaires utilisés invite à la prudence quand il s'agit de comparer les résultats. Longtemps, on a cru que l'anxiété prénatale se présentait sous forme d'une courbe en U, alors que les niveaux d'anxiété étaient plus élevés en début et en fin de grossesse tant au niveau de l'AG (Lee et al., 2007; Rallis et al., 2014a; Statham et al., 1997; Teixeira et al., 2009) que de l'ASG (DaCosta et al., 1999; Guardino et Dunkel Schetter, 2014; Statham et al., 1997). En revanche, van Bussel et al. (2009a), qui ont aussi utilisé le PRAQ, version longue dans leur étude, observent plutôt une augmentation de l'ASG entre le premier et le deuxième trimestre. A l'opposé de ces derniers, nos résultats vont dans le sens de ceux rapportés par Blair et al. (2011), Huizink et al. (2014) et Kane et al. (2014), c'est-à-dire que nous observons une diminution tant de l'AG que de l'ASG au fil de la grossesse. Comment expliquer que l'anxiété décline alors que la grossesse avance ? Il est permis de penser, à l'instar de Bayrampour et al. (2012), que cette baisse traduit un phénomène d'adaptation à tous les changements vécus rapidement en début de grossesse, ainsi qu'une attitude plus confiante avec la progression de celle-ci. Il est bien connu que de nombreuses femmes disent moins s'inquiéter d'une éventuelle fausse couche, passé le seuil des trois mois et, enfin, l'échographie morphologique de 20 semaines a pu avoir une fonction très rassurante qui se traduit par cette baisse significative d'ASG dans notre étude.

Nous avons ensuite comparé l'évolution dans le temps de l'AG (trait, état) et des 5 facteurs de l'ASG. Les résultats sont fort éclairants car ils mettent en évidence des différences entre les types d'anxiété, au-delà des ressemblances. En effet, à première vue, on constate une diminution tant de l'ASG que de l'AG (trait et état) du premier au troisième trimestre. Toutefois, seule l'ASG globale et 3 des facteurs du PRAQ diminuent de façon significative au deuxième trimestre. Ce phénomène retient notre attention pour deux raisons : d'une part, cette diminution peut s'expliquer par le fait que les mesures T2 (21 à 25 SA) ont été recueillies après l'échographie morphologique de 20 semaines, très attendue généralement par les futurs parents ; d'autre part, ce résultat indique que l'ASG et l'AG évoluent différemment. L'ASG semble, en effet, être plus sensible que l'AG aux réassurances concernant la bonne santé du

fœtus. Harpel (2008) a suggéré que l'anticipation de l'échographie peut faire augmenter artificiellement l'anxiété. Cela pourrait signifier que nos données récoltées en T1 étaient anormalement élevées. Toutefois, nous ne savons pas combien de temps avant l'échographie l'anxiété augmente, si elle augmente effectivement. Notre premier recueil de données se situait entre 8 et 14 SA, alors que nous n'avions pas contrôlé, pour des raisons logistiques de recrutement, le fait que les patientes avaient ou non déjà eu une première échographie. Donc, au moment du T1, alors qu'on accuse les taux d'anxiété les plus élevés dans notre étude, certaines femmes avaient déjà été rassurées par une première échographie, mais d'autres, non.

Une autre hypothèse peut aussi être proposée quant au niveau d'anxiété relativement élevé au T1. Plusieurs des participantes à l'étude ont été recrutées alors qu'elles se présentaient à leur premier rendez-vous. En raison du manque d'effectifs, les médecins ne peuvent voir les patientes dès le premier trimestre, elles sont donc rencontrées individuellement par une infirmière et elles assistent à une séance d'informations en groupe. Au cours de cette séance, on leur explique les modalités du suivi, les différents tests à venir, les procédures etc. Est-ce que cette rencontre a pu, quoique ce ne soit évidemment pas l'effet recherché, alimenter l'anxiété des patientes en raison d'un surcroit d'informations sur les risques durant la grossesse ? Une recherche ultérieure serait nécessaire afin de répondre à cette question. Il y aurait lieu aussi de réfléchir à la pression qui prévaut sur les équipes médicales qui sont encouragées à prévenir les patientes de tous les risques possibles dans une position parfois défensive. En effet, les poursuites sont nombreuses dans le secteur obstétrical où tout peut basculer rapidement.

Selon Harpel (2008), l'échographie peut faire diminuer l'anxiété qui reste stable par la suite. Ce scénario pourrait expliquer la baisse significative de l'ASG notée au T2, suite à la deuxième et dernière échographie de routine au Québec. Quoiqu'il en soit, par la suite, on a observé dans notre échantillon que l'anxiété (AG, ASG) baisse très légèrement, entre le T2 et le T3, de façon non significative.

Considérant les dimensions de l'ASG, on note que le Facteur 3, « la peur d'accoucher », diminue entre T1 et T2, mais surtout qu'il remonte un peu au T3, ce qui est tout à fait en accord avec ce que l'on trouve dans la littérature (Madhavanprabhakaran et al., 2015; Rouhe et al., 2009) et cohérent avec la clinique. En effet, on note que la peur d'accoucher augmente en fin de grossesse à l'approche de la date prévue de l'événement. Le Facteur 5, constitué des peurs et des préoccupations au sujet des relations dans la période post-natale ne diminue pas non plus de façon significative au T2, mais décroit de façon très

progressive. Ceci indique que l'échographie n'a probablement eu aucun impact sur les craintes quant aux aspects relationnels post-natals au sein de la nouvelle famille.

Nous allons maintenant discuter des analyses univariées concernant les différents facteurs de risque et corrélats associés.

5.2.3. Facteurs de risque et de protection, corrélats associés

5.2.3.1. Grossesse à risques élevés

Nous avons constaté que les femmes présentant une grossesse à risques élevés obtiennent des résultats plus élevés à toutes les mesures d'anxiété et ce, de façon significative dans la plupart des cas. Ces résultats sont cohérents avec ce qui est décrit pour l'AG (Daniells et al., 2003; Wendland et al., 2012) et l'ASG (Dunkel Schetter et al., 2016; Gurung et al., 2005). L'association entre chacun des 5 facteurs et le niveau de risques obstétricaux n'avait toutefois pas encore été documentée, à notre connaissance et apporte donc des informations nouvelles. On a constaté que les 3 scores globaux d'anxiété sont plus élevés, de façon significative, tout comme les scores des Facteurs 1 et 2. Les femmes présentant une grossesse à risques élevés sont plus anxieuses à tous les niveaux, ce qui se traduit par une élévation de l'ASG et de l'AG « état » et « trait ». De plus, les craintes au sujet de soi et de la relation avec le partenaire durant la grossesse (Facteur 1), tout comme la peur de perdre le bébé ou qu'il soit malformé (Facteur 2) sont marquées. Les craintes pour le bébé sont tout à fait compréhensibles en raison des risques plus grands au plan de la réalité, pour cette population. Ainsi que nous l'avons vu, la perception du risque est un élément important dans le développement de l'anxiété (Bayrampour et al., 2012). Qu'en est-il toutefois des craintes au sujet de la relation avec le conjoint durant la grossesse ? Peut-on penser que le niveau très élevé d'anxiété pèse lourdement et affecte la relation conjugale, ou à l'inverse, qu'un manque de soutien ou de satisfaction conjugale exacerbe une anxiété déjà importante ? Le type d'analyse que nous avons fait ne permet pas de répondre à cette question en termes de causalité, mais la met en exergue. Ces considérations permettent déjà de réfléchir à la question du manque de soutien (conjugal social) et d'un style d'attachement insécure comme facteurs de risques en période prénatale, que nous aborderons dans les sections 5.2.3.4 à 5.2.3.6.

5.2.3.2 Le statut de parité

Le fait de ne pas encore avoir eu l'expérience d'avoir un enfant vivant (primipare) se traduit par un niveau d'ASG plus élevé que celui retrouvé chez les multipares et ce, de façon significative. De même, les primipares ont peur d'accoucher (Facteur 3), expérience nouvelle pour elles, ce que nous retrouvons dans les études de Arch (2013) et Rouhe et al. (2009), et s'inquiètent des relations futures dans la nouvelle famille à venir (Facteur 5). Ces préoccupations quant aux nouvelles relations témoignent évidemment de l'inconnu, lié à l'arrivée d'un premier enfant.

5.2.3.3 Antécédents de perte fœtale

Finalement, nous avons étudié l'association entre une perte fœtale antérieure et l'anxiété prénatale. Les scores aux différentes mesures d'anxiété sont tous plus élevés pour les femmes qui ont déjà perdu un fœtus. Étonnamment, au niveau des scores globaux, seul le résultat à l'anxiété trait est significatif, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les femmes qui ont vécu une perte fœtale ont développé une anxiété relativement persistante depuis cet événement. D'autre part, des scores élevés aux Facteurs 1 (préoccupations au sujet de soi et de la relation conjugale pendant la grossesse) et 2 (peurs pour l'intégrité du bébé ou de le perdre) permettent de différencier celles qui ont vécu une perte fœtale des autres. Les études de Cote-Arsenault (2003) et de Theut et al. (1988) rapportent que l'ASG est plus élevée chez ces femmes, mais non l'AG. Par ailleurs, l'étude des 5 facteurs permet de constater que les mêmes peurs (Facteur 1, Facteur 2) dominent ici que chez les femmes présentant une grossesse à risques élevés. Les mêmes hypothèses peuvent donc être considérées quant aux effets réciproques entre la relation conjugale (Facteur 1) et l'anxiété. De même, les craintes concernant le bébé sont exacerbées par une histoire de perte fœtale antérieure.

5.2.3.4 Ajustement conjugal

Les mesures d'anxiété, tant générale que spécifique, sont toutes corrélées négativement avec l'ajustement conjugal et ses trois composantes (consensus, satisfaction, cohésion). Ce résultat corrobore la littérature disponible à ce sujet. Une relation conjugale insatisfaisante est, en effet, considérée comme un facteur de risque d'anxiété (AG) (Bayrampour et al., 2015; Biaggi et al., 2016) et d'ASG (Bernazzani et al., 1997; Da Costa et al., 1998; Saisto et al., 2001) durant la grossesse. A l'inverse, le soutien du conjoint est identifié comme un facteur positif, protecteur du bien-être de la mère (Dunkel Schetter, 2011). De plus, la plupart des femmes attendent de leur conjoint, aide et soutien (Capponi et

Horbacz, 2007). Ces résultats confirment, une fois de plus, que la perception d'un ajustement conjugal de qualité est une variable importante durant la période prénatale. L'originalité de notre étude repose en partie sur le fait que nous avons étudié les différentes dimensions de l'ASG. Ainsi, nous constatons qu'aucune des dimensions de l'ajustement conjugal n'est corrélée avec le Facteur 3 (peur d'accoucher). Ceci est éclairant au plan clinique, nous indiquant d'une part, que la qualité de la relation conjugale ne semble pas associée avec ce type de peurs très spécifiques, et d'autre part, que l'aide à apporter aux femmes souffrant de telles peurs relèverait plutôt des professionnels.

5.2.3.5 Soutien social

Au niveau du soutien social, on observe que les mesures de disponibilité et de satisfaction sont, tel qu'attendu, corrélées négativement avec les mesures d'anxiété. La mesure de disponibilité n'est toutefois pas corrélée avec les craintes au sujet de l'intégrité du bébé (Facteur 2) et la mesure de satisfaction n'est pas corrélée avec la peur d'accoucher (Facteur 3). On peut croire ici qu'en effet, le soutien social aura un impact plus important sur les peurs touchant aux relations et aux changements durant la grossesse (Facteur 1, Facteur 4) et après l'accouchement (Facteur 5) qu'aux variables de nature « obstétricale » (peur pour l'intégrité du bébé, peur d'accoucher).

5.2.3.6 Style d'attachement

Le dernier facteur de risque et de protection que nous avons étudié est le style d'attachement. Cette variable ayant été traitée dans les articles ci-joints (1.4.5; 4.5), « Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse » et « Maternal attachment as a risk factor for pregnancy-related anxiety », nous reprendrons ici très succinctement l'interprétation des résultats. Nos données ont montré qu'un attachement de style préoccupé prédit l'ASG aux trois trimestres de grossesse, ainsi que nous l'avions prévu. Par ailleurs, après avoir intégré les variables obstétricales dans le modèle, on a constaté que le style d'attachement prédit encore une part importante de la variance de l'anxiété, aux trois trimestres de la grossesse, révélant donc l'importance de considérer cette variable au-delà des risques obstétricaux dans la réalité.

Le style d'attachement a été reconnu comme un facteur important dans la capacité de l'individu d'aller chercher du soutien en situation stressante ou de vulnérabilité (Mikulincer et Florian, 1998) telle la grossesse. Notre revue de la littérature sur le style d'attachement et l'ASG a mis en évidence que la théorie de l'attachement offre un cadre conceptuel

particulièrement éclairant pour comprendre l'ASG. Les symptômes anxieux peuvent être la manifestation de stratégies d'attachement, de recherche de réconfort, ou être les témoins d'un échec à obtenir du soutien (Reeves et Wendland, 2017). Dans cette perspective, il serait recommandé dans des études futures d'explorer les interactions entre le style d'attachement et le soutien conjugal et social en lien avec l'ASG. Finalement, pour terminer cette section sur les facteurs de risque de l'anxiété prénatale, nous allons discuter des analyses multivariées effectuées sur l'ensemble des variables étudiées.

5.2.3.7 Analyses multivariées des facteurs de risque

Les analyses de régression multivariées ont révélé que les facteurs de risque retrouvés en début et en fin de grossesse varient un peu, de même que ceux qui prédisent l'ASG et l'AG « trait » et « état ». Ces résultats appuient les recommandations de Lee et al. (2007) qui suggèrent d'identifier les facteurs de risque de l'anxiété présentée à différents moments de la grossesse. Le fait que les facteurs de risque varient au début et à la fin de la grossesse représente un défi clinique. En effet, il importe d'avoir une analyse longitudinale des facteurs de risque, car ceci a des implications sur les stratégies de prévention à privilégier. Ainsi, si des facteurs de risque ont un impact important sur l'anxiété au premier trimestre, on pourrait prêter une attention particulière aux femmes qui les présentent, dès le début de la grossesse.

Dans cette analyse, nous avions inclus aussi bien les variables sociodémographiques (âge, niveau d'études), qu'obstétricales (niveau de risques, statut de parité, perte fœtale antérieure) et les facteurs psychosociaux (ajustement conjugal, soutien social, style d'attachement).

Il est intéressant de remarquer qu'aucune variable sociodémographique n'explique l'anxiété prénatale. Les données dans la littérature sont toutefois équivoques à ce sujet, ainsi que le rapporte Biaggi et al. (2016) dans une méta-analyse. La seconde observation est que les symptômes dépressifs, mesurés par l'EPDS, contribuent à prédire tous les types d'anxiété (AG, ASG), tant au début de la grossesse qu'à la fin. Ceci confirme une fois de plus l'importance de la comorbidité dépression/ anxiété (Gaugue-Finot, Devouche, Wendland et Varescon, 2010; Heron et al., 2004; Littleton et al., 2007; Rallis et al., 2014a; Teixeira et al., 2009).

On observe, de plus, que le style d'attachement préoccupé continue à prédire l'ASG au T1 et au T3, ainsi que l'anxiété « état » au T3, mais ne prédit plus l'anxiété « trait ». Le résultat le plus concluant est le fait qu'un attachement de style préoccupé et la dépression sont les seules variables qui contribuent à prédire significativement l'ASG au début et à la fin de la

grossesse, d'où l'importance de tenir compte de ces deux variables dans la prévention et le traitement de l'ASG.

5.2.4 Prédiction de l'humeur maternelle post-natale

Les analyses de régression multivariée ont permis de répondre à notre objectif concernant l'étude de la valeur prédictive de chacun des types d'anxiété à chacun des trimestres sur l'humeur maternelle post-natale. Dans l'ensemble, on note que les mesures prises au troisième trimestre ont une plus grande force de prédiction que celles prises plus tôt dans la grossesse, et que l'anxiété « état » est le meilleur prédicteur de l'anxiété « état » en période post-natale, de même pour l'anxiété « trait ».

Le résultat le plus remarquable et inattendu concernant ces analyses est la contribution prédictive du Facteur 4, « peur des changements », mesuré au premier trimestre de grossesse. Aucun autre des facteurs de l'ASG ne contribue à l'explication de la variance de l'humeur maternelle post-natale. Le Facteur 4 de l'ASG est constitué d'items concernant des craintes des changements occasionnés par la grossesse, en particulier autour de l'apparence physique. On retrouve des items tel que « je m'inquiète parce que j'ai pris tellement de poids », « j'ai peur de ne pas retrouver ma taille après l'accouchement ». Nos résultats concernant le Facteur 4 sont novateurs et ont une portée clinique importante, car ils permettent de mieux préciser quelle dimension de l'ASG est un facteur de risque de symptômes anxieux et dépressifs post-natals. Ils invitent à porter ainsi une attention particulière aux futures mères préoccupées intensément par les changements occasionnés par la grossesse et leur apparence dès le premier trimestre.

Quelques études répertoriées par Silveira, Ertel, Dole et Chasan-Taber (2015) ont mis en évidence un lien entre de l'insatisfaction par rapport à l'image corporelle durant la grossesse et des symptômes dépressifs post-natals. Nos résultats sont toutefois différents de ceux de ces études et ce, pour deux raisons. D'une part, ces études se sont intéressées à la satisfaction corporelle au troisième trimestre alors que notre mesure du facteur 4 qui s'avère prédictive est celle du premier trimestre. D'autre part, le Facteur 4 n'est pas une mesure de satisfaction corporelle mais de la peur des changements durant la grossesse. En effet, tous les items ne réfèrent pas à l'apparence corporelle. En ce sens nos résultats apportent des informations nouvelles sur les facteurs de risque de symptômes dépressifs post natals.

5.3 L'ASG, une entité clinique distincte ?

L'analyse qualitative de nos données a mis en évidence que les inquiétudes propres à l'expérience corporelle donnent à l'anxiété prénatale un caractère distinct. Quant au volet quantitatif, en réponse à notre objectif principal, nous avons constaté, dans l'ensemble, que l'AG et l'ASG apportent des informations différentes au plan de la symptomatologie, au-delà des recoupements observés. L'analyse factorielle a aussi confirmé que les 5 facteurs de l'ASG relèvent d'un même facteur, alors que les deux dimensions de l'AG constituent un autre facteur. Par ailleurs, l'AG et l'ASG évoluent différemment durant la grossesse, et les corrélats associés et les facteurs de risque et de protection distinguent en partie les types d'anxiété. Finalement, un des facteurs de l'ASG, le Facteur 4 (« peur des changements »), contribue à améliorer la prédiction de la variance des symptômes maternels post natals, ce qui signifie qu'il ajoute une information nouvelle, différente de celle apportée par l'AG.

5.4 ASG, entité unitaire ou entité multidimensionnelle ?

Ainsi que nous l'avons décrit et discuté, nos travaux suggèrent, de différentes façons, que l'ASG est une entité clinique distincte de l'AG. Les résultats obtenus amènent toutefois à soulever une nouvelle question : l'ASG est-elle une entité unitaire ou constituée de différentes dimensions ? Nos données incitent à envisager plutôt qu'elle est composée de différentes dimensions, parce que ces dernières sont associées à des facteurs de risque et des corrélats différents, et n'ont pas la même puissance prédictive en période post-natale. Standley et al. (1979) avaient pour la première fois évoqué cette possibilité. Dans cette étude, les auteurs voulaient savoir si l'anxiété prénatale est un construit unitaire ou plutôt une mesure composite, constituée de différents types de préoccupations évoquées par les femmes enceintes. Suite à une analyse factorielle, Standley et ses collègues avaient constaté que l'anxiété était composée de trois dimensions (anxiété à propos de la grossesse et de l'accouchement imminent ; des soins éventuels à l'enfant, ;symptomatologie psychiatrique) et que chacune de celles-ci était reliée à différents corrélats maternels et différentes issues de grossesse. Ils concluaient alors que ces trois dimensions étaient bien distinctes.

Il est étonnant de remarquer que, malgré ces premiers constats, la question de l'ASG comme constituée de différentes dimensions n'ait pas été reposée aussi clairement. Le débat retrouvé dans la littérature depuis une douzaine d'années concerne plutôt la reconnaissance de l'ASG comme entité clinique distincte de l'AG. Certes, on retrouve nombre d'études s'intéressant à définir, mesurer les différents facteurs, mais sans toutefois remettre en question

la notion d'ASG comme unitaire, mesurée par un score unique. Arch (2013) a soulevé cette question plus récemment et constate que chacune des dimensions du PRAQ-S est prédite par des combinaisons différentes de variables. Elle suggère ainsi que l'ASG n'est pas un construit unitaire ; les femmes enceintes sont différentes et ne s'inquiètent pas toutes pour les mêmes choses aux différents stades de leur grossesse.

Dans notre étude, nous avons observé que les 5 dimensions étudiées sont, en effet, fort différentes quant à leur évolution dans le temps, quant aux corrélats et facteurs de risque associés, mais aussi au niveau de leur valeur prédictive de l'humeur maternelle post-natale. En effet, si l'on reprend l'analyse de chacun des facteurs séparément, on constate les particularités de chacun et ce qui les différencie entre eux.

Le Facteur 1, « préoccupations au sujet de soi et de la relation conjugale durant la grossesse », est corrélé négativement à toutes les mesures d'ajustement conjugal et de soutien social, ce qui est tout à fait logique. Il permet de plus de discriminer de façon significative les femmes présentant une grossesse à risques élevés, ainsi que celles qui ont vécu une perte fœtale antérieurement. Il est impossible de comparer nos résultats à ceux d'autres études car ce facteur n'a pas été conservé dans la version courte du PRAQ-S, qui a été utilisé dans la plupart des études publiées. On peut considérer que l'anxiété soulevée par une perte antérieure, ou par le niveau élevé de risques de la grossesse actuelle, a un impact sur soi et sur la dynamique conjugale durant la grossesse. Inversement, la qualité de la relation peut avoir un effet protecteur au niveau de l'anxiété. Ainsi que nous l'avons déjà souligné, nous ne pouvons établir de relation de causalité à ce sujet.

Le Facteur 2, « craintes pour l'intégrité du bébé », a été beaucoup étudié, tout comme la peur d'accoucher (Facteur 3). Il s'agit des deux dimensions retrouvées dans la plupart des outils de mesure de l'ASG. Dans notre étude, ces craintes sont corrélées négativement avec deux des scores de l'ajustement conjugal et une des deux dimensions (satisfaction) du support social. Le Facteur 2 permet aussi de distinguer de façon significative les femmes qui ont vécu une perte fœtale et celles dont la grossesse est à risques élevés.

Le Facteur 3, « peur d'accoucher », poursuit une trajectoire un peu différente des autres mesures d'ASG, son niveau remontant au trimestre 3, alors que tous les autres scores continuent de descendre légèrement au T3. Ce résultat, observable cliniquement, s'explique bien par une montée d'anxiété alors que la date prévue de l'accouchement approche. Ce facteur permet de plus de distinguer de façon significative les primipares des multipares. Il est aussi intéressant de constater que la qualité de la relation conjugale n'a pas d'effet sur la peur

d'accoucher, ce qui est tout à fait plausible. Quant au soutien social, seule la dimension « satisfaction » est corrélée négativement avec la peur d'accoucher.

Le Facteur 4, « peur des changements », se distingue très nettement des autres facteurs. D'une part, il est le seul qui ne soit associé à aucune des variables obstétricales, signifiant qu'il s'agit d'une toute autre dimension, n'ayant semble-t-il aucun lien avec les risques au plan de la réalité. D'autre part, il est le seul des facteurs de l'ASG qui contribue à prédire de façon significative une partie de la variance de l'AG (état, trait) et des symptômes dépressifs en période post-natale. Ainsi, ces craintes au sujet de l'apparence corporelle au T1 pourraient être considérées comme plus inquiétantes que la peur d'accoucher (Facteur 3), ou que le bébé ne soit pas en bonne santé (Facteur 2). Ces dernières inquiétudes, si elles ne sont pas envahissantes, traduisent peut-être tout simplement la bienveillance d'une mère en devenir, le prélude à la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956/1989), nécessaire à la relation mère-enfant et au développement harmonieux de ce dernier.

Le Facteur 5 est constitué des inquiétudes concernant la période post-natale au niveau des relations au sein du couple, ainsi qu'entre le père et l'enfant et la mère et l'enfant. Sa trajectoire est différente des autres, il diminue de façon très progressive entre le T1 et le T3. Ceci est rassurant quant au fait que les représentations de la future mère évoluent, que le lien prénatal se construit progressivement, que le couple s'ajuste. En effet, les corrélations entre les scores d'ajustement conjugal et de soutien social et le Facteur 5 sont toutes significatives et négatives. Ceci indique que plus l'ajustement conjugal est élevé au début de la grossesse, moins les femmes s'inquiètent pour les relations conjugales et familiales en période post-natale. Finalement, on constate que les primipares présentent plus d'inquiétudes au sujet de la période post-natale que les multipares, ce qui est tout à fait cohérent avec les enjeux importants d'adaptation lors de l'arrivée d'un premier enfant.

A la lumière de ces observations et des analyses effectuées sur les différents facteurs de l'ASG, il semble qu'on puisse distinguer deux grandes catégories de peurs :

1) Les peurs suscitées par les variables « obstétricales » : les craintes au sujet du bébé (Facteur 2) et la peur d'accoucher (Facteur 3).
2) Les préoccupations relatives aux enjeux identitaires et aux relations : craintes des changements pour soi et pour le couple, et relations avec l'enfant (Facteur 1, Facteur 4, Facteur 5).

Ce constat a des répercussions au plan clinique, dans la mesure où le type de soutien à offrir pourra être fort différent en fonction du type de préoccupations vécues par les femmes. Nous reviendrons sur ces réflexions dans la section 5.7 sur les considérations cliniques.

5.5 ASG ou détresse spécifique à la grossesse

Les résultats discutés nous amènent aussi à réfléchir à la notion d'ASG pour désigner les difficultés émotionnelles vécues pendant la grossesse, lorsque celles-ci sont majeures. L'appellation « détresse spécifique à la grossesse » serait peut-être plus appropriée, tenant compte du fait que les symptômes dépressifs contribuent largement à l'explication des symptômes anxieux, ainsi que nous l'avons vu dans l'analyse de régression multivariée portant sur les prédicteurs des trois types d'anxiété (ASG, état, trait) au début et à la fin de la grossesse. En effet, la variable dépression est la seule qui prédit la variance des trois types d'anxiété au début comme à la fin de la grossesse. La question de la comorbidité anxiété/dépression en période périnatale (Gaugue-Finot et al., 2010; Rallis et al., 2014a; Ross et al., 2003; Teixeira et al., 2009), maintes fois évoquée, reste encore entière. Les analyses qualitatives ont aussi décrit la présence des sentiments dépressifs. Ainsi, Staneva et al. (2015) conçoivent la détresse prénatale comme un processus de deuil, lié aux pertes et changements vécus au niveau des rôles et de l'identité. De même, la perte de contrôle ressentie tant devant les émotions que les phénomènes corporels, ainsi que nous l'avons notée dans notre étude qualitative (Reeves et al., 2016), témoigne de ce vécu de perte qui précède la transformation et l'acceptation devant un nouveau rôle. Dans ces conditions, la notion de détresse nous parait plus englobante, tenant compte à la fois des symptômes anxieux, dépressifs et du stress perçu (Rallis et al., 2014b).

5.6 Limitations

Certaines limites à cette étude doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. En effet, un biais de sélection, difficile à évaluer précisément, a pu intervenir. D'une part, nous ne connaissons pas les caractéristiques des femmes n'ayant pas accepté de participer à l'étude. D'autre part, les femmes qui ont accepté d'y participer ne représentent pas la population en général, elles sont plus instruites que la moyenne des femmes québécoises. On peut croire que ces femmes ayant une scolarité élevée sont plus curieuses et motivées à participer à une étude sur le vécu des femmes enceintes. De même, la moyenne d'âge pour des femmes enceintes est relativement élevée, 35 ans dans l'étude qualitative et 32 ans pour le volet quantitatif. Ce constat peut être en lien avec le fait que les femmes ayant un niveau de scolarité élevé ont souvent des enfants à un âge plus avancé. Aussi, étant donné le site hautement spécialisé de notre recrutement (CHUM), notre échantillon comporte un nombre non négligeable de femmes ayant une grossesse à risques. Ceci nous a permis,

toutefois, de comparer nos données sur deux groupes distincts de femmes enceintes (grossesse à risques élevés et faibles).

Le PRAQ, dans sa version longue, est un questionnaire qui n'a pas été validé ni en anglais ni en français. Ceci invite à une certaine prudence. Toutefois, on observe des données de validité convergente avec le STAI, comparables avec ce que l'on retrouve dans la littérature. Il serait fort utile de le valider en français, tant dans sa version courte que longue. Finalement, il aurait été intéressant d'étudier les mécanismes d'adaptation des femmes enceintes d'un point de vue quantitatif auprès de la cohorte de 155 participantes. Ceci aurait permis d'enrichir les données obtenues par l'étude qualitative.

5.7 Considérations cliniques et perspectives

5.7.1 Normal vs pathologique

Nous avons décrit dans la revue de la littérature les remaniements psychiques inhérents à la crise développementale vécue pendant la grossesse (Bibring, 1959; Bibring et al., 1961; Brazelton et Heidelise, 1981; Winnicott, 1956/1989). Nous avons aussi constaté que les premiers cliniciens fascinés par ces phénomènes, les ont finalement considérés comme des signes d'adaptation devant les bouleversements entrainés par la grossesse et l'arrivée d'un enfant. L'ASG pourrait aussi être un indicateur sain du souci d'une mère bienveillante dont la tâche première est de protéger son fœtus (Harpel, 2008) et aurait ainsi une fonction adaptative.

Tout clinicien est intéressé de savoir dans quelle mesure des signes, des phénomènes, sont ou non d'une nature plus inquiétante, pathologique, et justifient une aide particulière. Compte tenu des résultats observés auprès de notre cohorte de 155 femmes enceintes, on peut faire l'hypothèse que certaines variables témoignent d'une anxiété dont les conséquences sont plus potentiellement préjudiciables. Une anxiété élevée au Facteur 4 (craintes au sujet des changements durant la grossesse) en début de grossesse contribue de façon significative à prédire des sentiments dépressifs et anxieux en période post-natale, alors qu'aucun autre des facteurs de l'ASG ne contribue à cette prédiction. Il serait pertinent cliniquement d'accorder une attention particulière aux femmes envahies par des craintes intenses au sujet de leur corps et des changements au début de la grossesse. Cette question mériterait d'être investiguée dans des recherches ultérieures.

Considérant un continuum du normal au pathologique, selon Guardino et Dunkel Schetter (2014), la durée des symptômes pourrait aussi être considérée comme un indicateur

de gravité, d'où l'importance de mesurer l'anxiété prénatale à plusieurs reprises durant la grossesse, ainsi que nous l'avons fait. En effet, on a observé que dans l'ensemble, l'ASG diminue de façon significative au deuxième trimestre et que l'AG diminue progressivement au fil de la grossesse. Ceci suggère que les femmes dont l'anxiété ne diminue pas, même après une échographie dont les résultats sont rassurants, présentent une anxiété dont on peut s'inquiéter et qui pourrait donner lieu à des comportements de recherche excessive de réassurance décrits par Bayrampour et al. (2016) comme étant un indice de la gravité du syndrome. Nous songeons ici aux demandes fréquentes d'écoute du cœur fœtal ou d'échographies supplémentaires lorsqu'aucun élément de réalité ne justifie de telles inquiétudes. De même, il serait important de connaitre les symptômes de nature somatique, tels les troubles du sommeil, de concentration et de mémoire attribuables à une anxiété importante et non à la grossesse. L'importance de ces symptômes, et surtout le fait qu'ils puissent entraver le fonctionnement quotidien, pourrait aussi être un indice de gravité, nécessitant une aide professionnelle.

5.7.2 Anxiété et parcours médical

Il serait éclairant de mieux connaitre la façon dont les femmes vivent le parcours médical, d'investiguer les facteurs reliés au suivi obstétrical qui atténuent ou, au contraire, exacerbent l'anxiété. La question de l'information et de la façon de la donner a déjà été soulignée, tout comme le rôle que peuvent jouer des examens, telle l'échographie.

Toutes ces questions mériteraient une investigation sérieuse et permettraient un travail réel de collaboration entre les spécialistes du psychisme et ceux du soma.

5.7.3 Type de soutien

Nous avons plus tôt proposé que les peurs des femmes enceintes semblent être de deux types. Les peurs « obstétricales », liées surtout à la santé de l'enfant et à l'accouchement, et les préoccupations de nature identitaire et relationnelle. Un travail conjoint entre médecins, infirmières, psychologues et psychiatres pourrait être recommandé pour les femmes présentant des peurs envahissantes au sujet de leur santé ou de celle de l'enfant. D'autre part, une psychothérapie centrée sur les questions d'attachement, les relations, telle la psychothérapie psycho dynamique ou interpersonnelle serait plus bénéfique pour les autres (Bay-Smadja et Rahoui, 2015).

Ceci serait pertinent dans les cas, bien entendu, où l'intensité de l'anxiété l'exige. Par ailleurs, un soutien contenant, bienveillant, assuré dans la continuité, serait bénéfique à toutes

les femmes enceintes. Nous avions déploré le manque de continuité au niveau des suivis dans une étude précédente auprès de femmes québécoises, la multiplication des intervenants suscitant de l'anxiété (Reeves et al., 2013). De même, Tagawa (2012a) note que dans le cadre de l'entretien prénatal du 4ème mois recommandé en France, il serait important de repérer la façon dont les femmes vivent le suivi obstétrical. Il sera le plus souvent rassurant s'il est vécu dans la continuité et, au contraire, source de désarroi et d'anxiété s'il se passe dans la discontinuité.

La question de la continuité trouve tout son sens si on se réfère aux théories sur l'attachement. En effet, le système d'attachement est activé durant la grossesse, période de crise, de transition et de vulnérabilité (Reeves et Wendland, 2017). Les femmes présentant un style d'attachement insécure sont à risque d'être particulièrement anxieuses dans un contexte peu contenant, notamment si elles ne peuvent se reposer sur un professionnel dans la continuité.

5.8 Conclusion

Cette étude a permis de répondre pleinement aux objectifs que nous nous étions fixés, c'est-à-dire, contribuer à mieux connaitre les particularités et l'évolution de l'ASG et, notamment, mettre en évidence son caractère distinct. Nous avons constaté d'une part, que l'expérience corporelle inhérente à la grossesse contribue largement à donner à l'anxiété prénatale un caractère particulier. D'autre part, les analyses quantitatives ont mis en lumière d'importantes différences entre l'AG et l'ASG.

L'ensemble des résultats a soulevé de nouvelles questions qui mériteraient d'être investiguées. Nos analyses ont suggéré que l'ASG est non unitaire mais composée de différentes constellations de peurs. Les variables inhérentes au suivi médical, susceptibles d'augmenter ou d'atténuer l'anxiété, sont encore insuffisamment connues. De même, l'étude des liens entre le style d'attachement, le soutien conjugal, social et l'ASG est une voie qui semble prometteuse. Le repérage d'une anxiété plus inquiétante est pertinent cliniquement : nos travaux suggèrent d'investiguer les peurs des changements importantes au premier trimestre, tout comme un niveau d'anxiété qui ne décroit pas avec la progression de la grossesse. Des recherches longitudinales qui débuteraient avant la conception permettraient, quant à elles, de connaitre le pourcentage de femmes anxieuses *de novo* durant la grossesse. Cet argument pourrait aussi suggérer cliniquement que la détresse ou l'anxiété présentée est

bien spécifique, c'est-à-dire, en lien et déclenchée par l'expérience physique de la grossesse et les remaniements psychiques déjà décrits.

Par ailleurs, force est de constater, au terme de la revue de la littérature et des résultats de nos travaux que, quelques soixante ans plus tard, les peurs des femmes enceintes restent les mêmes que celles décrites par Pleschette et al. (1956), malgré les progrès de la médecine. C'est donc dire qu'au-delà de la diminution des risques dans la réalité, la perception de ces derniers reste la même, ou que l'illusion de pouvoir contrôler la vie et la mort augmente grâce aux avancées de la technologie. Le fantasme d'une grossesse parfaite, contrôlée, semble bien caractériser les représentations actuelles ainsi que nous l'avons souligné dans l'étude qualitative. Les mères sont anxieuses devant tout ce qui pourrait menacer la santé de l'enfant et le bon déroulement de la grossesse. Elles sont avides d'information dans le souhait bienveillant d'offrir un environnement idéal à l'enfant porté. Elles sont anxieuses à l'idée d'être anxieuses, ainsi que cela a été observé dans plusieurs études et confirmé par la clinique. On assiste donc à un paradoxe fort intéressant, les patientes s'inquiètent, sont anxieuses témoignant par cela que la grossesse est perçue comme un évènement risqué. Toutefois, dans un même mouvement, nous semblons oublier que la médecine est loin de tout contrôler et prévenir.

La grossesse demeure au XXI -ème siècle, et sans doute fort heureusement, une aventure dont on ne connait pas l'issue et dont le parcours peut être semé d'embuches. L'idée que la grossesse est incertaine (Roegiers, 2003), qu'elle puisse être imparfaite, semble intolérable alors que cette acceptation pourrait contribuer à diminuer l'anxiété. C'est ainsi qu'on assiste à d'importantes réactions à l'égard des médecins et des décisions prises par ces derniers. L'impuissance, difficilement acceptable, vécue par les futures mères, donne lieu à des projections de toute puissance sur les soignants dans un déni du caractère parfois, voire souvent, incontrôlable de la réalité. Un travail de collaboration étroite au sein des équipes, favorisant la sécurité des soignants, ainsi que le prône Molénat (2013), permettrait certainement de désamorcer certaines situations difficiles et d'assurer aux membres des équipes du soutien, afin de mieux contenir l'anxiété des femmes enceintes ainsi que la leur.

6. Références

Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N. M. et Golse, B. (2005). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health, 8*(2), 89-95. doi: 10.1007/s00737-005-0077-9

Alderdice, F., Lynn, F. et Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33*(2), 62-77. doi: http://dx.doi.org/10.3109/0167482X.2012.673040

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5*. (Fifth edition.e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Compr Psychiatry, 54*(3), 217-228. doi: 10.1016/j.comppsych.2012.07.010

Backstrom, M. et Holmes, B. M. (2001). Measuring adult attachment: a construct validation of two self-report instruments. *Scand J Psychol, 42*(1), 79-86.

Baillargeon, J., Dubois, G. et Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Revue canadienne des sciences du comportement, 18*, 25-34.

Bartholomew, K. et Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol, 61*(2), 226-244.

Bay-Smadja, M. et Rahoui, H. (2015). La thérapie interpersonnelle basée sur la théorie de l'attachement. De Klerman à bowlby. *Annales médico-psychologiques, 173*(6), 547-552.

Bayle, B. (2005). *L'enfant à naitre Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Ramonville Saint-Agne: Érès.

Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G. et Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *Int J Nurs Stud, 55*, 115-130. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A. et Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth, 12*, 100. doi: 10.1186/1471-2393-12-100

Bayrampour, H., McDonald, S. et Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery, 31*(6), 582-589. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.009

Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H. et Borgeat, F. (1997). Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *J Psychosom Res, 42*(4), 391-402.

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. et Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord, 191*, 62-77. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.014

Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanal St Child, 14*, 113-121.

Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. et Valenstein, A. F. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *Psychoanal Study of the Child, 16*, 9-72.

Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L. L., Hayes, S., Muzik, M., . . . Group, T.-P. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br J Psychiatry Suppl, 46*, s31-37.

Blackmore, E. R., Cote-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J. et O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry, 198*(5), 373-378. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083105

Blackmore, E. R., Gustafsson, H., Gilchrist, M., Wyman, C. et G. O' Connor, T. (2016). Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *J Affect Disord, 197*, 251-258. doi: 10.1016/j.jad.2016.03.008

Blair, M. M., Glynn, L. M., Sandman, C. A. et Davis, E. P. (2011). Prenatal maternal anxiety and early childhood temperament. *Stress, 14*(6), 644-651. doi: 10.3109/10253890.2011.594121

Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives, 26*(2), 1-18.

Bocquet, C. et Deruelle, P. (2014). Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologiques de la femme enceinte? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 43*(8), 587-592. doi: 10.1016/j.jgyn.2014.06.003

Bowlby, J. (1973/1978). *Attachement et perte. Vol. 2 : La séparation, angoisse et colère*. (Traduit par B. d. Panafieu). Paris: PUF.

Brazelton, T. B. et Heidelise, A. (1981). Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'enfant, XXIV*(2), 397-418.

Brunton, R. J., Dryer, R., Saliba, A. et Kohlhoff, J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord, 176*, 24-34. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.039

Buist, A., Gotman, N. et Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *J Affect Disord, 131*(1-3), 277-283. doi: 10.1016/j.jad.2011.01.003

Burstein, I., Kinch, R. A. et Stern, L. (1974). Anxiety, pregnancy, labor and the neonate. *Am J Obstet Gynecol, 118*(2), 195-199.

Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R. et Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(3), 289-308.

Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir, 13*(2), 41-52.

Capponi, I., Bacro, F. et Boudoukha, A. H. (2013). Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. *Bulletin de psychologie, 66*(2), 209-224. doi: 10.3917/bupsy.525.0209

Capponi, I. et Horbacz, C. (2007). Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? *Dialogue, 175*(1), 115-127. doi: 10.3917/dia.175.0115

Caron, J. et Guay, S. (2005). [Social support and mental health: concept, measures, recent studies as well as implications for clinicians]. *Sante Ment Que, 30*(2), 15-41.

Chertok, L. (1966). *Féminité et maternité*. Paris: Desclée de Brouwer.

Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: implications for explanation, emotion and behavior. *J Pers Soc Psychol, 71*(4), 810-832.

Collins, N. L. et Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol, 58*(4), 644-663.

Conde, A., Figueiredo, B. et Bifulco, A. (2011). Attachment style and psychological adjustment in couples. *Attach Hum Dev, 13*(3), 271-291. doi: 10.1080/14616734.2011.562417

Cote-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 32*(5), 623-629.

Cote-Arsenault, D., Donato, K. L. et Earl, S. S. (2006). Watching & worrying: early pregnancy after loss experiences. *MCN Am J Matern Child Nurs, 31*(6), 356-363.

Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry, 150*, 782-786.

Da Costa, D., Brender, W. et Larouche, J. (1998). A prospective study of the impact of psychosocial and lifestyle variables on pregnancy complications. *J Psychosom Obstet Gynaecol, 19*(1), 28-37.

DaCosta, D., Larouche, J., Dritsa, M. et Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy. *J Psychosom Res, 47*(6), 609-621.

Daniells, S., Grenyer, B. F., Davis, W. S., Coleman, K. J., Burgess, J. A. et Moses, R. G. (2003). Gestational diabetes mellitus: is a diagnosis associated with an increase in maternal anxiety and stress in the short and intermediate term? *Diabetes Care, 26*(2), 385-389.

Dayan, J., Andro, G. et Dugnat, M. (2014). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Paris: Masson.

Dayan, J., Creveuil, C., Marks, M. N., Conroy, S., Herlicoviez, M., Dreyfus, M. et Tordjman, S. (2006). Prenatal depression, prenatal anxiety, and spontaneous preterm birth: a prospective cohort study among women with early and regular care. *Psychosom Med, 68*(6), 938-946. doi: 10.1097/01.psy.0000244025.20549.bd

de Man, A., Balkou, S. et Iglesias, R. (1986). Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social. *Santé Mentale au Québec, 11*(2), 199-202.

de Montigny, F. et St-Arneault, K. (2012). Devenir et être mère. Dans F. de Montigny, A. Devault & C. Gervais (dir.), *La naissance de la famille Accompagner les parents et les enfants en période périnatale* (p. 146-163). Montréal, Qc: Chenelière Éducation.

De Tychey, C., Spitz, B., Briancon, S., Costantini, M. L., Messembourg, C. et De Luigi, V. (2004). Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping *Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 52*, 261-265.

de Tychey, C., Spitz, E., Briancon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., . . . Vincent, S. (2005). Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *J Affect Disord, 85*(3), 323-326. doi: 10.1016/j.jad.2004.11.004

Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol, 62*, 531-558. doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130727

Dunkel Schetter, C., Niles, A. N., Guardino, C. M., Khaled, M. et Kramer, M. S. (2016). Demographic, Medical, and Psychosocial Predictors of Pregnancy Anxiety. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 30*(5), 421-429. doi: 10.1111/ppe.12300

Dunkel Schetter, C. et Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry, 25*(2), 141-148. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503680

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. et Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ, 323*(7307), 257-260.

Evans, K., Spiby, H. et Morrell, C. J. (2015). A psychometric systematic review of self-report instruments to identify anxiety in pregnancy. *J Adv Nurs, 71*(9), 1986-2001. doi: 10.1111/jan.12649

Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M. et Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry, 15*, 206. doi: 10.1186/s12888-015-0526-6

Faisal-Cury, A. et Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Arch Womens Ment Health, 10*(1), 25-32. doi: 10.1007/s00737-006-0164-6

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., . . . Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev, 33*(1), 23-29. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.004

Fortier, C., Wright, J. et Sabourin, S. (1992). Soutien social et abandon de la consultation médicale en clinique de fertilité. *International Journal of Psychology, 27*(1), 33-48.

Gallois, T., Wendland, J. et Tordjman, S. (2012). Effets du stress prénatal sur le foetus et les données périnatales: une revue critique de la littérature. *L'évolution psychiatrique, 77*, 291-301.

Gaugue-Finot, J., Devouche, E., Wendland, J. et Varescon, I. (2010). Repérage de la dépression prénatale dans un échantillon de femmes françaises : liens avec la détresse psychologique, l'anxiété et le soutien social perçcu. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 58*, 441-447.

Glazier, R. H., Elgar, F. J., Goel, V. et Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol, 25*(3-4), 247-255.

Goodman, J. H., Chenausky, K. L. et Freeman, M. P. (2014). Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry, 75*(10), e1153-1184. doi: 10.4088/JCP.14r09035

Grant, K. A., McMahon, C. et Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord, 108*(1-2), 101-111. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.002

Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E. et Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *J Health Psychol, 8*(6), 753-764. doi: 10.1177/13591053030086008

Griffin, D. W. et Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol, 67*(3), 430.

Guardino, C. M. et Dunkel Schetter, C. (2014). Understanding pregnancy anxiety: concepts, correlates, and consequences. *Zero to Three, 34*(4), 12-21.

Guedeney, N. et Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and

psychometric properties. *Eur Psychiatry, 13*(2), 83-89. doi: 10.1016/S0924-9338(98)80023-0

Guédeney, N., Fermanian, J. et Bifulco, A. (2010). La version française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, Questionnaire des échelles de relation): étude de validation du construit. *L'Encéphale, 36*(1), 69-76.

Gunning, M. D., Denison, F. C., Stockley, C. J., Ho, S. P., Sandhu, H. K. et Reynolds, R. M. (2010). Assessing maternal anxiety in pregnancy with the State-trait Anxiety Inventory (STAI): issues of validity, location and participation. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 28*(3), 266-273.

Gurung, R. A., Dunkel-Schetter, C., Collins, N., Rini, C. et Hobel, C. J. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(4), 497-519.

Harpel, T. S. (2008). Fear of the unknown: ultrasound and anxiety about fetal health. *Health (London), 12*(3), 295-312. doi: 10.1177/1363459308090050

Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T. et Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depress Anxiety, 11*(2), 66-72.

Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V. et Team, A. S. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord, 80*(1), 65-73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004

Holmes, T. H. et Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res, 11*(2), 213-218.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A. et Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet, 384*(9956), 1775-1788. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9

Huizink, A. C., Delforterie, M. J., Scheinin, N. M., Tolvanen, M., Karlsson, L. et Karlsson, H. (2015). Adaption of pregnancy anxiety questionnaire–revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Archives of Women's Mental Health, 19*(1), 125-132. doi: 10.1007/s00737-015-0531-2

Huizink, A. C., Menting, B., Oosterman, M., Verhage, M. L., Kunseler, F. C. et Schuengel, C. (2014). The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 35*(3), 92-100.

Huizink, A. C., Mulder, E. J., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. et Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum Dev, 79*(2), 81-91. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014

Ikeda, M., Hayashi, M. et Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attach Hum Dev, 16*(6), 557-572. doi: 10.1080/14616734.2014.941884

Kane, H. S., Dunkel Schetter, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J. et Sandman, C. A. (2014). Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories. *Biol Psychol, 100*, 13-19. doi: 10.1016/j.biopsycho.2014.04.003

Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Moore Simas, T. A., . . . Lemieux, L. A. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstet Gynecol, 129*(3), 422-430. doi: 10.1097/AOG.0000000000001902

Kornelsen, J., Stoll, K. et Grzybowski, S. (2011). Development and psychometric testing of the Rural Pregnancy Experience Scale (RPES). *J Nurs Meas, 19*(2), 115-128.

Kramer, M. S., Lydon, J., Seguin, L., Goulet, L., Kahn, S. R., McNamara, H., . . . Platt, R. W. (2009). Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones. *Am J Epidemiol, 169*(11), 1319-1326. doi: 10.1093/aje/kwp061

Landry, M. (1976). *L'adaptation française d'un questionnaire d'anxiété : Fidélité, validité et normalisation avec une population étudiante deniveau collégial.* (Université de Montréal, Thèse de doctorat inédite).

Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. new york: Springer.

Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S., Chui, H. W. et Fong, D. Y. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol, 110*(5), 1102-1112. doi: 10.1097/01.aog.0000287065.59491.70

Levin, J. S. (1991). The factor structure of the Pregnancy Anxiety Scale. *Journal of Health and Social Behavior, 32*(4), 368-381. doi: http://dx.doi.org/10.2307/2137104

Ling-ling, G., Xiao, J. L., Bai, L. F. et Wen, X. (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectionnal questionnaire survey. *Midwefery*.

Littleton, H. L., Breitkopf, C. R. et Berenson, A. B. (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol, 196*(5), 424-432. doi: 10.1016/j.ajog.2007.03.042

Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J. et Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol, 27*(5), 604-615. doi: 10.1037/a0013242

Lussier, V., David, H., Saucier, J. F. et Borgeat, F. (1994). Enjeux maternels et dépression post-natale : rupture ou continuité. *Devenir, 6*(4), 7-26.

Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S. et Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 3*, 1-7. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijans.2015.06.002

Matthey, S. et Ross-Hamid, C. (2011). The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord, 133*(3), 546-552. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.004

Matthey, S., Valenti, B., Souter, K. et Ross-Hamid, C. (2013). Comparison of four self-report measures and a generic mood question to screen for anxiety during pregnancy in English-speaking women. *Journal of Affective Disorders, 148*(2-3), 347-351. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.022

Mazzeschi, C., Pazzagli, C., Radi, G., Raspa, V. et Buratta, L. (2015). Antecedents of maternal parenting stress: the role of attachment style, prenatal attachment, and dyadic adjustment in first-time mothers. *Frontiers in Psychology, 6*, 1443. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01443

McMahon, C. A., Boivin, J., Gibson, F. L., Hammarberg, K., Wynter, K., Saunders, D. et Fisher, J. (2013). Pregnancy-specific anxiety, ART conception and infant temperament at 4 months post-partum. *Hum Reprod, 28*(4), 997-1005. doi: 10.1093/humrep/det029

Meades, R. et Ayers, S. (2011). Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. *J Affect Disord, 133*(1-2), 1-15. doi: 10.1016/j.jad.2010.10.009

Melender, H. L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health, 47*(4), 256-263.

Mikulincer, M. et Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. (*Attachment theory and close relationship* (p. 143-165). New-York: J.A. Simpson & W.S. Rholes (eds).

Mikulincer, M. et Florian, V. (1999). Maternal-Fetal Bonding, Coping Strategies, and Mental Health During Pregnancy–The Contribution of Attachment Style. *Journal of Social and Clinical Psychology, 18*(3), 255-276. doi: 10.1521/jscp.1999.18.3.255

Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord, 108*(1-2), 147-157. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf

Molénat, F. (2001). *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Ramonville Saint-Agne: Érès.

Molénat, F. (2013). *Accompagnement et alliance en cours de grossesse*. Editions Fabert.

Monk, C., Leight, K. L. et Fang, Y. (2008). The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health, 11*(2), 117-129. doi: 10.1007/s00737-008-0005-x

Nast, I., Bolten, M., Meinlschmidt, G. et Hellhammer, D. H. (2013). How to measure prenatal stress? A systematic review of psychometric instruments to assess psychosocial stress during pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol, 27*(4), 313-322. doi: 10.1111/ppe.12051

Newham, J. J., Westwood, M., Aplin, J. D. et Wittkowski, A. (2012). State-trait anxiety inventory (STAI) scores during pregnancy following intervention with complementary therapies. *J Affect Disord, 142*(1-3), 22-30. doi: 10.1016/j.jad.2012.04.027

Oates, M. R. (2002). Adverse effects of maternal antenatal anxiety on children: causal effect or developmental continuum? *Br J Psychiatry, 180*, 478-479.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.

Pazzagli, C., Laghezza, L., Capurso, M., Sommella, C., Lelli, F. et Mazzeschi, C. (2015). Antecedents and consequences of fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Infant Ment Health J, 36*(1), 62-74. doi: 10.1002/imhj.21483

Pitt, B. (1968). "Atypical" depression following childbirth. *Br J Psychiatry, 114*(516), 1325-1335.

Pleschette, N., Asch, S., S et Chase, J. (1956). A study of anxieties during pregnancy, labor, the early and late puerperium. *Bull N Y Acad Med, 32*(6), 436-455.

Pop, V. J., Pommer, A. M., Pop-Purceleanu, M., Wijnen, H. A., Bergink, V. et Pouwer, F. (2011). Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy Childbirth, 11*, 80. doi: 10.1186/1471-2393-11-80

Racamier, P. C., Sens, C. et Carretier, L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution psychiatrique, 26*, 525-570.

Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M. et Milgrom, J. (2014a). A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women Birth, 27*(4), e36-42. doi: 10.1016/j.wombi.2014.08.002

Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M. et Milgrom, J. (2014b). The transition to motherhood: towards a broader understanding of perinatal distress. *Women Birth, 27*(1), 68-71. doi: 10.1016/j.wombi.2013.12.004

Raphael-Leff, J. (2009). *Psychological Processes of Chilbearing*. (Update section 2005, fourthe éd.). Great Britain: The Anna Freud Centre.

Reck, C., Zimmer, K., Dubber, S., Zipser, B., Schlehe, B. et Gawlik, S. (2013). The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome. *Arch Womens Ment Health, 16*(5), 363-369. doi: 10.1007/s00737-013-0344-0

Reeves, N., Boch, B., Pelletier, V., Theriault, J. et Krymko-Bleton, I. (2013). *Pregnant Women's Anxiety, in their Choice of Professional Who will Follow Their Pregnancy.* Communication présentée à Marcé International Society International Biennial General Scientific Meeting, Paris, France. doi: 10.1007/s00737-013-0355-x Repéré à http://dx.doi.org/10.1007/s00737-013-0355-x

Reeves, N., Decaluwe, B. et Wendland, J. (2017). Maternal attachment as a risk factor for pregnancy-related anxiety. *Manuscrit soumis à Arch Womens Ment Health*.

Reeves, N., Pelletier, V., Schauder, C., Thériault, J. et Wendland, J. (2016). Anxiété et mécanismes d'adaptation spécifiques à la grossesse; une étude longitudinale et qualitative. *Devenir, 28*(1), 42-64.

Reeves, N. et Wendland, J. (2017). Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 65*(4), 211-218. doi: 10.1016/j.neurenf.2017.03.001

Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D. et Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychol, 18*(4), 333-345.

Rini, C. K., Dunkel Schetter, C., Hobel, C. J., Glynn, L. M. et Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships, 13*, 207-229.

Robert, E., David, H., Reeves, N., Goron, S. et Delfosse, S. (2008). Adaptation à la maternité: évolution discontinue de l'anxiété en pré-et en post-partum et valeur prédictive des différents types d'anxiété. *Devenir, 20*(2), 151-171.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. et Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry, 26*(4), 289-295. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006

Roegiers, L. (2003). *La grossesse incertaine.* Paris: Presses universitaires de France.

Roesch, S. C., Schetter, C. D., Woo, G. et Hobel, C. J. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety, Stress, & Coping, 17*(1), 87-102. doi: 10.1080/1061580031000123667

Ross, L. E., Gilbert Evans, S. E., Sellers, E. M. et Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Arch Womens Ment Health, 6*(1), 51-57. doi: 10.1007/s00737-002-0155-1

Rossignol, A. S. (2011). Comment le stress psychique est il évalué dans les études? Dans L. Roegiers & F. Molénat (dir.), *Stress et grossesse Quelle prévention pour quel risque?* (p. 105-113). Toulouse, France: Érès.

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmaki, E. et Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *Bjog, 116*(1), 67-73. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x

Rubertsson, C., Hellstrom, J., Cross, M. et Sydsjo, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Arch Womens Ment Health, 17*(3), 221-228. doi: 10.1007/s00737-013-0409-0

Russell Crane, D., Middleton, D. S. et Bean, R., A. (2000). Establishing Criterion Scores for the Kansas Marital satisafaction Scale and the revised Dyadic Adjustment Scale. *The American journal of FamilyTherapy, 28*, 53-60.

Sabourin, S., Valois, P. et Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychol Assess, 17*(1), 15-27. doi: 10.1037/1040-3590.17.1.15

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E. et Halmesmaki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *Bjog, 108*(5), 492-498.

Saranson, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. et Saranson, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *J Pers Soc Psychol, 44*, 127-139.

Selye, H. (1976). *The stress of life*. New York: McGrawHill.

Silveira, M. L., Ertel, K. A., Dole, N. et Chasan-Taber, L. (2015). The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health, 18*(3), 409-421. doi: 10.1007/s00737-015-0525-0

Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 18*, 266-272.

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., . . . Page, A. C. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health, 17*(5), 443-454. doi: 10.1007/s00737-014-0425-8

Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*, 15-28.

Spielberger, C. D. (1985). Assesment of state and trait anxiety: conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist, 2*(4), 6-16.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. et Lushene, R. E. (1970). *Manuel for the State-Trait Anxiety Inventory (self evaluation questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Spinelli, M. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry, 154*(7), 1028-1030. doi: 10.1176/ajp.154.7.1028

Standley, K., Soule, B. et Copans, S. A. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol, 135*(1), 22-26.

Staneva, A. A., Bogossian, F. et Wittkowski, A. (2015). The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery, 31*(6), 563-573. doi: 10.1016/j.midw.2015.03.015

Statham, H. E., Green, J. M. et Kafetsios, K. (1997). Who worries that something might be wrong with the baby? A prospective study of 1072 pregnant women. . *Birth, 24*(4), 223-233.

Sutter-Dallay, A. L., Cosnefroy, O., Glatigny-Dallay, E., Verdoux, H. et Rascle, N. (2012). Evolution of perinatal depressive symptoms from pregnancy to two years postpartum in a low-risk sample: the MATQUID cohort. *J Affect Disord, 139*(1), 23-29. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.018

Sutter-Dallay, A. L., Giaconne-Marcesche, V., Glatigny-Dallay, E. et 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. *Eur Psychiatry, 19*(8), 459-463. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.09.025

Tagawa, O. (2012a). L'accompagnement coutumier. Dans S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme & O. Tagawa (dir.), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité* (p. 251-284). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.

Tagawa, O. (2012b). L'accompagnement périnatal : point de vue de la sage-femme. Dans S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme & O. Tagawa (dir.), *Manuel de*

psychologie clinique de la périnatalité (p. 33-43). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.

Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A. et Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord, 119*(1-3), 142-148. doi: 10.1016/j.jad.2009.03.005

Theut, S. K., Pedersen, F. A., Zaslow, M. J. et Rabinovich, B. A. (1988). Pregnancy subsequent to perinatal loss: parental anxiety and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 27*(3), 289-292. doi: 10.1097/00004583-198805000-00004

Trillingsgaard, T., Elklit, A., Shevlin, M. et Maimburg, R. D. (2011). Adult attachment at the transition to motherhood: Predicting worry, health care utility and relationship functioning. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 29*(4), 354-363.

van Bussel, J. C., Spitz, B. et Demyttenaere, K. (2009a). Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *Journal of Affective Disorders, 114*(1-3), 232-242. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.07.018

van Bussel, J. C., Spitz, B. et Demyttenaere, K. (2009b). Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Arch Womens Ment Health, 12*(3), 155-166. doi: 10.1007/s00737-009-0061-x

Van den Bergh, B., Mulder, E., Visser, G., Poelmann-Weesjes, G., Bekedam, D. et Prechtl, H. (1989). The effect of (induced) maternal emotions on fetal behaviour: A controlled study. *Early Hum Dev, 19*(1), 9-19. doi: http://dx.doi.org/10.1016/0378-3782%2889%2990100-X

Van den Bergh, B. R. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 5*(2), 119-130.

Van den Bergh, B. R. et Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child Dev, 75*(4), 1085-1097. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x

Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C. et Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol, 169*(4), 858-865.

Wendland, J. (2007). Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire. Du désir d'enfant à la relation mère-foetus. *Enfances & Psy, 34*, 10-25.

Wendland, J., Tereno, S., Brunswick, A. et Benachi, A. (2012, 17-21 avril). *Emotional states, maternal representations and prenatal attachment in women experiencing pregnancy-induced diseases and complications.* Communication présentée au 13th World Congress of the World Association for Infant Mental Health, Cape Town, Afrique du sud.

Wenzel, A. (2011). *Anxiety in Childbearing Women. Diagnosis and Treatment*. Washington DC: American Psychological Assocation.

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. et Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord, 19*(3), 295-311. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.04.001

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. et Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Arch Womens Ment Health, 6*(1), 43-49. doi: 10.1007/s00737-002-0154-2

Winnicott, D. W. (1956/1989). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (Traduit par J. Kalmanovitch). Paris: Payot.

World Psychiatric Association. (2017). WPA Perinatal mental health position statement. Repéré le 20 juin 2017 à http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20Perinatal%20mental%20health%20position%20statement%20F.pdf

Zelkowitz, P. et Papageorgiou, A. (2005). Maternal anxiety: an emerging prognostic factor in neonatology. *Acta Paediatr, 94*(12), 1704-1705. doi: 10.1080/08035250500355030

Annexes

1- Lettre d'approbation et formulaire de consentement pour l'étude qualitative (CÉR du CRCHUM ; 6/5/10)
2- Lettre d'approbation du CÉR du CRCHUM (15/04/14)
3- Formulaire de consentement (15/04/14)
4- Formulaire socio démographique et informations obstétricales
5- Inventaire d'anxiété trait et situationnelle (STAI)
6- Echelle de dépression post natale d'Edimbourg (EPDS)
7- Questionnaire des échelles de relation (RSQ)
8- Questionnaire d'ajustement conjugal révisé (R-DAS)
9- Questionnaire de soutien social (SSQ6)
10- Contrat avec Pr Bea R. H Van den Bergh (PRAQ)
11- Mémo de recrutement adressé au personnel du département d'obstétrique du CHUM
12- Affiche de recrutement
13- Lettre adressée aux patientes
14- Bourse professionnelle AQSMN
15- Confirmation de la soumission d'un article à Archives of Women's Mental Health
16- Communications orales et affichées en lien avec la thèse
17- Affiche sur les facteurs de risque de l'AS et l'ASG (WAIMH, Prague 2016)

Annexe 1 : Lettre d'approbation et formulaire de consentement pour l'étude qualitative (CÉR du CRCHUM ; 6/5/10)

CHUM

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent, Mezz 2
Montréal (Québec) H2W 1Y5

Le 06 mai 2010

Mme Nicole Reeves, M.A.
Psychologue
Hôpital Saint-Luc du CHUM
Pavillon Roland-Bock – 1522
nicole.reeves.chum@ssss.gouv.qc.ca

Objet : ***09.288 – Approbation accélérée finale CÉR***

Prévention en périnatalité. Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale au regard de la démarche préventive "d'éducation à la parentalité"

Madame Reeves,

J'accuse réception le 19 avril 2010 du formulaire d'information et de consentement modifié (français version datée du 19 avril 2010), concernant l'étude mentionnée ci-dessus.

Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie du formulaire portant l'estampille d'approbation du comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. Elle est ***valide pour un an à compter du 29 mars 2010****, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.*

Cette approbation suppose que vous vous engagiez :

1. *à respecter la présente décision;*
2. *à respecter les moyens de suivi continu (cf Statuts et Règlements);*
3. *à conserver les dossiers de recherche pour une période d'au moins deux ans suivant la fin du projet afin permettre leur éventuelle vérification par une instance déléguée par le comité;*
4. *à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans l'établissement.*

CHUM

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.

Brigitte St-Pierre
Conseillère en éthique
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche du CHUM

BSTP/go
P. j.

C.c. Bureau des contrats

Voici les coordonnées de la personne ressources pour ce projet :
Mme Ghislaine Otis
Téléphone : 514 890-8000, poste 14485
Télécopieur : 514 412-7394
Courriel : ghislaine.otis.chum@ssss.gouv.qc.ca

CHUM



Formulaire d'information et de consentement destiné aux participantes de l'étude : Prévention en périnatalité

Titre de l'étude :

Prévention en périnatalité : Étude comparative interculturelle de l'attente des femmes et des hommes d'aujourd'hui en période périnatale, au regard de la démarche préventive « d'éducation à la parentalité ».

Chercheur :

Nicole reeves, M.A. psychologue et chargée de formation clinique, Service de psychologie, Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Co-chercheur :

Irène Krymko-Breton, Université du Québec à Montréal

Préambule :

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes enceinte et au début de votre grossesse. Avant de signer le formulaire de consentement, il est important de vous assurer que vous avez reçu des réponses à toutes vos questions et que vous comprenez très bien toutes les démarches de l'étude.

Objectifs de la recherche :

En tout, 10 femmes recrutées au CHUM seront invitées à participer. Cette étude vise à mieux connaître les attentes des hommes et des femmes d'aujourd'hui dans différents pays (France, Russie, Italie, Brésil, Argentine, Québec) autour de la naissance de leur(s) enfants(s) et de contribuer ce faisant à mieux y répondre.

Étapes de l'étude :

Pour atteindre cet objectif, nous solliciterons votre participation à 5 reprises aux temps suivants :

- premier trimestre de grossesse
- deuxième trimestre de grossesse
- troisième trimestre

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

- un mois post-partum
- 20 mois post-partum

La psychologue vous rencontrera à chaque fois pour un entretien d'environ une heure portant sur vos attentes autour de la naissance de votre enfant. Les entretiens se feront à l'endroit qui vous conviendra le mieux, à votre domicile ou au bureau de la psychologue à l'hôpital St-Luc. Pour fins d'analyse, les entrevues seront enregistrées sur bande audio.

Avantages associés à l'étude :

Votre participation à cette étude permettra de contribuer au développement d'une meilleure compréhension des attentes des parents québécois par rapport à la maternité et par rapport à l'enfant à venir. Ultimement ce travail devrait permettre dans les différents pays concernés de contribuer à proposer des politiques visant à une prévention précoce plus efficace.

Risques possibles associés à l'étude et procédures en cas d'urgence

Pour certaines femmes interrogées, les entrevues peuvent être potentiellement difficiles voire bouleversantes, l'interviewer tentera de minimiser l'occurrence d'une telle situation. De plus, vous êtes évidemment libres de mettre fin à l'entrevue et ce, à n'importe quel moment. En cas de nécessité, nous vous aiderons en vous référant à un professionnel ici même au CHUM.

Participation volontaire et liberté de se retirer :

Votre participation est volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous retirer de la recherche à tout moment, sans préjudice d'aucune sorte et sans que cela nuise aux relations avec votre médecin et sans que la qualité des soins qui vous seront prodigués n'en soit affectée. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question.

Confidentialité :

Afin d'assurer votre confidentialité, un numéro remplaçant votre nom vous sera assigné. Les informations demeureront confidentielles dans la mesure où les lois en vigueur le permettront. De manière exceptionnelle, la confidentialité peut effectivement ne pas être respectée dans les cas prévus par la loi (dans le cas d'actes criminels par exemple). Dans ces situations, les responsables de la recherche en discuteront avec vous. La chercheure principale, Nicole Reeves, sera la seule personne qui aura accès à votre nom et à votre numéro. Tout le matériel relatif à vos entretiens sera maintenu sous clef et dans la plus stricte confidentialité. De plus, les publications scientifiques futures n'utiliseront pas les informations pouvant révéler votre identité. Toutes les informations qui seront transmises

seront dûment déguisées afin de préserver la confidentialité. Par ailleurs toutes les retranscriptions d'entrevues et tous les enregistrements seront détruits 5 ans après la fin de l'étude.

Arrêt du projet par le chercheur :

Certains motifs pourraient amener l'arrêt de l'étude par la chercheure par exemple, si de nouvelles données rendaient le projet non éthique ou si la participante ne répondait plus aux critères de sélection.

Identification des personnes avec qui communiquer :

Toute nouvelle information qui pourrait influencer votre décision de participer à l'étude vous sera communiquée par la responsable, Mme Nicole Reeves. Vous devrez alors signer un formulaire de consentement révisé dans lequel on retrouvera les nouvelles informations.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Nicole Reeves, psychologue et chercheure au : 514-890-8000 (poste 36277).

Pour tout renseignement concernant vos droits en tant que participante à l'étude, vous pouvez vous adresser à la commissaire adjointe à la qualité des services de l'hôpital St-Luc du CHUM au 514-890-8000 poste 36366.

Droits légaux

En signant le présent formulaire, vous ne renoncez à aucun de vos droits légaux ni ne libérez la chercheure ou l'établissement où prend place cette étude de leur responsabilité civile ou professionnelle.

Formulaire de consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise. Également, une copie sera déposée dans mon dossier médical. En conséquence, je comprends que cette information sera disponible à toute personne ou compagnie à laquelle je donnerai accès à mon dossier médical.

_____

Nom et signature du sujet de recherche Date

Engagement du chercheur

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au sujet de recherche.

_____

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche Date

Annexe 2 : Lettre d'approbation du CÉR du CRCHUM (15/04/14)

CHUM
Comité d'éthique de la recherche du CHUM
Tour Viger, 900 rue St-Denis, 3e étage
Montréal (Québec) H2X 0A9

Le 15 avril 2014

Madame Nicole Reeves
Psychologue
Axe de recherche : système de soins et services

Objet :	**13.357– Approbation FINALE CÉR restreint**
	Anxiété spécifique à la grossesse en lien avec le type d'attachement et le soutien chez des patientes présentant une grossesse normale et des patientes suivies pour une grossesse à risques élevés.

Madame Reeves,

Nous accusons réception, en date du 14 avril 2014, des précisions et corrections demandées ainsi que des documents suivants en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique :

- formulaire d'information et de consentement français modifié – version 1, datée du 07 avril 2014
- Questionnaire socio-démographique, daté du 10 avril 2014
- Questionnaire - State-Trait Anxiety Inventory - modifié - daté du 10 avril 2014
- formulaire 20 complété

Le tout étant jugé satisfaisant, il nous fait plaisir de vous informer que la présente constitue l'approbation finale de votre projet, **valide pour un an à compter du 15 avril 2014**. Vous devrez compléter le formulaire de renouvellement que nous vous ferons parvenir annuellement. De même, vous devrez soumettre pour approbation préalable, toute demande de modification ou document de suivi requis par le comité d'éthique conformément à ses Statuts et Règlements et ce via Nagano.

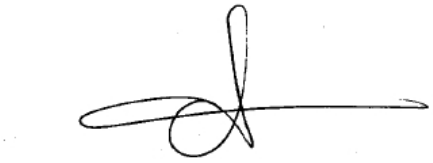
Vous retrouverez dans Nagano une copie du formulaire de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seule cette version finale devra être utilisée pour signature par les participants.

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils (ÉPTC 2) et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Pour toute question relative à cette correspondance, veuillez communiquer avec la personne soussignée via NAGANO, ou avec sa collaboratrice, par téléphone ou courriel : **ghislaine.otis.chum@ssss.gouv.qc.ca** – **514 890-8000 poste 14485.**

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, nous vous prions

d’accepter, chère Madame, nos salutations distinguées.



Camille Assemat
Vice-présidente
Comité d'éthique de la recherche du CHUM

Annexe 3 : Formulaire de consentement (15/04/14)

APPROUVÉ – CÉR DU CHUM

DATE : 15 avril 2014
INITIALES : CA

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET : ANXIETE SPECIFIQUE A LA GROSSESSE EN LIEN AVEC LE TYPE D'ATTACHEMENT ET LE SOUTIEN CHEZ DES PATIENTES PRESENTANT UNE GROSSESSE NORMALE ET DES PATIENTES SUIVIES POUR UNE GROSSESSES A RISQUES ELEVEES

Chercheuse responsable :

Nicole REEVES, M.A., Candidate au doctorat en psychologie, Université Paris Descartes, Paris. Chercheure, professionnelle de la santé CRCHUM. Psychologue du service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital St Luc, 1058 rue St Denis, H2X 3J4 Montréal

No. projet CHUM : 13.357

Préambule

Nous vous invitons à participer à ce projet de recherche parce que vous êtes enceinte. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet

Le présent projet a pour objectif général de mieux comprendre les émotions tant positives que négatives liées à une première grossesse. Nous sommes intéressées à évaluer de quelle façon vos sentiments et perceptions évoluent tout au long de cette grossesse. De façon plus spécifique, ce projet a aussi pour objectif de mieux documenter l'impact du soutien des proches et des professionnels sur le vécu de la grossesse au plan. Ces informations vont nous aider à mieux accompagner les femmes durant leur suivi de grossesse en tenant compte de leurs attentes, anxiété, craintes et appréhensions tout au long de ces mois et même après l'accouchement.

Nombre de participantes et durée de la participation

120 femmes enceintes, suivies au CHUM, seront invitées à participer à ce projet, dont 60 suivies pour une grossesse dite normale et 60 suivies pour une grossesse à risques au plan médical.

La durée de votre participation sera variable en fonction du temps de cueillette des données. La première rencontre durera environ une heure alors que vous consacrerez entre 15 et 30 minutes pour compléter les questionnaires lors des 3 autres collectes de données.

Nature de la participation demandée et déroulement du projet de recherche

Si vous acceptez de participer à ce projet et après avoir signé le présent formulaire d'information et de consentement, votre participation consistera à ÷

- A la fin du premier trimestre de grossesse, 10 à 14 semaines de grossesse

  Rencontrer la chercheuse responsable du projet ou un étudiant gradué en psychologie pour compléter avec vous un questionnaire socio démographique ainsi qu'un résumé de votre histoire obstétricale. Vous allez ensuite compléter les questionnaires suivants : EPDS PRAQ, TPDS et STAI (Mesures de l'humeur durant la grossesse), SSQ, mesure du soutien social perçu et le DAS, mesure du soutien conjugal perçu. Cette rencontre devrait durer environ une heure.

  Tous ces questionnaires pourront être complétés sur place, à l'hôpital.

Pour les 3 rencontres suivantes, l'infirmière vous remettra une enveloppe dans laquelle vous trouverez les questionnaires à compléter. Vous pourrez le faire sur place et remettre par la suite, les questionnaires dans l'enveloppe à l'infirmière.

- Au deuxième trimestre de grossesse (21-25 semaines de grossesse)

  Compléter les questionnaires suivants : EPDS , PRAQ , TPDS et STAI (Échelles de mesure de l'humeur durant la grossesse)

  Environ 30 minutes

- Au troisième trimestre de grossesse (32-36 semaines de grossesse)

  Compléter les questionnaires suivants : EPDS, PRAQ, TPDS et STAI (Échelles de mesure de l'humeur durant la grossesse)

  Environ 30 minutes

- Six à dix semaines après l'accouchement

  Compléter les questionnaires suivants : EPDS STAI, (mesure de l'humeur post partum)

  Environ 10 minutes

Toutes ces étapes seront complétées lors de vos rendez-vous médicaux pour votre suivi de grossesse. Vous pourrez profiter du temps passé dans la salle d'attente pour répondre aux questionnaires.

Avantages

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. À tout le moins, les résultats obtenus contribueront au développement d'une meilleure compréhension des enjeux liés à la grossesse et au post-partum chez les femmes présentant une grossesse « normale » et chez celles présentant une grossesse à risque au plan médical. Ce projet devrait nous permettre d'adapter aux particularités de chaque femme enceinte notre accompagnement au long de sa grossesse et lors de son retour à domicile après son accouchement, et d'améliorer ainsi notre action préventive auprès des femmes enceintes et de leur entourage.

Risques et inconvénients

Ce projet ne comporte aucun risque physique pouvant être associé à votre participation. Le seul inconvénient associé à ce projet est le temps requis pour votre participation. De plus, vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question. Au plan personnel, il est possible que le fait de compléter ces questionnaires vous aide à prendre mieux conscience de ce que vous vivez en lien avec la grossesse. Cela devrait être positif de façon générale. Si toutefois, il s'avère que certaines questions vous amène à ressentir des émotions désagréables et que vous ayez besoin d'aide psychologique durant ce processus, vous serez référée, au besoin, vers des ressources de soutien appropriées.

Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre vos questionnaires complétés et un résumé de votre histoire obstétricale. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable.

Ces données seront conservées pendant 5 ans après la fin de l'étude par la chercheuse responsable.

Également, les données du projet pourraient aussi servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CHUM ou par l'établissement, ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec la chercheuse responsable du projet et les autres intervenants.

La chercheuse responsable du projet de recherche ou le comité d'éthique de la recherche du CHUM peut mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré(e) du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

Communication des résultats généraux

Vous pourrez connaître les résultats généraux de ce projet si vous en faites la demande à la chercheuse responsable à la fin du projet.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation monétaire pour votre participation à ce projet de recherche

Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant à la recherche

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit suite à votre participation à ce projet, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable du projet au numéro suivant :

- Mme Nicole Reeves, 514-890-8000, au poste 36277 du lundi au vendredi de 8h à 16h

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'Hôpital St-Luc du CHUM au numéro 514-890-8000, poste 36366.

Surveillance des aspects éthiques

Le comité d'éthique de la recherche du CHUM a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Consentement

Avant de signer et dater le présent formulaire de consentement, j'ai reçu des explications complètes sur les méthodes et les moyens qui seront utilisés dans ce projet ainsi que sur les désagréments et les risques qui pourraient y être associés.

J'ai lu et j'ai eu suffisamment de temps pour comprendre pleinement les renseignements présentés ci-dessus concernant cette étude. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions et on y a répondu à ma satisfaction. Je suis libre de poser d'autres questions à n'importe quel moment. J'accepte de plein gré de signer ce formulaire de consentement. Je recevrai un exemplaire de ce formulaire après l'avoir signé et daté. En apposant ma signature sur ce formulaire, je ne renonce cependant à aucun de mes droits légaux ni ne libère la chercheuse et l'hôpital de leur responsabilité civile et professionnelle.

_____

Nom et signature de la participante à la recherche Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différente de la chercheuse responsable du projet de recherche

J'ai expliqué à la participante à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'elle m'a posées.

_____

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement Date

Engagement de la chercheuse

Je certifie qu'on a expliqué à la participante à la recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que la participante avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'elle demeure libre de mettre un terme à sa participation.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée à la participante à la recherche.

_____

Nom et signature de la chercheuse responsable du projet de recherche Date

Annexe 4 : Formulaire socio démographique et informations obstétricales

Questionnaire socio démographique

Date : _____

N° d'anonymisation : _____

Âge : _____

Partie 1 : Socio-démographie

A. Occupation actuelle

1. Études

2. Travail rémunéré

3. Congé maternité

4. Autres

B. Niveau d'études (dernier diplôme obtenu ou niveau d'étude équivalent ; préciser le nombre d'années d'étude) :

1. Secondaire 1 2 3 4 5

2. CEGEP 1 2 3

3. Universitaire 1 2 3 4 5 6 7

C. Avez-vous un conjoint ?

1. Oui (vie commune depuis : ___ ans)

2. Non

D. Êtes-vous née au Canada ?

1. Oui

2. Non

Si vous n'êtes pas née au Canada, quel est votre pays d'origine _____ ? Et vous vivez au Canada depuis _____ ans.

Partie 2 : Antécédents gynécologiques

A. De combien de semaines êtes-vous enceinte actuellement ?

Nombre de semaines ____

B. Avez-vous déjà vécu :

- Un avortement (IVG) ?

  1. Oui (si oui, combien : ____)

  2. Non

- Une ou plusieurs fausses couches (avortement spontané) lors du premier trimestre ?

  1. Oui (si oui combien ____)

  2. Non

- Pertes périnatales lors du deuxième ou troisième trimestre (enfant mort né suite à un accouchement prématuré, M.I.U., ITG, etc.) ?

  1. Oui (précisez : _____)

  2. Non

C. Pour cette grossesse est-ce que vous avez eu des problèmes de fertilité pour lesquels vous avez consulté ?

1. Oui (Est-ce qu'il y a eu des traitements ? Si oui, décrivez : _____)

2. Non

D. Est-ce votre première grossesse ?

1. Oui (primipare)

2. Non (multipare)

E. Quel type de suivi médical ?

1. Régulier

2. GARE (grossesse à risque. Précisez : _____)

Merci !

Annexe 5 : Inventaire d'anxiété trait et situationnelle (STAI)

Dossier:_____ Date: _____

A. STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (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 <u>à ce moment précis</u>. 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 <u>en ce moment</u>.

Pas du tout	**Un peu**	**Modérément**	**Beaucoup**
1	**2**	**3**	**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

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 <u>en général</u>. 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 <u>de façon générale</u>.

Presque jamais	**Quelquefois**	**Souvent**	**Presque toujours**
1	**2**	**3**	**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 décider 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

Annexe 6 : Echelle de dépression post natale d'Edimbourg (EPDS)



Life with a new baby is not always what you expect.

Please underline the answer that most accurately describes your feelings in the last 7 days.

1. I have been able to laugh and see the funny side of things.

As much as I always could

Not quite so much now

Definitely not so much now

Not at all

2. I have looked forward with enjoyment to things.

As much as I ever did

Rather less than I used to

Definitely less than I used to

Hardly at all

3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong*.

Yes, most of the time

Yes, some of the time

Not very often

No, never

4. I have been anxious or worried for no good reason.

No, not at all

Hardly ever

Yes, sometimes

Yes, very often

5. I have felt scared or panicky for no very good reason*.

Yes, quite a lot

Yes, sometimes

No, not much

No, not at all

6. Things have been getting on top of me*.

Yes, most of the time I haven't been able to cope at all

Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual

No, most of the time I have coped quite well

No, I have been coping as well as ever

7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping*.

Yes, most of the time

Yes, sometimes

Not very often

No, not at all

8. I have felt sad or miserable*.

Yes, most of the time

Yes, quite often

Not very often

No, not at all

9. I have been so unhappy that I have been crying*.

Yes, most of the time

Yes, quite often

Only occasionally

No, never

10. The thought of harming myself has occurred to me*.

Yes, quite often

Sometimes

Hardly ever

Never



Life with a new baby is not always what you expect.

Edinburgh Postnatal Depression Scale

Response categories are scored 0, 1, 2, and 3 according to increased severity of the symptoms. Items marked with an asterisk are reverse scored (i.e. 3, 2, 1, and 0). The total score is calculated by adding together the scores for each of the ten items.
A woman scoring 10 or higher should be refered to a physicians or mental health specialist for further assessment. A score of 13 or higher could indicate major depression. Any positive score on item 10 warrants further clinical assessment. Some women scoring below the cut-off scores may also have PPD and/or will benefit from support services. These scores may not be applicable to all populations.

Instructions for users:

1. The mother is asked to underline the response which comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
2. All ten items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others.
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading

The EPDS was developed at health centers in Livingston and Edinburgh. It consists of ten short statements. The mother underlines which of the four possible responses is closest to how she has been feeling during the past week. Most mothers complete the scale without difficulty in less than 5 minutes. The validation study showed that a score above the threshold was an indication of possible depression. Nevertheless the EPDS score should not override clinical judgment. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt during the previous week and in doubtful cases it may be useful to repeat it one to two weeks later. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorder.

best start
meilleur départ

by/par health nexus santé

The Royal College of Psychiatrists 1987. The Edinburgh Postnatal Depression Scale may be photocopied by individual researchers or clinicians for their own use without seeking permission from the publishers. The scale must be copied in full and all copies must acknowledge the following source:

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depresssion Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

Translations of the scale, and guidance as to its use, may be found in Cox, J.L., Holden, J. (2003). Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell.

EPDS is a tool used to assist health care professionals to screen mothers for postpartum depression.



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci

Absolument pas

2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.

Autant que d'habitude

Plutôt moins que d'habitude

Vraiment moins que d'habitude

Pratiquement pas

3. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements*.

Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations

Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations

Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Pas très souvent

Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais



Avec un nouveau bébé, la vie n'est pas toujours rose.

Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg

Les catégories de réponses sont notées 0, 1, 2 et 3 selon la sévérité des symptômes. Les items ayant un astérisque sont notés inversement (i.e. 3, 2, 1, et 0). Le total est calculé en additionnant les résultats des dix items. Une femme qui obtient un résultat de 10 ou plus devrait être aiguillée vers un médecin ou un spécialiste de la santé mentale à des fins d'évaluation plus poussée. Une note de 13 ou plus pourrait indiquer une dépression majeure. Tout résultat positif à l'item 10 nécessite une évaluation clinique plus poussée. Quelques femmes ayant une note de moins de 10 pourraient aussi avoir une dépression post-partum et/ou vont bénéficier de services de soutien. Ces notes ne sont pas applicables à toutes les populations.

Instructions aux utilisateurs:

1. **Demandez à la mère de souligner la réponse qui est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant les 7 derniers jours.**
2. **Les dix items doivent être complétés.**
3. **Évitez la possibilité que la mère discute de ses réponses avec d'autres personnes.**
4. **La mère devrait compléter le questionnaire elle-même, à moins que sa compréhension du français soit limitée ou qu'elle ait de la difficulté à lire.**

L'échelle de dépression post-partum d'Édimbourg a été développée dans les centres de santé de Livingston et Édimbourg. Elle consiste en 10 courts énoncés. La mère souligne laquelle des quatre réponses possibles est la plus près de ce qu'elle a ressenti durant la dernière semaine. La plupart des mères complètent l'échelle sans difficulté en moins de 5 minutes. L'étude de validation a démontré qu'une notation au-dessus du seuil était une indication possible de dépression. Malgré tout, la notation EPDS ne devrait pas passer outre à un jugement clinique. Une évaluation clinique plus poussée devrait être effectuée pour confirmer le diagnostic. L'échelle indique comment la mère s'est sentie durant la semaine précédente et, dans les cas douteux, il peut être utile de la répéter une ou deux semaines plus tard. L'échelle ne détectera pas les mères avec des névroses d'angoisse, des phobies ou des troubles de la personnalité.

best start
meilleur départ

by/par health nexus santé

The Royal College of Psychiatrists 1987. L'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg peut être photocopiée par des chercheurs ou des cliniciens à des fins personnelles sans autorisation des éditeurs. Le questionnaire doit être copié en entier et porter la mention suivante :

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depresssion Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Une permission écrite du Royal College of Psychiatrists est nécessaire pour copier ou distribuer ce questionnaire à des tiers ou le publier (version papier, en ligne ou sous tout autre format).

La traduction du questionnaire ainsi que les directives d'utilisation peuvent être trouvées dans Cox, J.L. et J. Holden, (2003). Perinatal Mental Health : a Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Londres, Gaskell,

L'EPDS est un outil pour aider les professionnels de la santé à identifier les mères souffrant de dépression post-partum.

Annexe 7 : Questionnaire des échelles de relation (RSQ)

Étude sur le vécu affectif des mères durant la période périnatale (RSQ)

Voici un questionnaire, dont l'objectif est de mieux comprendre la façon dont vous percevez vos relations avec les personnes qui vous sont proches, et la façon dont vous vous situez dans ces relations.

Consigne : Nous vous demandons ici de bien lire chaque proposition, puis de coter jusqu'à quel point chacune d'elles décrit vos sentiments à propos des personnes dont vous vous sentez proches. Pensez à toutes ces relations proches, passées ou actuelles, et répondez selon la façon dont vous vous sentez **en général**. Vous pouvez entourer, pour chaque proposition, le chiffre qui vous correspond le mieux.

Merci de n'entourer qu'un seul chiffre, et de répondre pour toutes les propositions.

	Pas du tout comme moi		**Un peu comme moi**		**Tout à fait comme moi**
1. Je trouve difficile de dépendre des autres.	1	2	3	4	5
2. C'est très important pour moi de me sentir indépendant(e).	1	2	3	4	5
3. C'est facile pour moi de me sentir proche des autres par rapport aux émotions	1	2	3	4	5
4. Je veux ne pouvoir faire qu'un avec une autre personne.	1	2	3	4	5
5. Je crains d'être blessé(e) si je me permets de devenir trop proche des autres.	1	2	3	4	5
6. Je me sens bien sans relations affectives proches.	1	2	3	4	5

7. Je ne suis pas sûr(e) de pouvoir toujours compter sur la présence des autres lorsque j'en ai besoin.	1	2	3	4	5
8. Je veux être dans une intimité totale avec les autres quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5
9. Je suis inquiet(e) de me retrouver seul(e).	1	2	3	4	5
10. Je me sens à l'aise quand j'ai besoin des gens.	1	2	3	4	5
11. Je crains souvent que mes partenaires amoureux (ses) ne m'aiment pas vraiment.	1	2	3	4	5
12. Je trouve que c'est difficile de faire totalement confiance aux gens.	1	2	3	4	5
13. Je m'inquiète du fait que les autres deviennent trop proches de moi.	1	2	3	4	5
14. Je veux des relations proches quand il s'agit des émotions.	1	2	3	4	5
15. Je me sens bien lorsque les gens ont besoin de moi.	1	2	3	4	5
16. J'ai peur que les gens ne me donnent pas autant d'importance que je leur en donne.	1	2	3	4	5
17. Les gens ne sont jamais là quand vous avez besoin d'eux.	1	2	3	4	5
18. Mon désir de ne faire qu'un avec les gens les fait parfois fuir.	1	2	3	4	5
19. C'est très important pour moi de sentir que je me suffis à moi-même.	1	2	3	4	5
20. Je suis mal à l'aise quand quelqu'un se rapproche trop de moi.	1	2	3	4	5
21. J'ai souvent peur que mes partenaires amoureux (ses) ne veuillent pas rester avec moi.	1	2	3	4	5

22. Je préfère n'avoir personne qui dépende de moi.	1	2	3	4	5
23. J'ai peur d'être abandonné(e).	1	2	3	4	5
24. Je me sens un peu mal à l'aise quand je suis proche des Gens.	1	2	3	4	5
25. Je trouve que les gens ne veulent pas être aussi proches de moi que je le souhaiterais.	1	2	3	4	5
26. Je préfère ne pas dépendre des autres.	1	2	3	4	5
27. Je sais que les autres seront là quand j'en aurai besoin.	1	2	3	4	5
28. J'ai peur que les gens ne m'acceptent pas.	1	2	3	4	5
29. Mes partenaires amoureux (ses) veulent souvent que je sois plus proche d'eux/elles que je ne le supporte.	1	2	3	4	5
30. Je trouve relativement facile d'être proche des gens.	1	2	3	4	5

Annexe 8 : Questionnaire d'ajustement conjugal révisé (R-DAS)

Numéro :_____ Date : _____ T : ___

ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE RÉVISÉ

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. Indiquez dans quelle mesure vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants.

		Toujours en accord	Presque toujours en accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1.	Les questions religieuses	5	4	3	2	1	0
2.	Les manifestations d'affection	5	4	3	2	1	0
3.	La manière de prendre des décisions importantes	5	4	3	2	1	0
4.	Les relations sexuelles	5	4	3	2	1	0
5.	Les conventions sociales (se comporter de façon correcte)	5	4	3	2	1	0
6.	Les décisions concernant le travail (métier, carrière)	5	4	3	2	1	0

		Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
7.	Est-ce qu'il vous arrive ou est-ce qu'il vous est arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle?	0	1	2	3	4	5
8.	Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre partenaire?	0	1	2	3	4	5
9.	Avez-vous déjà regretté de vous êtes mariés (ou de vivre ensemble)?	0	1	2	3	4	5
10.	Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre partenaire, de vous taper sur les nerfs?	0	1	2	3	4	5

		Tous les jours	Presque tous les jours	Occasionnellement	Rarement	Jamais
11.	Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison?	4	3	2	1	0

D’après vous combien de fois les évènements suivants se produisent-ils?

		Jamais	Moins d’une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
12.	Avoir un échange d’idées stimulant entre vous deux?	0	1	2	3	4	5
13.	Travailler ensemble sur quelque chose?	0	1	2	3	4	5
14.	Discuter calmement de quelque chose?	0	1	2	3	4	5

Annexe 9 : Questionnaire de soutien social (SSQ6)

Questionnaire sur le support social (SSQ)

c 1983 By S. Sarason, Ph.D., traduit par Stéphane Sabourin, Ph. D., 1988.

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.

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.).

1._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

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 coté 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.

Très insatisfait (e)	Moyennement insatisfait (e)	Plutôt insatisfait (e)	Plutôt satisfait (e)	Moyennement satisfait (e)	Très satisfait (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._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ PERSONNE_____

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

	Très insatisfait (e)	Moyennement insatisfait (e)	Plutôt insatisfait (e)	Plutôt satisfait (e)	Moyennement satisfait (e)	Très satisfait (e)
#1						
#2						
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
#8						
#9						

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._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ PERSONNE_____

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

	Très insatisfait (e)	Moyennement insatisfait (e)	Plutôt insatisfait (e)	Plutôt satisfait (e)	Moyennement satisfait (e)	Très satisfait (e)
#1						
#2						
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
#8						
#9						

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._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ PERSONNE_____

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

	Très insatisfait (e)	Moyennement insatisfait (e)	Plutôt insatisfait (e)	Plutôt satisfait (e)	Moyennement satisfait (e)	Très satisfait (e)
#1						
#2						
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
#8						
#9						

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._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ PERSONNE_____

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

	Très insatisfait (e)	Moyennement insatisfait (e)	Plutôt insatisfait (e)	Plutôt satisfait (e)	Moyennement satisfait (e)	Très satisfait (e)
#1						
#2						
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
#8						
#9						

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._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ PERSONNE_____

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

	Très insatisfait (e)	Moyennement insatisfait (e)	Plutôt insatisfait (e)	Plutôt satisfait (e)	Moyennement satisfait (e)	Très satisfait (e)
#1						
#2						
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
#8						
#9						

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._____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____

9. _____ PERSONNE_____

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

	Très insatisfait (e)	Moyennement insatisfait (e)	Plutôt insatisfait (e)	Plutôt satisfait (e)	Moyennement satisfait (e)	Très satisfait (e)
#1						
#2						
#3						
#4						
#5						
#6						
#7						
#8						
#9						

Annexe 10 : Contrat avec Pr Bea R. H Van den Bergh (PRAQ)

TILBURG UNIVERSITY

PROF. DR. BEA R.H. VAN DEN BERGH
DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY, TILBURG UNIVERSITY
Warandelaan 2 - PO Box 90153 - 5000 LE Tilburg - The Netherlands
Phone +31 13-466 2729/2167 - Fax +13 13-466 2067

PREGNANCY ANXIETY QUESTIONNAIRE – REVISED: PRAQ-R

For use of the PRAQ-R in research, the following agreements are made between user and author:

1. Permission of the author, Professor Bea R.H. Van den Bergh, is needed for use of the questionnaire
2. The user can use the PRAQ only for research purposes. Details of the planned research:

Name: Nicole Reeves

Working at, or associated with: Centre de Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CRCHUM)l Université Paris Descartes

Presumed date of start: May, 2014

Presumed end of the study: October 2015

Sample: presumed n = 100

Age of the mothers: presumed range = 18-43

Postmentrual age when completing PRAQ: presumed range = 3 assesment times (first, second and third trimester)

3. The user uses the questionnaire in the format delivered by the author.
4. After the data are gathered, the user e-mails a data file with for each respondent: the answer on each item and data on age, parity, gravidity, being married or not, working status, gestational age…
5. The author uses this datafile only to study the psychometric qualities of the PRAQ-R.
6. The author of the PRAQ-R is named in the work of the users in the acknowledgements and 1 article is referred to in the references.
7. When the research is finished the opportunity of a co-publication with the author of the PRAQ-R is studied. Being co-author implies an active involvement in the writing process.
8. The PRAQ-R is not handed to other persons without permission of the author.
9. A new contract is needed for each new research project in which the PRAQ-R is used.
10. The PRAQ-R is not printed in any work or publication (e.g. thesis, article, book).

I agree :

Date: November, the 17 th 2014

The author,

The user ,

Prof. Dr. Bea R.H. Van den Bergh

Annexe 11 : Mémo de recrutement adressé au personnel du département d'obstétrique du CHUM

A l'attention de tout le personnel du service d'obstétrique

Recherche en périnatalité

Dans le cadre d'un doctorat en psychologie, je vais mener une recherche portant sur l'anxiété spécifique à la grossesse. Pour ce faire, je dois recruter une centaine de participantes au sein des cliniques d'obstétrique du CHUM. Je vais profiter entre autres, de la « clinique de l'infirmière » du vendredi p.m. pour solliciter les nouvelles patientes.

Objectifs de la recherche

Je m'intéresse à l'anxiété dite spécifique à la grossesse, concept relativement nouveau dans la littérature. Les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus importants durant la grossesse et méritent toute notre attention en raison des effets délétères connus sur la mère, le déroulement de la grossesse et l'enfant.
D'un point de vue théorique nous avons pour objectif de répondre à plusieurs questions. Comment se manifeste cette anxiété? Comment évolue-t-elle tout au long des trimestres? Les patientes suivies pour une grossesse à risque sont-elles plus anxieuses? Ont-elles des besoins spécifiques et différents des autres patientes?
Quelles sont les variables intrapsychiques (style d'attachement) et sociales (Soutien conjugal et social) ayant un impact sur l'anxiété? De façon plus appliquée, cette recherche a aussi pour objectif de documenter la façon de mieux accompagner les patientes durant leur suivi de grossesse.

Les critères d'inclusion sont :

-Primipares
-Nées au Québec ou arrivée au Québec depuis 2 ans au moins.
-Vie commune avec le père de l'enfant depuis au moins un an
-Premier trimestre de grossesse

Collecte des données

Les patientes seront évaluées à 4 reprises

T1-Premier trimestre de grossesse (8 à 14 semaines) Recrutement, entretien d'évaluation, signature du formulaire de consentement, explications données sur la recherche et les modalités

T2-Deuxième trimestre de grossesse (21 à 25 semaines)
Enveloppe contenant des questionnaires est remise à la patiente qui les complète sur place ou les rapporte (questionnaires complétés) lors de la visite suivante

T3-Troisième trimestre de grossesse (32 à 36 semaines)
Idem

T4-Visite post partum (4-10 semaines post natale)
idem

Assistée par quelques étudiantes en psychologie, je ferai le recrutement des participantes. Une étudiante ou moi même mènera le premier entretien et la collecte de données T1.
Pour les 3 autres temps de la collecte des données, je ferai appel à l'infirmière de la clinique d'obstétrique afin qu'elle remette à la patiente, une enveloppe contenant tous les questionnaires à compléter. La patiente sera invitée, idéalement, à compléter les questionnaires sur place et remettre l'enveloppe dans mon pigeonnier. Je suis évidemment soucieuse de ne pas ajouter à la tâche déjà chargée des infirmières et je ferai en sorte de tout préparer adéquatement.

Votre aide pour le recrutement des patientes et pour mettre en place la procédure de récolte des données sera fort précieuse et appréciée.
L'affichette préparée pour le recrutement pourrait être remise aux patientes afin qu'elles puissent communiquer avec moi pour avoir plus d'informations. Il est aussi possible de me remettre les coordonnées des patientes intéressées.

Un grand merci pour cette aide précieuse!!



Nicole Reeves M.A., Psy
Candidate Doctorat, Université Paris Descartes

Annexe 12 : Affiche de recrutement

Vous êtes enceinte de moins de 4 mois?

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche en psychologie sur **les émotions vécues** durant la grossesse.

Nous nous intéressons aux femmes :

- Nées au Québec ou y vivant depuis au moins 2 ans.
- Enceintes de moins de quatre mois
- Intéressées à nous rencontrer une fois et à compléter des questionnaires à 3 reprises lors des visites médicales.



Pour plus d'informations, n'hésitez pas à communiquez avec nous :

514-890-8000, poste 36277
Nicole Reeves, psychologue au CHUM

Annexe 13 : Lettre adressée aux patientes

CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE
Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

Bonjour Madame,

Merci de compléter ces questionnaires pour la recherche en psychologie à laquelle vous avez accepté de participer.

Vous pourrez nous renvoyer le tout dans l'enveloppe pré affranchie que vous trouverez dans l'enveloppe.

Merci encore de votre participation!

Nicole Reeves M.A.
Candidate au doctorat, Paris Descartes
Centre des Naissances CHUM

Annexe 14 : Bourse professionnelle AQSMN

AQSMN
association québécoise pour la santé mentale des nourrissons

Montréal, le 20 avril 2016

Madame Nicole Reeves
CHUM-Hôpital St-Luc
Département d'obstétrique-gynécologie
1058, rue St-Denis
Montréal (Qc) H2X 3J4

Madame,

C'est avec grand plaisir que nous vous confirmons que votre candidature a été retenue pour la bourse professionnelle Yvon-Gauthier, bourse accordée pour une première année, à l'AQSMN.

La qualité de votre projet de recherche qui s'inscrit au sein d'un milieu clinique, les retombées éventuelles d'un laboratoire en psychologie périnatale ainsi que la diversité de vos expériences cliniques et d'enseignement ont convaincu les membres du jury de soutenir l'avancement de vos travaux.

Nous vous contacterons au cours des prochains jours pour convenir des modalités à privilégier quant au versement de la bourse et de la possibilité d'une brève présentation de votre projet de recherche lors de la journée annuelle qui aura lieu en septembre prochain.

Veuillez recevoir, Madame Reeves, nos plus sincères salutations et félicitations.

Aline Robert, M.Ps., psychologue et adjointe clinique, CISSS de Laval
Membre du conseil d'administration de l'AQSMN et responsable du jury des bourses

Julie Achim, Ph.D., psychologue clinicienne et professeure agrégée, Département de psychologie, Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil

Présidente de l'AQSMN

Annexe 15 : Confirmation de la soumission d'un article à Archives of Women's Mental Health

De : "Archives of Women's Mental Health (AWMH)"
> Envoyé par :
em.awmh.0.552aed.e36d87c0@editorialmanager.com[2]
> Date : 12/08/2017 11:19
> Objet : AWMH-D-17-00225 - Submission Confirmation
>Dear Dr Reeves,

Thank you for submitting your manuscript,
"Maternal attachment insecurity as a risk factor for pregnancy-related anxiety", to Archives of Women's Mental Health

The submission id is: AWMH-D-17-00225
Please refer to this number in any future correspondence.
The usual timeframe to provide you with the editor's decision and the reviewers' comments is three months.
During the review process, you can keep track of the status of your manuscript by accessing the following web site:
If your article is sent out for review, we hope to have reviewers' comments to you within three months.

Springer offers authors the option of making their articles available with open access via our Open Choice programme. We advise you to familiarise yourself with the details of Springer Open Choice in advance, to be able to decide quickly should your paper be accepted for publication. Further information can be found at www.springer.com/openchoice.

With kind regards,

Journals Editorial Office AWMH
Springer

Annexe 16 : Communications orales et affichées en lien avec la thèse

Communications orales et affichées en lien avec la thèse

Reeves, N., Decaluwe, B., Millette, M., Wendland, J. (2016, mai). Predictors and correlates of general and pregnancy-specific anxiety. Communication par affiche présentée au 15 eme congrès international de la *World Association for Infant Mental Health (WAIMH*). Prague, République Tcheque.

Bolduc, S., Miclette, M., **Reeves, N**., Thibault-Leduc, C., Lhuissier, M., Arnautu, D. et Wendland, J. (2016, avril). *Un attachement insécure comme prédicteur de l'anxiété spécifique à la grossesse*. Affiche présentée au 38ième congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Trois-Rivières, Québec. Résumé repéré à http://www.sqrp.ca/techgrafik/upload/congres/Programme_2016_FINAL.pdf

Miclette, M., Arnautu, D., Thibault-Leduc, C., Bolduc, S., Audet, J.-S., **Reeves, N**. et Wendland, J. (2016, avril). *Ma grossesse me stresse : Impact d'un attachement de style insécure sur l'anxiété spécifique à la grossesse*. Communication présentée à la 10e Journée scientifique du Département de psychologie de l'Université de Montréal, Montréal, Québec. Résumé repéré à http://psy.umontreal.ca/fileadmin/Documents/FAS/Psychologie/journees-scientifique/Programme_JS2016_final.pdf

Reeves, N., Mendoza, J., Miclette, M., Lhuissier, M., Bolduc, S., Richard, L., Mansour, M., Thibault-Tardif, C., Wendland, J. (2015, avril) *Facteurs de risque et anxiété chez les femmes enceintes*. Symposium présenté à la 9 eme Journée scientifique du Département de psychologie de l'Université de Montréal.

Cette communication a reçu le prix de la meilleure communication dans la catégorie, "étudiants au baccalauréat" du département de psychologie de l'Université de Montréal

Bolduc, S., Bérubé-Richard, L., Audet, J.-S., **Reeves, N**. et Wendland, J. (2015, avril). *Style d'attachement et anxiété durant la grossesse*. Communication présentée à la 9e Journée scientifique du Département de psychologie de l'Université de Montréal, Montréal, Québec. Résumé repéré à http://psy.umontreal.ca/fileadmin/Documents/FAS/Psychologie/journees-scientifique/Programme_JS2015.pdf

Mendoza, J., Lhuissier, M., Miclette, M., **Reeves, N**. et Wendland, J. (2015, avril). *Grossesse à risques élevés au plan médical et anxiété périnatale*. Communication présentée à la 9e Journée scientifique du Département de Psychologie de l'Université de Montréal, Montréal, Québec. Résumé repéré à http://psy.umontreal.ca/fileadmin/Documents/FAS/Psychologie/journees-scientifique/Programme_JS2015.pdf

Thibault-Leduc, C., Mansour, M., Mendoza, J., Reeves, N. et Wendland, J. (2015, avril). *Qualité de la relation conjugale et anxiété spécifique à la grossesse*. Communication présentée à la 9e Journée scientifique du Département de Psychologie de l'Université de Montréal, Montréal, Québec. Résumé repéré à http://psy.umontreal.ca/fileadmin/Documents/FAS/Psychologie/journees-scientifique/Programme_JS2015.pdf

Reeves, N., Pelletier, V., Lepage, G., Bourbonnière, E., Schauder, C., Wendland, J. (2014, septembre*). Pregnancy –specific anxiety : a qualitative and longitudinal research study.* Communication présentée à l'international Marcé Society Biennal Conference on Perinatal Mental Health, Swansea, Royaume –Uni.

Annexe 17 : Affiche sur les facteurs de risque de l'AS et l'ASG (WAIMH, Prague 2016)

Risk Factors of Pregnancy-Specific and General Anxiety

REEVES, Nicole[1 2 3 4], DECALUWE, Béatrice[5], MICLETTE, Marie[6], WENDLAND, Jaqueline[1 3]

[1]Université Paris Descartes, [2]Centre de Recherche du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, [3]Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé, [4]Association Québécoise pour la Santé Mentale des Nourrissons, [5]Université Laval, [6]Université de Montréal

Abstract

Pregnancy-specific anxiety (**PSA**) is an emotional state tied to pregnancy related concerns such as worries about childbirth, mother and child's well-being, hospital and health care experience. Research highlights the adverse consequences of pregnancy anxiety, but little is known about its risk factors. This exploratory study aims to identify and compare the factors that contribute to PSA and general anxiety at both early and late pregnancy. 155 women completed questionnaires in their first and third trimester of pregnancy to measure PSA (PRAQ), general anxiety (STAI), depression (EPDS), attachment style (RSQ), social support (SSQ), and partner support (R-DAS). Multiple regression analyses of sociodemographic, obstetrical and psychosocial variables reveal that PSA and state anxiety share psychosocial risk factors related to attachment style and support. However, attachment style has a persistent influence specifically on PSA. Though constructs overlap, there seems to be something unique about PSA. A better understanding of the interaction between risk factors for PSA would enable targeted early intervention.

Introduction

- 1/3 of pregnant women present anxious symptoms (Lee et al., 2007). These symptoms are not stable across pregnancy (Sutter-Dallay, 2012; Mora et al., 2009).
- Many studies identify predictors and correlates of high PSA such as :
  - **Sociodemographic characteristics :** Younger age, lower education (Glazer et al., 1980)
  - **Obstetrical condition :** Primiparity (Gao et al., 2015; Saisto, 2009), medical high-risk condition (Aboudi & Kager, 2004; Hui et al., 2014)
  - **Psychosocial variables :** General anxiety (Huizink et al., 2004; Rini et al., 1999), depressive symptoms, low marital adjustement (Bernazzani et al., 1996), low social support (Bayrampour et al., 2015)
- On the other hand, secure attachment style (van Bussel et al., 2009), high social support (Jesse et al., 2005) and good partner relationship (Gurung et al., 2005; Saisto et al., 2001) are associated to less anxiety.
- To date, little is known about the correlates that distinguish PSA from general anxiety, which are according to many scholars two distinct constructs (Dunkel Schetter et Tanner, 2012; Huizink et al., 2004).

Aims of the study

(1) Explore risk factors of specific, state and trait anxiety.
(2) Compare risk factors of early and late pregnancy.



Participants and measures

Participants recruited at the Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Inclusion criteria : Living in Quebec and conjugal relationship for at least 1 year

Questionnaires :

- PSA : *Pregnancy Related Anxiety Questionnaire* (PRAQ; Van den Bergh, 1989)
- General anxiety : *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger et al., 1970/1976)
- Depression : *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Holden and Sagovsky, 1987/2003)
- Attachment style : *Relationship Scales Questionnaire* (RSQ; Bartholomew et Horowitz, 1991/2010)
- Social support : *Social Support Questionnaire* (SSQ; Sarason et al., 1983/2003)
- Partner support : *Revised Dyadic Adjustment Scale* (R-DAS; Busby, Christensen, Crane, and Larson, 1995/2005)

T1 : 8-14 weeks n=155
T3 : 32-36 weeks n=120

Sample characteristics at T1 :
- 32.5 years old
- In relationship for 7.2 years
- 72.9% university diploma
- 59.4% primiparous
- 34.8% high-risk condition

Statistical analyses

Multiple regression analyses were conducted to determine which risk factor is associated to a higher score of specific and general anxiety. All risk factors at $p \leq 0.10$ were considered in the regression models. A backward elimination technique was conducted starting with the least associated covariate. Covariates were withdrawn from the regression model when they did not significantly improve the variance explained by the model.

Results

	T1	T3
PSA	**Primiparity** (20.24)** Medical high-risk condition **Depression** (4.27)*** **Anxious attachment style** (28.33)*** Avoidant attachment style Social support : **Availability** (-0.58)* & satisfaction Partner support F (4,134)= 26.39, p=0.001, R^2=0.44	**Depression** (5.08)*** **Anxious attachment style** (22.85)** Social support : Availability & **satisfaction** (-21.30)* Partner support F(3,105)= 29.58, p=0.001, R^2=0.46
State	Medical high-risk condition **Depression** (1.17)*** Anxious attachment style Social support : **Availability** (-0.12)** & satisfaction Partner support F(2, 134) = 87.48, p=0.001, R^2=0.57	**Depression** (1.20)*** **Anxious attachment style** (2.72)** Social support **Partner support** (-0.18)* F(3,104)= 62.47, p=0.001, R^2=0.36
Trait	**Medical high-risk condition** (3.12)* **Depression** (1.49)*** Anxious attachment style Social support Partner support F (2, 134)= 89.66, p=0.001, R^2= 0.57	Education **Depression** (1.11)*** Anxious attachment style Social support Partner support F (1,106)=59.67, p=0.001. R^2= 0.36

Fig 1. Illustration of Multiple Regression Analyses with Specific and General Anxiety Score at T1 and T3.
Note : Unstandardized regression coefficients are indicated for risk factors that remain in the final model.

*** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$; † $p < 0.1$

Discussion

✧Common risk factors (attachment style and support) inform that PSA is closer to state than trait anxiety, which confirms that pregnancy related anxiety is better explained by concerns about present state of being pregnant.

✧Stable contribution of attachment style is typical to PSA. Attachment style as a risk factor in early and late pregnancy follows van Bussel's results (2009).

✧Future direction : Explore insecure attachment, a much less studied variable, as a potential mediator in relation with PSA to explain quality of social and partner support.