

**Association entre la fréquence de consultation des médias d'information et la détresse psychologique chez les femmes enceintes durant la pandémie de COVID-19**

Lemieux, Roxanne (Ph.D.),<sup>1,3,4</sup> Garon-Bissonnette, Julia (B.A.),<sup>2,3,4,5</sup> Loïselle, Mathilde (B.A.),<sup>2,3,4</sup> Martel, Élodie (B.A.),<sup>2,3,4</sup> Drouin-Maziade, Christine (D.Psy.),<sup>1,3</sup> & Berthelot, Nicolas (Ph.D.)<sup>1,3,4,5</sup>

**Affiliations**

1. Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières
2. Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières
3. Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDEF)
4. Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN)
5. Interdisciplinary Research Center on Intimate Relationship Problems and Sexual Abuse

**Auteure pour la correspondance**

Roxanne Lemieux, Ph.D.  
Professeure en santé mentale  
Université du Québec à Trois-Rivières, Département des sciences infirmières  
3351 boulevard des Forges  
Trois-Rivières, Québec, Canada (G8Z 4M3)  
[Roxanne.lemieux2@uqtr.ca](mailto:Roxanne.lemieux2@uqtr.ca)  
Téléphone : 1-819-376-5011, poste 3441

Les auteurs déclarent que le point de vue énoncé dans cet article est le leur et non celui de leur institution ou des organismes ayant offert un soutien financier.

Nombre de mots : 3499

Nombre de tableaux : 3

Nombre de figure : 1

## Résumé

Objectif : Examiner l'association entre la fréquence d'utilisation des médias d'information durant la pandémie de COVID-19 et l'ampleur de la détresse psychologique chez les femmes enceintes, considérant les impacts délétères connus de cette détresse sur le développement du fœtus.

Méthode : Des femmes enceintes habitant la province de Québec ( $N = 1014$ ) ont été recrutées en avril 2020 par le biais des médias sociaux, alors qu'un état d'urgence sanitaire prévalait. Les participantes ont été divisées en quatre groupes, selon la fréquence autorapportée de consultation des médias d'information (peu ou pas; 1 fois par jour; plusieurs fois par jour; constante). Elles ont complété des mesures des symptômes dépressifs, des affects négatifs, des symptômes de stress post-traumatique et d'anxiété spécifique à la COVID-19. Les scores aux instruments se regroupaient sous un facteur unique de détresse psychologique.

Résultats : Une ANCOVA contrôlant pour l'âge, l'âge gestationnel, le niveau d'éducation, le revenu familial annuel et la présence d'un trouble mental diagnostiqué au moment de la participation à l'étude montre que la fréquence d'exposition aux médias d'information est significativement associée à la sévérité de la détresse psychologique chez les femmes enceintes au moment de la pandémie de COVID-19,  $F(3,998) = 27,02$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  partiel =

0,08. Selon les comparaisons de moyennes a posteriori, des taux plus élevés de détresse psychologique s'observent dès que l'exposition aux médias d'information dépasse une fois par jour (tailles de l'effet entre 0,38 et 0,81).

Conclusions : Plus les femmes enceintes rapportent consulter les médias d'information pendant la pandémie de COVID-19, plus elles sont sujettes à présenter de la détresse psychologique. Les résultats offrent un des premiers appuis empiriques aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, du gouvernement du Canada et d'associations de psychiatres encourageant la population à limiter sa consultation des médias d'information durant la pandémie de COVID-19.

Mots clés :

Anxiété, dépression, médias, COVID-19, pandémie, santé mentale, détresse psychologique, grossesse

## **Introduction**

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré qu'une pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19) sévissait à l'échelle mondiale.<sup>1</sup> Conséquemment, le gouvernement du Canada<sup>2</sup> et l'ensemble des gouvernements des provinces et territoires canadiens ont adopté, à partir du mois de mars, des décrets d'état d'urgence sanitaire afin de réduire les risques d'exposition de la population à la COVID-19, considérant que la pandémie constituait une réelle menace à la santé. L'exposition à un tel stressor est susceptible d'avoir des effets importants sur la santé mentale de la population, et particulièrement sur celle des personnes plus vulnérables.<sup>3,4</sup> Conjointement au stress d'être contaminé, les mesures d'isolement, de limite des déplacements et de distanciation sociale visant à limiter la propagation du virus sont également susceptibles d'exacerber l'anxiété et la détresse psychologique.<sup>5-7</sup> Des chercheurs ont d'ailleurs rapporté craindre pour une « épidémie » de symptômes post-traumatiques dans le contexte de la pandémie.<sup>8,9</sup> Il a donc été recommandé de prendre des actions vigoureuses pour soutenir la santé mentale des individus les plus susceptibles de souffrir du contexte actuel.<sup>10,11</sup>

Bien qu'elles ne soient pas considérées jusqu'à présent comme une population vulnérable au plan médical face à la COVID-19,<sup>12,13</sup> les femmes enceintes seraient particulièrement affectées par la pandémie sur la sphère de la santé mentale. Des études

montrent que les femmes enceintes évaluées au moment de la pandémie rapportent significativement plus de détresse psychologique que les femmes dont la grossesse s'est déroulée avant celle-ci.<sup>14,15</sup> Ces résultats sont préoccupants considérant que cette détresse, indépendamment du stade de la grossesse auquel elle survient,<sup>16</sup> a été associée à des altérations du fonctionnement chez les mères,<sup>17</sup> un développement du cerveau altéré chez le fœtus,<sup>18</sup> des problèmes cognitifs chez les enfants<sup>19</sup> et un risque plus élevé de psychopathologies.<sup>20</sup> Ces effets délétères ne seraient pas limités aux femmes présentant une grossesse à risque, un faible niveau d'éducation ou un faible statut socio-économique.

Afin de limiter la détresse psychologique dans la population générale en temps de pandémie, l'OMS, le gouvernement du Canada et l'Association de médecins psychiatres du Québec ont avisé la population de limiter le temps d'exposition aux médias d'information.<sup>21-23</sup> Cette recommandation repose notamment sur l'hypothèse suggérant que l'exposition à des informations faisant état de mortalité et de menace à la santé peut créer de la détresse psychologique.<sup>24</sup> Certains médias d'information couvrent l'actualité d'une façon sensationnaliste, et cette tendance serait nocive pour la population.<sup>24,25</sup> La consommation répétitive d'actualités amenant peu de nouvelles informations serait également préjudiciable.<sup>25</sup> Au plan empirique, une enquête réalisée auprès d'un large échantillon représentatif de la population américaine ( $N=3447$ ) lors de l'épidémie du virus

Ebola a montré qu'une consommation accrue d'informations liées à cette maladie était associée à des symptômes de détresse psychologique, à des préoccupations face à Ebola, ainsi qu'à une détérioration du fonctionnement général.<sup>26</sup> Plus récemment, une étude transversale menée sous forme d'enquête auprès de 6329 adultes en début de pandémie de COVID-19 aux États-Unis a montré que la consultation d'un plus grand nombre de médias d'information était liée à la détresse psychologique, indépendamment du temps investi sur les médias sociaux.<sup>27</sup> La fréquence et le temps consacré à consulter les médias d'information n'étaient toutefois pas mesurés. À notre connaissance, l'association entre la fréquence d'utilisation des médias d'information dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et la détresse psychologique n'a pas encore été documentée, bien qu'il s'agisse d'une priorité pour la recherche scientifique selon un groupe d'experts en psychiatrie.<sup>28</sup>

L'objectif de l'étude, menée selon un devis quantitatif non expérimental observationnel, est d'examiner l'association entre la fréquence d'utilisation des médias d'information (télévision, radio ou journaux) et la détresse psychologique chez les femmes enceintes, mesurée selon la présence de symptômes dépressifs et de stress post-traumatique ainsi que d'affects négatifs et d'anxiété spécifique à la COVID-19. L'hypothèse est qu'une fréquence de consultation des médias d'information élevée sera significativement associée à une plus grande sévérité de la détresse psychologique, même en tenant compte de

variables confondantes potentielles, telles que la présence autorapportée d'un trouble mental diagnostiqué, l'âge, l'âge gestationnelle, le niveau d'éducation et le revenu familial annuel.

## **Méthodologie**

### *Procédure et participantes*

L'étude a été menée auprès de femmes enceintes habitant la province de Québec. Ces femmes ont été recrutées du 2 au 13 avril 2020 par le biais des médias sociaux (Facebook et Instagram), soit lors d'une période durant laquelle l'état d'urgence sanitaire en lien avec la COVID-19 prévalait au Québec.<sup>29</sup> Les personnes qui souhaitaient participer étaient redirigées vers une plateforme sécurisée en ligne à partir de laquelle elles accédaient au formulaire de consentement et aux questionnaires. Toutes les femmes enceintes âgées de 18 ans ou plus, comprenant le français et ayant accès à un appareil électronique étaient éligibles à participer. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-20-266-10.10).

### *Mesures*

Un questionnaire sociodémographique a été utilisé afin de répertorier des caractéristiques de l'échantillon ainsi que des variables confondantes potentielles. Les diagnostics de troubles mentaux étaient évalués à l'aide de la question suivante: « Souffrez-



vous actuellement d'une condition ou de trouble(s) de santé mentale ? Si oui, veuillez spécifier si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé. ». Les troubles mentaux questionnés étaient les suivants : dépression, trouble anxieux, trouble de stress post-traumatique, trouble des conduites alimentaires, trouble bipolaire, trouble psychotique, trouble de la personnalité, trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité et autre trouble.

Le *Questionnaire de vécu face à la COVID-19* (Berthelot, Lemieux, Drouin-Maziade et Garon-Bissonnette, 2020, manuscrit inédit) a été élaboré par l'équipe de recherche afin d'évaluer l'ampleur de l'utilisation des médias d'information et de l'anxiété spécifique aux répercussions de la COVID-19 (voir SMéthode). Les participantes devaient quantifier sur une échelle en 5 points leur utilisation actuelle des médias d'information (télévision, radio ou journaux) en lien avec la pandémie de COVID-19 (ne pas se renseigner sur la pandémie de COVID-19; se renseigner un peu; prendre les nouvelles environ une fois par jour; prendre les nouvelles plusieurs fois par jour; être constamment à l'affût des nouvelles sur la pandémie de COVID-19). L'anxiété quant aux répercussions potentielles de la COVID-19 sur neuf domaines (santé mentale, santé physique, accessibilité des soins, qualité des soins, disponibilité des ressources matérielles, ressources financières, disponibilité des proches, qualité des relations au sein de la famille et contexte

mondial dans lequel l'enfant naîtra; voir SMéthode) a été évaluée à l'aide de 14 questions se répondant à partir d'une échelle de type Likert en quatre points (jamais à toujours).

L'instrument permet le calcul d'un score total entre 0 à 42 où un score élevé représente une anxiété spécifique à la COVID-19 importante. Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,88.

L'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS) a permis d'évaluer la présence de symptômes dépressifs chez les participantes lors des sept derniers jours.<sup>30</sup> Ce questionnaire autorapporté de 10 items utilise une échelle variable en 4 points. Plus le score est élevé (entre 0 et 30), plus la symptomatologie dépressive est sévère. Un seuil de signification clinique de 15 est utilisé en période prénatale.<sup>31</sup> Le questionnaire a été utilisé auprès d'échantillons de femmes enceintes<sup>32</sup> et présente d'excellentes qualités psychométriques en cours de grossesse.<sup>33,34</sup> Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,86 dans notre échantillon.

Une version francophone du PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) a permis d'évaluer l'ampleur, au cours du dernier mois, de la symptomatologie post-traumatique.<sup>35,36</sup> Pour notre étude, ce choix d'instrument repose sur le fort recoupement entre les symptômes du trouble de stress post-traumatique et ceux du trouble de stress aigu. Le trouble de stress aigu peut s'évaluer entre 3 jours et 1 mois après l'exposition à un stressor, ce qui concorde

avec notre période de recrutement. L'instrument, composé de 20 items se répondant sur une échelle de type Likert en 5 points (pas du tout à extrêmement), permet d'obtenir un score total entre 0 et 80. Un score élevé indique des symptômes sévères (seuil de signification clinique  $\geq 33$ ).<sup>37</sup> Les propriétés psychométriques de la version francophone de l'outil sont bonnes.<sup>35</sup> Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,92 pour la présente étude.

Une version francophone du Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) a été utilisée afin d'examiner les affects négatifs (p. ex., colère, culpabilité, honte).<sup>38,39</sup> Cet instrument, composé de deux sous-échelles (affects négatifs et affects positifs), possède 20 items se répondant sur une échelle de type Likert (très peu ou pas du tout, à énormément). Un score total oscillant de 10 à 50 est calculé pour chacun des types d'affects : plus le score est élevé, plus cette catégorie d'affects est prépondérante. La version francophone de l'instrument a de bonnes qualités psychométriques.<sup>38</sup> Dans la présente étude, seule la sous-échelle des affects négatifs est utilisée. Des analyses factorielles montrent que cette sous-échelle mesure deux catégories distinctes d'affects, soit des affects anxieux, et d'autres liés à l'abattement.<sup>38</sup> Le coefficient alpha de Cronbach est de 0,88 pour cette sous-échelle dans notre échantillon.

#### *Analyses des données*

La version 24.0 du logiciel SPSS a été utilisée pour réaliser les analyses statistiques. Les femmes ont d'abord été divisées en quatre groupes, selon qu'elles rapportaient se renseigner peu ou pas sur la pandémie de COVID-19 (groupe 1), prendre les nouvelles environ une fois par jour (groupe 2), prendre les nouvelles plusieurs fois par jour (groupe 3) ou être constamment à l'affût des nouvelles sur la pandémie de COVID-19 (groupe 4). Les groupes ont ensuite été comparés en termes de présence d'un trouble mental diagnostiqué au moment de la participation à l'étude, du niveau d'éducation, du revenu familial annuel, de l'âge et de l'âge gestationnel, à l'aide d'analyses de variance (ANOVA) pour les variables continues et de tests de chi carré pour les variables catégorielles. Les associations entre l'ensemble des variables à l'étude ont également été évaluées à l'aide de corrélations de Pearson ou de Spearman, selon le type de variable (continue ou ordinale).

Étant donné les fortes corrélations entre les quatre mesures (voir les résultats), une analyse factorielle avec une rotation Varimax a été réalisée dans le but de réduire le nombre de variables à analyser (voir Tableau S1). Une structure factorielle à un facteur de détresse psychologique a été obtenue. Une ANCOVA contrôlant pour l'âge, l'âge gestationnel, le niveau d'éducation, le revenu familial annuel et la présence d'un trouble mental diagnostiqué au moment de la participation à l'étude a été effectuée pour comparer les quatre groupes sur ce score factoriel. Des comparaisons de moyennes a posteriori ont

ensuite été réalisées en appliquant la correction de Bonferroni. Étant donné que six comparaisons ont été effectuées, un niveau de signification conservateur de 0,008 a été choisi pour ces analyses. Des tailles de l'effet (*TE*) ont été calculées en divisant la différence entre les moyennes ajustées des groupes par l'écart-type regroupé, pour chacune des comparaisons. Des analyses supplémentaires ont été effectuées, à l'aide de tests de chi carré, pour examiner si les groupes se distinguaient quant à la proportion de femmes enceintes qui rencontraient le seuil de signification clinique aux deux instruments pour lesquels un tel seuil était validé (EPDS et PCL-5).

### **Résultats**

Les données descriptives des participantes sont présentées au Tableau 1. Des 1378 participantes à l'étude, 364 ont été exclues des analyses parce qu'elles n'ont pas répondu à l'ensemble des quatre mesures utilisées pour évaluer la détresse psychologique (Tableau S2). Ces participantes ne se différenciaient pas de celles ayant entièrement complété les mesures en termes de présence d'un trouble mental, d'âge et d'âge gestationnel. Toutefois, les participantes n'ayant pas complété tous les instruments étaient généralement moins éduquées et avaient un plus faible revenu familial annuel (Tableau S3). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon de femmes enceintes retenues pour les analyses sont présentées au Tableau 1. La majorité d'entre elles étaient primipares ( $n = 613$ ,

60,5%) et 96% ( $n = 977$ ) étaient caucasiennes. Plus de la moitié des participantes détenaient un diplôme d'études universitaires ( $n = 565$ ) et environ 94% ( $n = 952$ ) ont déclaré avoir un revenu familial annuel au-dessus du seuil de faible revenu (entre 27 309\$ et 39 672\$, selon la communauté de provenance) pour une famille de trois personnes,<sup>40</sup> avant la pandémie. La médiane pour le revenu familial dans notre échantillon se situe entre 85 000 et 95 000\$. En 2018, le revenu médian pour un ménage québécois de deux personnes ou plus était de 87 400\$,<sup>41</sup> et 92,1% des femmes âgées entre 25 et 34 ans avaient obtenu au moins un diplôme d'études secondaires en 2016.<sup>42</sup> Notre échantillon de femmes enceintes apparaît donc représentatif des jeunes familles québécoises en termes d'éducation et de revenu. La comparaison des groupes formés à partir de la fréquence de consultation des médias d'information sur ces caractéristiques (Tableau 1) montre qu'ils se distinguent quant au niveau d'éducation, au revenu familial annuel, à l'âge des participantes et à l'âge gestationnel. La distribution des participantes ayant un trouble mental dans chacun des groupes était toutefois homogène, ce qui suggère que les participantes atteintes d'un trouble de santé mentale au début de la pandémie n'étaient pas enclines à consulter les médias d'information plus fréquemment.

Une matrice de corrélation incluant l'ensemble des variables à l'étude est présentée au Tableau 2. Les résultats de l'analyse factorielle montrent que les quatre mesures se

regroupent sur un facteur unique de détresse psychologique expliquant à lui seul 73,8% de la variance (Tableau S1). Une ANCOVA comparant les quatre groupes définis selon la fréquence de consultation des médias sur ce score factoriel indique que les groupes se distinguent en terme de détresse psychologique,  $F(3,998) = 27,02$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  partiel = 0,075. Les comparaisons de moyennes a posteriori avec la correction de Bonferroni (Tableau 3 et Figure 1) montrent que les femmes enceintes qui consultent constamment les médias d'information en lien avec la COVID-19 présentent significativement plus de détresse psychologique que celles des autres groupes ( $TE$  entre 0,42 et 0,81). Les femmes qui s'informent sur la COVID-19 plusieurs fois par jour présentent, quant à elles, un plus haut niveau de détresse psychologique que celles qui s'informent peu ou pas ( $TE = 0,43$ ), et que celles qui s'informent qu'une fois par jour ( $TE = 0,38$ ). Il n'y a pas de différence significative quant à la sévérité de la détresse entre les femmes qui s'intéressent peu ou pas aux actualités en lien avec la COVID-19 et celles qui consultent les médias une fois par jour. Des résultats similaires sont observés lorsque les analyses sont menées séparément pour les quatre mesures utilisées pour évaluer la détresse (Tableau S4). Quant à la distribution des femmes enceintes qui rencontrent le seuil clinique pour les symptômes dépressifs et de stress post-traumatique, les résultats montrent qu'il y a significativement plus de femmes qui rencontrent ces seuils dans le groupe qui consulte constamment les

médias d'information, comparativement à dans le groupe qui s'informe une fois par jour (Tableau S5).

### **Discussion**

A notre connaissance, il s'agit de la première étude à l'échelle internationale à rapporter une relation significative entre la fréquence d'utilisation des médias d'information durant la pandémie de COVID-19 et la détresse psychologique chez les femmes enceintes. Nos résultats sont cohérents avec ceux de deux études menées auprès de la population adulte américaine, en contexte de pandémie.<sup>26,27</sup> Bien qu'il ne soit pas possible d'affirmer l'existence d'un lien de cause à effet, ces résultats apportent un appui empirique aux recommandations faites à la population générale par l'OMS ainsi que par différentes organisations canadiennes et associations de psychiatres, quant aux impacts potentiels d'une surexposition aux actualités au sujet de la COVID-19 sur la santé mentale.<sup>21-23</sup> Tel que souligné par un groupe d'experts dans le domaine de la psychiatrie,<sup>28</sup> il est essentiel d'identifier des facteurs sur lesquels les individus peuvent agir afin de protéger leur bien-être psychologique, lorsqu'ils sont confrontés à un contexte socio-sanitaire hautement stressant. La réduction du temps investi à s'informer sur l'objet de la menace sanitaire semble être un de ces facteurs étant donné que les différences entre les participantes qui consultent les médias une fois par jour et celles qui les consultent plus fréquemment ont



une taille de l'effet considérable. Les résultats de la présente étude ont des implications particulières pour la population à l'étude, soit les femmes enceintes, comme ces dernières rapportent une détresse psychologique importante pendant la pandémie de COVID-19<sup>15</sup> et que la détresse en cours de grossesse a été associée à un éventail de conséquences négatives pour la santé des mères et pour le développement de l'enfant.<sup>16-19</sup>

Il est intéressant de remarquer que le lien significatif entre la sévérité de la détresse psychologique et la consultation de l'actualité en lien avec la COVID-19 s'observe dès que cette dernière dépasse la fréquence d'une fois par jour. Ce ne serait donc pas le fait de porter attention aux informations en lien avec la pandémie qui serait associé à une plus grande détresse psychologique chez les femmes durant la grossesse, mais plutôt d'adopter un comportement répétitif de consultation des médias. Ce résultat soutiendrait une autre recommandation de l'OMS à l'effet de privilégier les mises à jour quotidiennes au sujet de la COVID-19 comparativement à consommer un flot constant d'actualités.<sup>22</sup> La connaissance des mises à jour critiques concernant le virus et les mesures de santé publique permet de réviser les comportements adoptés afin de se protéger,<sup>22</sup> tandis qu'une consommation ininterrompue d'informations apporte peu de nouvelles données utiles pour se mettre en action.<sup>32</sup> Conséquemment, ces informations pourraient générer de la rumination, phénomène associé au développement et au maintien de l'anxiété et de la

dépression.<sup>43</sup> Nos résultats à l'effet que les femmes qui s'exposaient peu ou pas aux actualités liées à la COVID-19 ne présentaient pas moins de symptômes que les femmes qui consultaient les médias d'information une fois par jour suggèrent qu'il n'y aurait pas de bénéfice clair sur le plan de la détresse psychologique à se distancier complètement des médias d'information, en comparaison à les consulter de manière dosée. En contrepartie, cette stratégie peut s'avérer risquée puisqu'elle ne permet pas à la personne d'être informée d'importantes mesures de santé publique.

Par ailleurs, certaines limites et forces de l'étude sont à considérer pour interpréter les résultats. Une première limite est que l'étude ne comporte pas de mesure longitudinale qui permettrait d'examiner si la sévérité de la détresse psychologique varie en fonction du degré d'exposition aux médias. Il n'est donc pas possible de déterminer le sens exact de la relation entre l'ampleur de l'exposition à des médias d'information et la sévérité de la détresse durant la pandémie de COVID-19. En ce sens, il est possible que les femmes qui sont fondamentalement plus anxieuses ou déprimées tendent à consulter plus fréquemment les médias d'information pendant la pandémie. Cependant, aucune association n'était observée dans notre étude entre les diagnostics de santé mentale autorapportés et la fréquence de consultation des médias d'information, bien que des tendances anxieuses ou dépressives n'entraînent pas nécessairement un diagnostic de trouble mental. Une seconde

limite de l'étude est qu'il n'est pas possible d'évaluer si notre échantillon est représentatif de la population de femmes enceintes et si nos résultats peuvent être généralisés aux adultes de la population générale. Les participantes étant moins éduquées et ayant un plus faible revenu étaient d'ailleurs plus nombreuses à avoir abandonné l'étude avant de compléter l'ensemble des mesures. Toutefois, celles ayant complété l'étude présentent un profil semblable aux femmes âgées entre 25 et 34 ans de la population québécoise, au plan de l'éducation et du revenu familial. Notre échantillon demeure néanmoins peu diversifié au plan ethnique et il est composé majoritairement de femmes primipares. La barrière langagière (outils en français) pourrait avoir joué un rôle concernant la faible représentation ethnique. De futures recherches sont donc requises auprès d'un échantillon plus diversifié. Une troisième limite porte sur la nature autorapportée des mesures utilisées. Néanmoins, outre le nouvel instrument en lien avec la COVID-19, les outils de mesure choisis ont été validés et sont largement reconnus pour leur utilité clinique. De plus, nous avons utilisé concurremment plusieurs mesures évaluant des types distincts de symptômes et d'affects. Enfin, notre mesure de la fréquence de consultation des médias ne nous permettait pas de distinguer la nature précise des médias d'information consultés.

## **Conclusion**

Cette étude est parmi les premières à porter sur la relation entre la consultation des médias d'information et la détresse psychologique dans le contexte de la pandémie de COVID-19. L'étude souligne que les recommandations de l'OMS et du gouvernement canadien suggérant de réduire le temps investi à consulter les médias au sujet de la COVID-19 sont pertinentes et justifiées. Le soutien apporté aux femmes enceintes et à d'autres groupes vulnérables de la population afin de favoriser leur santé mentale en temps de pandémie pourrait néanmoins dépasser cette suggestion. Notamment, les instances de santé publique canadiennes pourraient offrir des renseignements à la population sur des stratégies possibles de gestion du stress. Les organisations offrant des soins de santé et des services sociaux pourraient également favoriser la mise en place de mesures de soutien psychologique à distance. Sachant que le stress vécu en période prénatale peut avoir des répercussions importantes pour le bien-être des mères et le développement de leur enfant,<sup>14-</sup><sup>17</sup> la mise en place d'interventions concrètes pour diminuer la détresse psychologique des femmes enceintes est cruciale.

**Accès aux données**

Les données à partir desquelles l'étude a été réalisée pourront être fournies sur demande faite auprès de l'auteure ressource.

**Remerciements**

Les auteurs souhaitent remercier toutes les femmes en attente d'un enfant ayant participé à l'étude.

**Divulgence de conflit d'intérêts**

Les auteurs déclarent qu'ils n'ont aucun conflit d'intérêt en lien avec cette étude et la publication de ses résultats.

**Financement**

Un soutien financier du Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille (CEIDF), du Groupe de recherche et d'intervention auprès des enfants vulnérables et négligés (GRIN) ainsi que du Fonds de Recherche du Québec - Santé a été reçu pour réaliser cette recherche.

## Références

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. 2020 [Repéré le 16 avril 2020]. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Gouvernement du Canada. La réponse du gouvernement du Canada à la COVID-19. 2020 [Repéré le 16 avril 2020]. <https://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/covid.html>.
3. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: a review of the existing literature. *Asian J Psychiatr.* 2020;52:102066.
4. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord.* 2020;70:102196.
5. Lima CKT, Carvalho PMM, Lima I, et coll. The emotional impact of coronavirus 2019-nCoV (new coronavirus disease). *Psychiatry Res.* 2020;287:112915.
6. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, et coll. Unprecedented disruption of lives and work: health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Res.* 2020;288:112958.
7. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: the need for prevention and early intervention. *JAMA Intern Med.* 2020;180(6):817-818.
8. Dutheil F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov-2 pandemic. *Psychol Med.* 2020;1-2. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001336>
9. Fekih-Romdhane F, Ghrissi F, Abbassi B, et coll. Prevalence and predictors of PTSD during the COVID-19 pandemic: Findings from a Tunisian community sample. *Psychiatry Res.* 2020;290:113131.
10. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, et coll. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(3):228-229.
11. Bao Y, Sun Y, Meng S, et coll. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet.* 2020;395:e37-e38.
12. Chen H, Guo J, Wang C, et coll. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet.* 2020;395:809-815.
13. Schwartz DA. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med.* 2020. DOI: 10.5858/arpa.2020-0901-sa.

14. Wu Y, Zhang C, Liu H, et coll. Perinatal depression of women along with 2019 novel coronavirus breakout in China. SSRN. 2020.  
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3539359>
15. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, et coll. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2020;99:848-55.
16. Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, et coll. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;16:S0149-7634. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003
17. Meaney MJ. Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health. *Am J Psychiatry*. 2018;175(11):1084-1093.
18. Wu Y, Lu YC, Jacobs M, et coll. Association of prenatal maternal psychological distress with fetal brain growth, metabolism, and cortical maturation. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e1919940.
19. Tarabulsky GM, Pearson J, Vaillancourt-Morel M-P, et coll. Meta-analytic findings of the relation between maternal prenatal stress and anxiety and child cognitive outcome. *J Dev Behav Pediatr*. 2014;35(1):38-43.
20. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(4):356-367.
21. Gouvernement du Canada. Prendre soin de sa santé mentale durant la pandémie de la COVID-19. 2020 [Repéré le 16 avril 2020]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/sante-mentale.html>.
22. World Health Organization. Mental health and psychosocial consideration during the COVID-19 outbreak. 2020 [Repéré le 20 avril 2020].  
<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>.
23. Association des médecins psychiatres du Québec. Conseils pour garder la santé mentale pendant la quarantaine. 2020 [Repéré le 20 avril 2020].  
<https://ampq.org/wp-content/uploads/2020/04/p-10008-ampq-doc-maintien-sante-mentale-quarantainev1.pdf>.
24. Vasterman P, Yzermans CJ, Dirkzwager AJ. The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. *Epidemiol Rev*. 2005;27:107-14.

25. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol.* 2020;39(5):355-357.
26. Thompson RR, Garfin DR, Holman EA, et coll. Distress, worry, and functioning following a global health crisis: a national study of americans' responses to Ebola. *Clin Psychol Sci.* 2017;5(3):513-521.
27. Riehm KE, Holingue C, Kalb LG, et coll. Associations Between Media Exposure and Mental Distress Among U.S. Adults at the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *Am J Prev Med.* Publié en ligne le 10 juillet 2020. doi: [10.1016/j.amepre.2020.06.008](https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.06.008)
28. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et coll. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(6):547-560.
29. Gouvernement du Québec. Décret 460-2020, 15 avril 2020. *Gazette officielle du Québec* ed2020:1307A-1308A.
30. Cox J, Holden J, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-786.
31. Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, et coll. A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:350-64.
32. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, et coll. Prenatal attachment, parental confidence, and mental health in expecting parents: the role of childhood trauma. *J Midwifery Womens Health.* 2020;65:85-95.
33. Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol.* 1990;8(2):99-107.
34. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the french version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry.* 1998;13(2):83-89.
35. Ashbaugh AR, Houle-Johnson S, Herbert C, et coll. Psychometric validation of the english and french versions of the Posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PLoS One.* 2016;11(10):e0161645.
36. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety.* 2011;28(7):596-606.
37. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, et coll. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) National Center for PTSD. 2013. Boston, MA.



38. Gaudreau P, Sanchez X, Blondin J-P. Positive and negative affective states in a performance-related setting. *Eur J Psychol Assess.* 2006;22(4):240-249.
39. Watson D, Clark LA. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J Pers Soc Psychol.* 1988;54(6):1063-1070.
40. Statistique Canada. Tableau 11-10-0241-01 Seuils de faible revenu (SFR) avant et après impôt selon la taille de la communauté et la taille de la famille, en dollars courants. [Repéré le 13 août 2020]. <https://doi.org/10.25318/1110024101-fra>.
41. Statistique Canada. Enquête sur les finances des consommateurs (1996-1997), Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (1996-2011, données révisées entre 2006 et 2011 pour faciliter les comparaisons avec la période débutant en 2012) et Enquête canadienne sur le revenu (2012-2017), fichiers maîtres. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. [Repéré le 13 août 2020]
42. Statistique Canada. Plus haut niveau de scolarité atteint (général) selon certains groupes d'âge 25 à 34, sexe féminin, répartition en % (2016), Canada, provinces et territoires, Recensement de 2016 – Données-échantillon (25 %). [Repéré le 13 août 2020].
43. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnor Psychol.* 2000;109(3):504-511.

**Tableau 1.** Distribution des participantes selon les caractéristiques démographiques, cliniques et la fréquence de consultation des médias d'information.

Variable	Caractéristique	Groupe 1 Peu ou pas ( <i>n</i> = 87) <i>n</i> (%)	Groupe 2 Une fois ( <i>n</i> = 469) <i>n</i> (%)	Groupe 3 Plusieurs fois ( <i>n</i> = 330) <i>n</i> (%)	Groupe 4 Constamment ( <i>n</i> = 128) <i>n</i> (%)	Différence entre les groupes
Trouble mental <sup>a</sup>	Aucun trouble actuel	64 (73,56)	371 (79,10)	276 (83,64)	102 (79,69)	$\chi^2(3) = 5,23, p = 0,16$
	Au moins un trouble actuel	23 (26,44)	98 (20,90)	54 (16,36)	25 (19,53)	
	Données manquantes	0	0	0	1 (0,78)	
	Dépression	6 (6,90)	6 (1,28)	7 (2,12)	5 (3,91)	
	Trouble anxieux	14 (16,09)	56 (11,94)	39 (11,82)	16 (12,50)	
	TSPT	1 (1,15)	8 (1,71)	0	6 (4,69)	
	TCA	0	3 (0,64)	2 (0,61)	1 (0,78)	
	Trouble bipolaire	1 (1,15)	2 (0,43)	2 (0,61)	0	
	Trouble psychotique	0	0	0	0	
	Trouble de la personnalité	5 (5,75)	9 (1,92)	2 (0,61)	2 (1,56)	
	TDA/H	7 (8,04)	39 (8,32)	15 (4,55)	9 (7,03)	
	Autre trouble	0	6 (1,28)	1 (0,30)	0	
Revenu familial annuel (dollar canadien)	< 35 000\$	10 (11,49)	30 (6,40)	11 (3,33)	11 (8,59)	$\chi^2(30) = 48,99, p < 0,05$
	35 000\$–64 999\$	15 (17,24)	79 (16,84)	43 (13,03)	17 (13,28)	
	65 000\$–94 999\$	35 (40,23)	151 (32,20)	87 (26,36)	37 (28,91)	
	≥ 95 000\$	24 (27,59)	203 (43,28)	185 (56,06)	61 (47,66)	
	Données manquantes	3 (3,45)	6 (1,28)	4 (1,21)	2 (1,56)	
Education	Secondaire non complété	3 (3,45)	2 (0,43)	3 (0,91)	2 (1,56)	$\chi^2(18) = 42,94, p < 0,001$
	Secondaire complété	5 (5,75)	22 (4,69)	17 (5,15)	11 (8,59)	
	Collège/professionnel	41 (47,13)	205 (43,71)	92 (27,88)	43 (33,59)	
	Diplôme universitaire	38 (43,68)	238 (50,75)	217 (65,75)	72 (56,26)	
	Données manquantes	0	2 (0,43)	1 (0,30)	0	
Âge des participantes [ <i>M</i> <sub>années</sub> ( <i>ÉT</i> )]		28,74 (4,22)	28,94 (3,93)	30,30 (4,00)	29,16 (4,14)	$F(3, 1010) = 8,60, p < 0,001$
Âge gestationnel [ <i>M</i> <sub>semaines</sub> ( <i>ÉT</i> )]		21,72 (9,41)	23,96 (9,51)	25,22 (8,88)	25,35 (8,83)	$F(3, 1010) = 4,13, p < 0,01$

*Note.* TCA = Trouble des conduites alimentaires; TDA/H = Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité; TSPT = Trouble de stress post-traumatique.

<sup>a</sup>Présence autorapportée d'un trouble mental diagnostiqué par un professionnel au moment de la participation à l'étude.

**Tableau 2.** Matrice de corrélation entre les variables à l'étude ( $N=1014$ ).<sup>a</sup>

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Regroupement selon la consultation des médias									
2. Symptômes dépressifs	0,16**								
3. Affects négatifs	0,19**	0,69**							
4. Symptômes de stress post-traumatique	0,15**	0,71**	0,64**						
5. Anxiété spécifique à la COVID	0,25**	0,61**	0,55**	0,55**					
6. Trouble de santé mentale	-0,06	0,19**	0,18**	0,26**	0,16**				
7. Âge	0,09**	0,05	-0,08**	-0,04	-0,12**	-0,07*			
8. Âge gestationnel	0,10**	0,05	0,05	0,02	0,11**	-0,06	-0,001		
9. Niveau d'éducation	0,10**	-0,15**	-0,22**	-0,15**	-0,25**	-0,11**	0,33**	-0,09	
10. Revenu familial annuel	0,12**	-0,17**	-0,17**	-0,19**	-0,22**	-0,15**	0,23**	0,02	0,41**

<sup>a</sup>Associations testées selon des corrélations de Pearson (variables continues) ou des corrélations de Spearman (en présence d'une variable ordinale).

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ .

**Tableau 3.** Comparaison de moyennes a posteriori avec la correction de Bonferroni évaluant les différences dans la sévérité de la détresse psychologique selon la fréquence de consultation des médias d'information.<sup>a</sup>

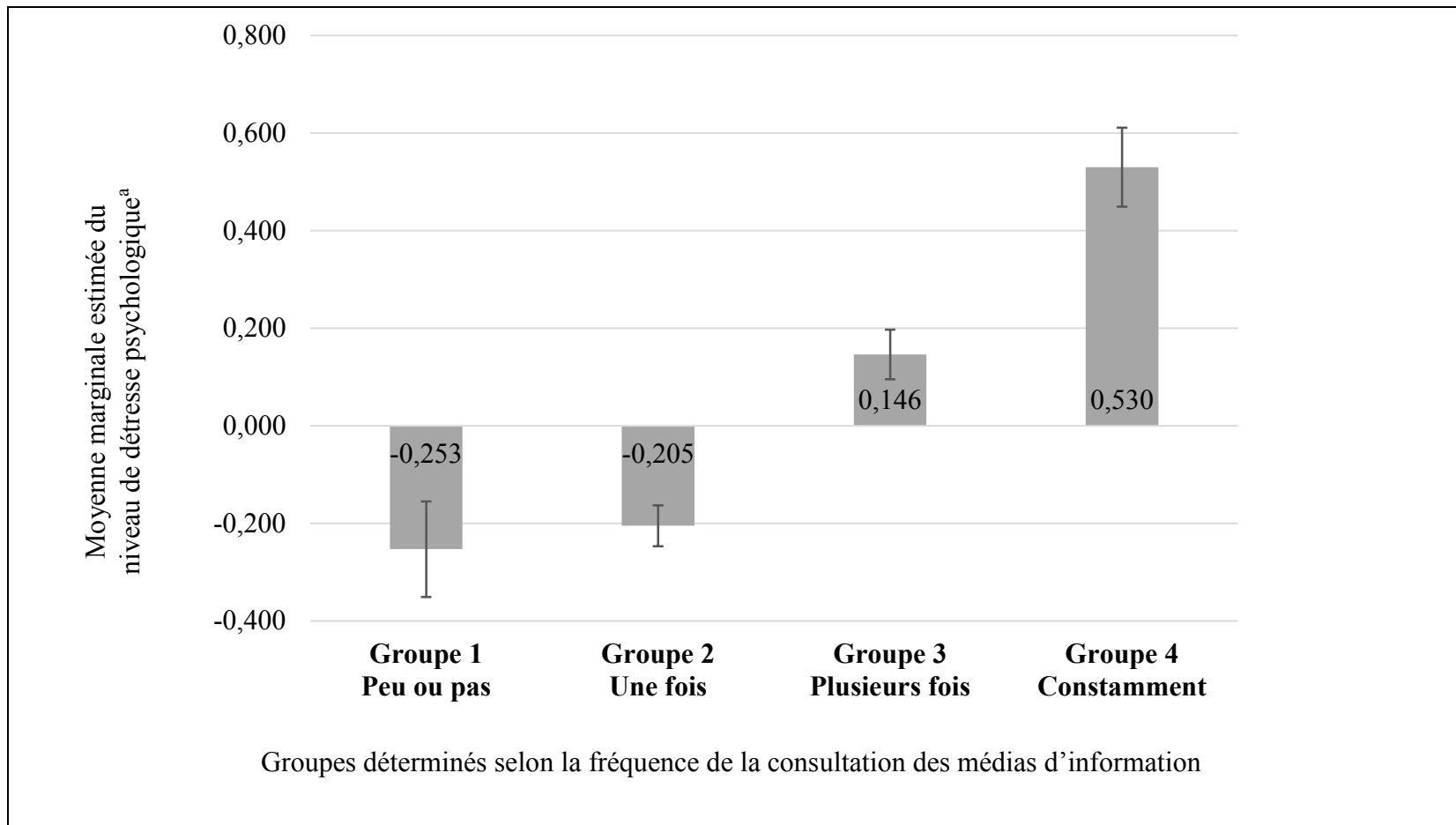
Comparaison des groupes selon l'utilisation des médias		Différence de moyennes <sup>b</sup>	Erreur standard	Signification ( <i>p</i> ) <sup>c</sup>	Taille de l'effet <sup>d</sup>
Groupe 1 (Peu ou pas)	Groupe 2 (Une fois par jour)	-0,05	0,11	1,00	0,04
	Groupe 3 (Plusieurs fois par jour)	-0,40	0,11	0,002*	0,43
	Groupe 4 (Constamment)	-0,74	0,13	< 0,001*	0,71
Groupe 2 (Une fois par jour)	Groupe 3 (Plusieurs fois par jour)	-0,35	0,07	< 0,001*	0,38
	Groupe 4 (Constamment)	-0,74	0,09	< 0,001*	0,81
Groupe 3 (Plusieurs fois par jour)	Groupe 4 (Constamment)	-0,38	0,10	< 0,001*	0,42

<sup>a</sup>Des comparaisons de moyennes a posteriori avec la correction de Bonferroni ont été réalisées à la suite d'une ANCOVA contrôlant pour la présence d'un trouble mental diagnostiqué, l'âge, l'âge gestationnel, le niveau d'éducation et le revenu familial annuel,  $F(3,998) = 27,02, p < 0,001, \eta^2 \text{ partiel} = 0,075$ .

<sup>b</sup>La différence de moyenne a été calculée à partir de la moyenne marginale estimée des groupes, résultant du score factoriel obtenu pour les participantes à la suite de l'analyse factorielle avec rotation Varimax (incluant les symptômes dépressifs, les affects négatifs, les symptômes de stress post-traumatique et l'anxiété spécifique à la COVID-19).

<sup>c</sup>Le niveau de signification a été fixé à 0,008.

<sup>d</sup>La taille de l'effet a été calculée en divisant la différence entre les moyennes ajustées des groupes par l'écart-type regroupé.



**Figure 1.** Sévérité de la détresse psychologique selon la fréquence de consultation des médias d'information.

<sup>a</sup>Les moyennes marginales estimées ont été calculées en utilisant le score factoriel obtenu pour chacune des participantes à la suite de l'analyse factorielle avec rotation Varimax (incluant les symptômes dépressifs, les affects négatifs, les symptômes de stress post-traumatique et l'anxiété spécifique à la COVID-19)

## Matériel supplémentaire

### **Association entre la fréquence de consultation des médias d'information et la détresse psychologique chez les femmes enceintes durant la pandémie de COVID-19.**

SMéthode. Questionnaire de vécu face à la COVID-19

Tableau S1. *Saturation factorielle des quatre mesures de détresse psychologique pour le facteur extrait de l'analyse factorielle avec rotation Varimax réalisée (N = 1014)*

Tableau S2. *Nombre de femmes enceintes présentant des données manquantes pour les instruments de mesure de la détresse psychologique (N = 1378)*

Tableau S3. *Comparaison des participantes selon qu'elles ont rempli l'ensemble des mesures ou non, quant à leurs caractéristiques démographiques et cliniques*

Tableau S4. *Analyses de covariance et comparaison des moyennes a posteriori pour les quatre mesures de détresse psychologique, selon les quatre groupes de femmes enceintes*

Tableau S5. *Distribution des participantes selon les seuils cliniques des symptômes dépressifs et de stress post-traumatique, et la fréquence de consultation des médias d'information*

### **Questionnaire de vécu face à la COVID-19**

(Berthelot, Lemieux, Drouin-Maziade, & Garon-Bissonnette, 2020)

Nous aimerions en apprendre davantage sur  **votre vécu en lien avec la pandémie de COVID-19, étant donné que vous attendez actuellement un enfant**. Vos réponses nous aideront à mieux comprendre l'expérience des personnes qui attendent un enfant lors de contextes socio-sanitaires difficiles.

1. Pourriez-vous identifier les principaux changements que vous avez observés dans votre expérience de l'attente d'un enfant **depuis** que l'état d'urgence sanitaire a été décrété au Québec le 13 mars dernier ?

2. Comment décririez-vous les changements dans votre niveau de stress **depuis** que l'état d'urgence sanitaire a été décrété au Québec le 13 mars dernier ?

- ☐ Je suis moins stressé(e) qu'avant le 13 mars dernier  
☐ Je suis ni plus ni moins stressé(e) qu'avant le 13 mars dernier  
☐ Je suis plus stressé(e) qu'avant le 13 mars dernier

3. A quel point êtes-vous stressé(e) ou préoccupé(e) actuellement face aux éléments suivants étant donné le contexte entourant la pandémie de COVID-19 ?

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
a) Je suis stressé(e) par rapport à ma santé physique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Je suis préoccupé(e) par rapport à ma santé mentale dans le contexte de confinement et d'incertitude que représente la pandémie de COVID-19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Je suis angoissé(e) d'attraper la COVID-19 dans le contexte des soins et services liés à la grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Je suis stressé(e) par rapport à la santé de mon/ma partenaire (si applicable).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Je suis angoissé(e) que mon/ma partenaire attrape la COVID-19 dans le contexte des soins et services liés à la grossesse (si applicable).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Je crains que le contexte de pandémie affecte la disponibilité ou la qualité des soins offerts dans le cadre du suivi de grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



g) Je crains que le contexte de pandémie affecte la qualité des soins offerts lors de l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Je crains que le contexte de pandémie affecte la disponibilité des ressources professionnelles et la qualité des soins offerts à la suite de la naissance de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Je suis préoccupé(e) à l'idée que des gens importants pour moi ne puissent pas être présents lors de l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Je suis préoccupé(e) à l'idée que des gens importants pour moi ne puissent pas être présents à la suite de la naissance de mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Je crains que la pandémie de COVID-19 affecte la qualité des relations au sein de notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Je suis angoissé(e) à l'idée que mon enfant attrape la COVID-19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Je suis préoccupé(e) de ne pas avoir les ressources financières nécessaires pour répondre aux besoins de mon enfant tel que je le souhaiterais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Je crains que mon enfant naisse dans un monde qui sera différent de celui que je connais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Comment décririez-vous votre utilisation des médias d'information actuellement ?

☐ Je ne me renseigne pas sur la pandémie de COVID-19

☐ Je me renseigne un peu sur la pandémie de COVID-19

☐ Je prends les nouvelles (à la télévision, la radio ou via les journaux) environ une fois par jour

☐ Je prends les nouvelles (à la télévision, la radio ou via les journaux) plusieurs fois par jour

☐ Je suis constamment à l'affût des nouvelles sur la pandémie de COVID-19

5. Y a-t-il des choses qui ont été particulièrement aidantes pour vous dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ?

**Tableau S1.** Saturation factorielle des quatre mesures de détresse psychologique pour le facteur extrait de l'analyse factorielle avec rotation Varimax ( $N = 1014$ ).

Mesure	Facteur 1 <sup>a</sup> Détresse psychologique
EPDS (symptômes dépressifs)	0,77
PANAS (affects négatifs)	0,78
PCL-5 (symptômes de stress post-traumatique)	0,71
COVID-19 (anxiété spécifique à la COVID-19)	0,69

*Note.* COVID-19 = Questionnaire de vécu face à la COVID-19; EPDS = Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; PCL-5 = PTSD Checklist for DSM-5.

<sup>a</sup>Le facteur extrait explique 73,80% de la variance totale.

**Tableau S2.** Nombre de femmes enceintes présentant des données manquantes pour les instruments de mesure de la détresse psychologique ( $N = 1378$ ).

Mesure <sup>a</sup>	<i>n</i> (%)
COVID-19 (anxiété spécifique à la COVID-19)	2 (0,14)
PANAS (affects négatifs)	103 (9,22)
EPDS (symptômes dépressifs)	163 (11,83)
PCL-5 (symptômes de stress post-traumatique)	350 (25,40)
Total (au moins une donnée manquante, incluant les covariables <sup>b</sup> )	364 (26,42)

<sup>a</sup>Les questionnaires ont été administrés dans cet ordre. Les participantes présentant des données manquantes ont, pour la plupart, cessé de répondre aux questionnaires avant d'avoir complété le protocole d'évaluation complet.

<sup>b</sup>Covariables considérées : âge, âge gestationnel, niveau d'éducation, revenu familial annuel et présence d'un trouble mental diagnostiqué lors de la participation à l'étude.

**Tableau S3.** Comparaison des participantes selon qu'elles ont rempli l'ensemble des mesures ou non, quant à leurs caractéristiques démographiques et cliniques.

Variable	Caractéristique	Données complètes ( <i>n</i> = 1014) <i>n</i> (%)	Données manquantes ( <i>n</i> = 364) <i>n</i> (%)	Différence entre les groupes
Trouble mental <sup>a</sup>	Aucun trouble actuel	813 (80,18)	278 (76,37)	$\chi^2(1) = 2,20, p = 0,14$
	Au moins un trouble actuel	200 (19,72)	85 (23,35)	
	Données manquantes	1 (0,10)	1 (0,27)	
	Dépression	24 (2,37)	13 (3,57)	$\chi^2(10) = 19,52, p < 0,05$
	Trouble anxieux	125 (12,33)	58 (15,93)	
	TSPT	15 (1,48)	0	
	TCA	6 (0,59)	0	
	Trouble bipolaire	5 (0,49)	1 (0,27)	
	Trouble psychotique	0	0	
	Trouble de la personnalité	18 (1,78)	6 (1,65)	
	TDA/H	70 (6,90)	27 (7,42)	
	Autre trouble	7 (0,69)	3 (0,82)	
	Revenu familial annuel (dollar canadien)			
	< 35 000\$	62 (6,11)	39 (10,71)	$\chi^2(6) = 18,94, p < 0,01$
Education	35 000\$–64 999\$	154 (15,19)	61 (16,76)	
	65 000\$–94 999\$	310 (30,57)	99 (27,20)	
	≥ 95 000\$	473 (46,65)	153 (42,03)	
	Données manquantes	15 (1,48)	12 (3,30)	
	Secondaire non complété	10 (0,99)	6 (1,65)	$t(1373) = 0,10, p = 0,92$
	Secondaire complété	55 (5,42)	37 (10,16)	
	Collège/professionnel	381 (37,57)	151 (41,48)	
	Diplôme universitaire	565 (55,72)	170 (46,70)	
	Données manquantes	3 (0,30)	0	$t(1373) = 0,36, p = 0,72$
Âge des participantes [ <i>M</i> <sub>années</sub> ( <i>ÉT</i> )]		29,39 (4,05)	29,42 (4,11)	
Âge gestationnel [ <i>M</i> <sub>semaines</sub> ( <i>ÉT</i> )]		24,36 (9,26)	24,56 (9,84)	

*Note.* TCA = Trouble des conduites alimentaires; TDA/H = Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité; TSPT = Trouble de stress post-traumatique.

<sup>a</sup>Présence autorapportée d'un trouble mental diagnostiqué par un professionnel au moment de la participation à l'étude.

**Tableau S4.** Analyses de covariance et comparaison de moyennes a posteriori pour les quatre mesures de détresse psychologique, selon la fréquence de consultation des médias d'information.<sup>a</sup>

Variable	Groupe 1 Peu ou pas ( <i>n</i> = 87)		Groupe 2 Une fois par jour ( <i>n</i> = 469)		Groupe 3 Plusieurs fois par jour ( <i>n</i> = 330)		Groupe 4 Constamment ( <i>n</i> = 128)		ANCOVA <sup>c</sup>
	<i>M</i>	<i>ES</i>	<i>M</i>	<i>ES</i>	<i>M</i>	<i>ES</i>	<i>M</i>	<i>ES</i>	
Symptômes dépressifs	8,78 <sup>bc</sup>	5,96	8,61 <sup>b</sup>	4,90	9,57 <sup>cd</sup>	4,86	11,21 <sup>d</sup>	5,53	$F(3, 998) = 11,79$ , $p < 0,001$ , $\eta^2$ partiel = 0,03
Affects négatifs	22,29 <sup>bc</sup>	7,33	21,96 <sup>b</sup>	6,74	23,88 <sup>c</sup>	7,33	26,76 <sup>d</sup>	7,93	$F(3, 998) = 21,21$ , $p < 0,001$ , $\eta^2$ partiel = 0,06
Stress post-traumatique	13,69 <sup>bc</sup>	14,03	11,97 <sup>b</sup>	11,25	13,78 <sup>c</sup>	11,28	18,79 <sup>d</sup>	14,18	$F(3, 998) = 13,88$ , $p < 0,001$ , $\eta^2$ partiel = 0,04
Anxiété liée à la COVID-19	17,28 <sup>b</sup>	7,83	18,24 <sup>b</sup>	7,62	20,59 <sup>c</sup>	7,82	24,55 <sup>d</sup>	7,66	$F(3, 998) = 35,34$ , $p < 0,001$ , $\eta^2$ partiel = 0,10

<sup>a</sup>Résultats de la MANCOVA effectuée avant de réaliser les ANCOVAs et les comparaisons de moyennes a posteriori: il existe au moins une différence significative entre les quatre groupes sur la détresse psychologique ( $\lambda$  de Wilks = 0,90,  $F_{12,2633} = 9,39$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  partiel = 0,04), même en contrôlant pour la présence d'un trouble mental diagnostiqué ( $\lambda$  de Wilks = 0,93,  $F_{4,995} = 19,59$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  partiel = 0,07), l'âge des participantes ( $\lambda$  de Wilks = 0,99,  $F_{4,995} = 2,62$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2$  partiel = 0,01), l'âge gestationnel ( $\lambda$  de Wilks = 0,99,  $F_{4,995} = 2,60$ ,  $p < 0,05$ ,  $\eta^2$  partiel = 0,01), le niveau d'éducation ( $\lambda$  de Wilks = 0,96,  $F_{4,995} = 9,35$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  partiel = 0,04) et le revenu familial annuel ( $\lambda$  de Wilks = 0,97,  $F_{4,995} = 6,82$ ,  $p < 0,001$ ,  $\eta^2$  partiel = 0,03).

<sup>bcd</sup>Pour une même mesure, les groupes dont la moyenne partage une lettre similaire ne se différencient pas de façon significative.

<sup>c</sup>Covariables considérées: présence d'un trouble mental diagnostiqué au moment de l'étude, l'âge des participantes, l'âge gestationnel, le niveau d'éducation et le revenu familial annuel.

**Tableau S5.** Distribution des participantes selon les seuils cliniques des symptômes dépressifs et de stress post-traumatique, et la fréquence de consultation des médias d'information.

Variable	Caractéristique	Groupe 1 Peu ou pas ( <i>n</i> = 87) <i>n</i> (%)	Groupe 2 Une fois ( <i>n</i> = 469) <i>n</i> (%)	Groupe 3 Plusieurs fois ( <i>n</i> = 330) <i>n</i> (%)	Groupe 4 Constamment ( <i>n</i> = 128) <i>n</i> (%)	Différence entre les groupes
Symptômes dépressifs (EPDS)	Sous le seuil clinique (≤14)	71 (81,6)	409 (87,4)	275 (83,3)	95 (74,2)	$\chi^2(3) = 13,53, p < 0,01$
	Au-dessus au seuil clinique (≥15)	16 (18,4) <sup>ab</sup>	59 (12,6) <sup>b</sup>	55 (16,7) <sup>ab</sup>	33 (25,8) <sup>a</sup>	
Symptômes de stress post- traumatique (PCL-5)	Sous le seuil clinique (≤ 32)	76 (87,4)	440 (93,8)	304 (92,1)	107 (83,6)	$\chi^2(3) = 15,47, p = 0,001$
	Au-dessus au seuil clinique (≥ 33)	11 (12,6) <sup>ab</sup>	29 (6,2) <sup>b</sup>	26 (7,9) <sup>b</sup>	21 (16,4) <sup>a</sup>	

<sup>abcd</sup>Pour une même mesure, les groupes dont le nombre de femmes ayant obtenu un score rencontrant le seuil clinique significatif partage une lettre similaire ne se différencient pas de façon significative.