

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MODÈLE D'EFFETS DIRECTS ET INDIRECTS DES SYMPTÔMES  
POST-TRAUMATIQUES LIÉS À L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES MÈRES SUR  
LA QUALITÉ DU DÉVELOPPEMENT SOCIOÉMOTIONNEL DE L'ENFANT

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MARGUERITE FILLION

NOVEMBRE 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES  
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Roxanne Lemieux, Ph. D. directrice de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Dominick Gamache, Ph. D. codirecteur de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation :**

---

Roxanne Lemieux, Ph. D. directrice de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Diane St-Laurent, Ph. D. évaluatrice interne  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Catherine Herba, Ph. D. évaluatrice externe  
Université du Québec à Montréal

## Sommaire

De façon générale, l'accouchement est perçu comme une étape charnière, riche de sens et pouvant constituer une expérience hautement positive dans la vie d'une femme. Pourtant, il peut aussi être vécu comme étant profondément déstabilisant, voire traumatique, pour certaines femmes. Une proportion non négligeable de femmes, particulièrement celles exposées à divers facteurs de vulnérabilité, peut développer des symptômes de stress post-traumatique (SSPT) liés à l'accouchement à la suite de celui-ci. La littérature reflète que cette symptomatologie ne résulte pas uniquement des évènements obstétricaux en eux-mêmes, mais s'inscrit dans un modèle complexe de facteurs. L'un d'entre eux, soit le dysfonctionnement de la personnalité, demeure à ce jour peu étudié en lien avec l'accouchement traumatique. Pourtant, la personnalité joue un rôle notable dans la façon dont un individu va réagir à la suite de l'exposition à un traumatisme. Par ailleurs, il importe également de s'intéresser aux répercussions potentielles d'une symptomatologie de stress post-traumatique liée à l'accouchement chez les mères sur leur bébé. Il est possible que les SSPT puissent entraîner des conséquences en influençant la qualité des soins maternels et, par conséquent, le développement socioémotionnel de l'enfant, sur lequel nous en savons encore peu. A partir d'un échantillon de 129 femmes issues de la population générale, cet essai vise d'abord à explorer le rôle du fonctionnement de la personnalité dans l'émergence des SSPT liés à l'accouchement chez les mères, tout en tenant compte d'autres variables explicatives potentielles telles que la sévérité de la détresse psychologique prénatale, des antécédents de traumatismes au cours de l'enfance, ainsi que des complications obstétricales. Ensuite, à partir des variables qui contribuent significativement à prédire les

SSPT liés à l'accouchement, un modèle intégratif d'effets directs et indirects incluant ces variables sera proposé afin de prédire la qualité du développement socioémotionnel de l'enfant, tout en examinant le rôle médiateur du soutien social perçu par les mères après la naissance. Les données ont été recueillies grâce à des questionnaires validés empiriquement à deux temps de mesure, soit vers le deuxième trimestre de la grossesse et entre 6 et 12 mois en post-partum. Les résultats indiquent tout d'abord que parmi les quatre facteurs présents avant et pendant l'accouchement qui ont été examinés, trois (détresse psychologique durant la grossesse, présence de complications de l'accouchement, dysfonctionnement identitaire) constituent des prédicteurs statistiquement significatifs de la sévérité des SSPT liés à l'accouchement chez les mères. Ensuite, dans le modèle intégratif proposé, il ressort que la qualité du développement de l'enfant est prédite significativement et indirectement par la détresse maternelle prénatale via les SSPT liés à l'accouchement et la satisfaction des mères à l'égard du soutien postnatal reçu. Ces résultats indiquent d'une part que l'état et les prédispositions psychologiques des femmes, avant l'accouchement, jouent un rôle clé dans l'adaptation des mères après un accouchement. D'autre part, des niveaux élevés de SSPT liés à l'accouchement sont associés à moins de soutien social perçu, qui est à son tour associé à un moins bon développement socioémotionnel chez l'enfant. Cet essai met en lumière comment l'état psychologique et certaines dimensions de la personnalité des mères, tout comme les complications obstétricales, sont associées au risque de développer des SSPT liés à l'accouchement. Il souligne aussi l'importance du dépistage des facteurs de risque et du soutien postnatal pour protéger la santé des mères et le développement socioémotionnel de l'enfant.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures .....	ix
Remerciements .....	x
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	7
Accouchement traumatique.....	8
Historique du concept .....	8
Définition .....	11
Prévalence .....	14
Facteurs de risque .....	15
Modèle étiologique de l'accouchement traumatique .....	15
Autres facteurs de risque explicatifs dans la littérature .....	21
Évènements de vie traumatiques.....	21
Personnalité.....	22
Répercussions de l'accouchement traumatique .....	26
Répercussions intergénérationnelles .....	27
Soutien offert par l'entourage après l'accouchement .....	31
Objectifs de l'étude .....	33
Méthode.....	35
Procédure et participantes .....	36

Mesures .....	39
Mesures prénatales.....	39
Déresse psychologique prénatale.....	39
Traumatismes vécus en enfance .....	41
Personnalité.....	42
Mesures postnatales .....	42
Symptômes de stress post-traumatique liés à l'accouchement .....	43
Complications à l'accouchement .....	43
Soutien postnatal.....	44
Développement socioémotionnel de l'enfant .....	45
Analyses statistiques .....	46
Résultats .....	52
Profil sociodémographique des participantes .....	53
Prédicteurs de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement .....	55
Modèle d'effets directs et indirects des SSPT liés à l'accouchement chez les mères sur la qualité du développement socioémotionnel de l'enfant .....	58
Discussion .....	63
Facteurs contribuant à l'émergence de SSPT liés à un accouchement .....	65
Modèle intégratif de prédiction du développement socioémotionnel de l'enfant.....	71
Forces et limites de l'étude .....	75
Retombées pour l'avancement des connaissances scientifiques et de l'intervention.....	77
Conclusion .....	80

Références .....	84
Appendice A. Formulaires de consentement .....	97
Appendice B. Questionnaire sociodémographique .....	107
Appendice C. Questionnaire de grossesse et de suivi post-natal .....	117

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Corrélations entre les variables de l'étude .....	49
2	Caractéristiques sociodémographiques et descriptives des femmes de l'échantillon et de leur accouchement ( $N = 129$ ) .....	54
3	Modèle de régression linéaire prédictif de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement à partir de divers facteurs de risque .....	57
4	Coefficients (B), Coefficients acheminatoires ( $\beta$ ; effets standardisés) du modèle acheminatoire .....	59

## Liste des figures

### Figure

- 1 Modèle diathèse-stress révisé de l'étiologie du trouble de stress post-traumatique (TSPT) lié à l'accouchement ..... 19
- 2 Modèle acheminatoire théorique entre certains facteurs de risque à l'accouchement traumatique (détresse prénatale, fonctionnement de la personnalité, complications à l'accouchement), les symptômes de stress post-traumatique (SSPT) liés à l'accouchement, la satisfaction du soutien reçu après ce dernier et le développement socioémotionnel du bébé ..... 50
- 3 Modèle acheminatoire final entre certains facteurs de risque à l'accouchement traumatique, les SSPT liés à l'accouchement, la satisfaction du soutien postnatal reçu et le développement socioémotionnel du bébé ..... 62

## Remerciements

La réalisation de cet essai doctoral n'aurait pas été possible sans le soutien et la confiance de nombreuses personnes, à qui j'adresse ici toute ma reconnaissance. Je tiens d'abord à remercier mes directeurs de recherche, Roxanne Lemieux et Dominick Gamache, pour leur encadrement, leur soutien constant, leur disponibilité et leurs encouragements à chaque étape de ce projet. Leur confiance et leurs conseils ont été essentiels pour me permettre d'avancer tout au long de mon parcours. Je souhaite également exprimer ma reconnaissance aux membres du jury d'évaluation, dont les retours constructifs et les perspectives cliniques ont grandement enrichi ce travail.

Un merci tout particulier à mes amies, avec lesquelles j'ai grandi au fil de mon parcours doctoral. Ensemble, nous avons traversé les montagnes russes d'émotions qu'implique un tel travail, célébré les petites victoires et trouvé la force de continuer dans les moments de doute. Merci d'avoir transformé mes nombreuses sessions de rédaction en de véritables moments de qualité et de soutien.

Je remercie également mes parents, Marc et Josée, qui m'ont toujours encouragée et soutenue dans la poursuite de mes études doctorales. Leur appui et leurs encouragements ont été des sources précieuses de motivation et de réconfort.

Ma reconnaissance va enfin à toutes les femmes ayant accepté de participer à ce projet de recherche. Sans leur contribution, rien de tout cela n'aurait été possible. Merci de vous

être montrées vulnérables et d'avoir partagé votre voix au sujet d'une expérience aussi sensible que l'accouchement et la santé mentale maternelle. Votre confiance est un cadeau inestimable.

## **Introduction**

L'accouchement représente une expérience humaine intense et profonde qui, pour beaucoup de femmes, est associée à des sentiments d'autonomisation, de bonheur et de réalisation (Lavender et al., 2012). Pourtant, dans certains cas, l'accouchement peut aussi s'accompagner de vécus marqués par la peur, une perte de contrôle et, parfois, un caractère traumatique. Chez les femmes provenant de populations à risque (p. ex., ayant des complications de grossesse, ou encore ayant vécu des traumatismes au cours de l'enfance), un peu moins du quart d'entre elles (21,1 %) développent des symptômes de stress post-traumatique (SSPT) à la suite d'un accouchement (Heyne et al., 2022). Plusieurs facteurs, qu'ils soient personnels, liés à la grossesse, liés au déroulement de l'accouchement, ou encore postnataux, peuvent favoriser la survenue de SSPT liés à l'accouchement et augmenter le risque de développer des symptômes pouvant mener au trouble de stress post-traumatique (TSPT), tel que décrit dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5-TR; APA, 2022). Plusieurs études ont été menées pour tenter de comprendre comment ces différents facteurs contribuent au développement d'une symptomatologie post-traumatique après l'accouchement. Toutefois, l'étiologie de l'accouchement traumatique étant complexe et multifactorielle, il demeure important de poursuivre l'exploration de facteurs de risque dans l'optique d'offrir une perspective plus complète et nuancée des risques associés à cet enjeu lié à la santé mentale en période périnatale.

L'un des facteurs de risque pouvant favoriser la survenue de SSPT liés à l'accouchement auxquels il apparaît intéressant de s'y pencher est celui de la personnalité, qui influence directement la perception et l'intégration des événements traumatiques (Paris, 2000; Price et al., 2020). Elle est notamment étroitement liée à des processus psychologiques clés dans le développement du TSPT, comme les distorsions cognitives, la rumination et les comportements d'évitement (Ehlers & Clark, 2000). Toutefois, très peu d'études y sont consacrées, et celles qui l'abordent discutent plutôt de l'expérience subjective de l'accouchement plutôt que de la vulnérabilité au développement de SSPT (Börjesson et al., 2007; Conrad & Stricker, 2018; Larsson et al., 2011; Ryding et al., 2007). De plus, les études se concentrent davantage sur les traits de la personnalité, qu'ils soient pathologiques ou non, plutôt que sur le fonctionnement de la personnalité. Pourtant, les traits de personnalité ne reflètent pas l'étendue des émotions, des croyances, des caractéristiques et des expériences que les femmes peuvent vivre pendant la période périnatale (McKelvin et al., 2021). Une nouvelle avenue proposée dans la présente étude est d'examiner le lien entre un vécu d'accouchement traumatique et les déficits dans le fonctionnement du soi et des relations interpersonnelles, mettant l'accent sur la manière dont les femmes perçoivent et expérimentent le monde autour d'elles, ainsi que sur la qualité de leurs interactions sociales. Cela permet une compréhension plus profonde des domaines de personnalité perturbés pouvant être associés à la survenue de SSPT liés à l'accouchement, facilitant ainsi une intervention clinique plus ciblée et efficace.

De plus, les défis auxquels les femmes peuvent être confrontées après un accouchement traumatique sont profonds et complexes. Des changements physiques et émotionnels (bien-être physique altéré, variations d'humeur significatives, modifications comportementales et sociales), des craintes et appréhensions (peur persistante lors des futures grossesses, refus éventuel d'envisager une nouvelle grossesse), des symptômes cliniques (anxiété sévère, symptômes dépressifs, pensées suicidaires, cauchemars et flashbacks perturbants), ainsi que des perturbations dans les relations personnelles (éviter le contact physique avec le partenaire, problèmes sexuels, conflits relationnels et sentiment de culpabilité) sont toutes des conséquences que les femmes peuvent vivre après avoir souffert d'un accouchement traumatique (Ayers et al., 2006; McKelvin et al., 2021; Sun et al., 2023). Certaines de ces conséquences peuvent interférer avec la capacité des mères à fournir des soins de bonne qualité à leur enfant, pouvant mener à des répercussions intergénérationnelles du trauma de l'accouchement (Erickson et al., 2019; van Sieleghem et al., 2022). Plusieurs auteurs rapportent aussi un niveau d'investissement affectif plus faible chez certaines de ces mères devant composer avec des SSPT liés à l'accouchement, pouvant mener à des difficultés d'attachement chez l'enfant (Ayers et al., 2006; Cook et al., 2018; Dekel et al., 2019; Devita et al., 2023; Frankham et al., 2023; Stuijzand et al., 2020; van Sieleghem et al., 2022). Chez les femmes souffrant d'un TSPT qui n'est pas lié à l'accouchement, la probabilité que l'enfant développe certaines difficultés quant à son développement socioémotionnel est accrue (Erickson et al., 2019). Il est possible que le même phénomène se produise chez les mères vivant avec des SSPT liés à l'accouchement. Toutefois, alors que l'association entre les SSPT liés à

l'accouchement et l'attachement de l'enfant ait été explorée, un nombre limité de recherches est disponible en ce qui concerne leur association avec le développement socioémotionnel de l'enfant (Garthus-Niegel et al., 2017; Rousseau et al., 2023). Bien que cette association soit plausible, des travaux additionnels sont nécessaires et les auteurs recommandent d'envisager d'éventuelles voies indirectes pour expliquer les effets possibles de l'accouchement traumatique sur le bébé (van Sielegheem et al., 2022). Étant donné que le développement socioémotionnel de l'enfant émerge d'un système complexe d'interactions entre plusieurs facteurs, l'étude des voies indirectes offre un cadre particulièrement pertinent pour comprendre comment la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement peut y être associée. Ainsi, l'examen de modèles de compréhension incluant plusieurs facteurs, dont des facteurs médiateurs, apparaît particulièrement pertinent. Une variable ayant été liée à la diminution des SSPT liés à l'accouchement, mais n'ayant pas été analysée comme possible facteur de transmission de la présence de ces symptômes sur le développement du bébé, est le soutien postnatal reçu par les mères. Les personnes rapportant des symptômes de stress post-traumatique peuvent présenter des altérations négatives des cognitions et de l'humeur, comprenant notamment des croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (DSM-5-TR; APA, 2022). Même lorsqu'un soutien existe objectivement, les personnes présentant de tels symptômes, notamment en raison de ces croyances, risquent de le percevoir comme insuffisant, inadéquat ou menaçant (Ehlers & Clark, 2000). Ainsi, il apparaît pertinent d'évaluer l'effet que les SSPT liés à l'accouchement peuvent avoir sur la perception du soutien reçu après la naissance,

afin d'évaluer ensuite si cette perception du soutien est associée significativement au développement socio-émotionnel de l'enfant.

À partir d'un échantillon de femmes issues de la population générale, la présente étude vise à explorer, dans un premier temps, les variables qui permettraient de comprendre la survenue de SSPT liés à l'accouchement chez les mères (dysfonctionnement de la personnalité, détresse psychologique prénatale, traumatismes au cours de l'enfance, complications à l'accouchement). Ensuite, à partir de ces résultats, un modèle intégratif d'effets directs et indirects de ces variables sera proposé afin de prédire le développement socioémotionnel de l'enfant, tout en examinant le rôle médiateur du soutien social perçu après la naissance comme facteur de transmission. Dans les chapitres à venir, le contexte théorique sera d'abord présenté afin de faire état des connaissances actuelles entourant l'accouchement traumatique en abordant l'historique du concept, sa définition, sa prévalence, les facteurs de risque pouvant mener à son développement et les répercussions intergénérationnelles qui y sont associées. La méthode utilisée pour répondre aux objectifs de la présente recherche sera ensuite détaillée, puis les résultats seront présentés. Ces résultats seront ensuite discutés pour finalement aborder les forces et les limites de la présente étude et souligner les retombées pour l'avancement des connaissances scientifiques et l'intervention.

## **Contexte théorique**

Dans le but de bien cerner la problématique de cette recherche, ce chapitre présentera les études théoriques et empiriques portant sur les questions de recherche étudiées. Plus spécifiquement, le contexte théorique se subdivise en quatre sections. La première aborde l'historique du concept d'accouchement traumatique, sa définition, ainsi que sa prévalence. La deuxième section présente les différents facteurs de risque qui peuvent mener au développement de SSPT liés à l'accouchement et recense les études ayant porté sur le lien entre cette symptomatologie et le degré de dysfonctionnement de la personnalité. La troisième partie de ce chapitre décrit les répercussions des SSPT liés à l'accouchement sur le développement socioémotionnel du bébé, tout en s'intéressant au rôle médiateur du soutien postnatal perçu. Finalement, la dernière section précise l'objectif général et les objectifs spécifiques de cette étude.

### **Accouchement traumatique**

La prochaine section vise à présenter l'historique du concept d'accouchement traumatique, à le définir et à identifier sa prévalence dans la population générale et à risque.

#### **Historique du concept**

L'intérêt des chercheurs quant à l'accouchement en tant qu'évènement potentiellement traumatique est plutôt récent. En effet, on observe un décalage notable

entre les premières observations du phénomène sur le terrain et la publication d'études empiriques qui examinent cette problématique. Ballard et ses collègues (1995) ont mis en lumière l'historique des premiers écrits cliniques s'y rapportant. Ils soulignent que dès 1978, on commence à remarquer que certaines femmes vivaient une « névrose traumatique post-obstétricale » à la suite d'un accouchement difficile, et que cette expérience pouvait mener à l'évitement de tomber enceinte à nouveau, à des cauchemars et à de l'insomnie (Bydlowski & Raoul-Duval, 1978). En 1985, Beverley Lawrence Beech, présidente de l'Association pour l'amélioration des services de maternité au Royaume-Uni, et Jean Robinson, activiste britannique pour les droits des patients, soulèvent la problématique de certaines femmes qui semblent souffrir de « graves cauchemars un an ou plus après l'accouchement » à la suite d'accouchements « excessivement douloureux et traumatisants » (p. 586, traduction libre). Les auteurs attirent l'attention sur l'important manque de connaissances sur les plans de l'évaluation et du traitement de ce type de difficultés expérimentées par des femmes liées à leur accouchement qui prévalait à cette époque. Deux ans plus tard, Arizmendi et Affonso (1987) publient une étude qui souligne l'importance de la perception subjective que les femmes ont de leur accouchement et de la détresse engendrée en lien avec les pensées qui l'entourent. Certaines femmes rapportaient vivre davantage de stress plusieurs semaines après l'accouchement, comparativement au stress vécu en cours de grossesse, mettant en lumière l'importance que peut avoir le trauma de l'accouchement. Ces résultats ont poussé des groupes de chercheurs à mener des études qualitatives visant à décrire le portrait clinique, les facteurs de risque et le développement du trouble de stress post-traumatique

chez les femmes présentant un stress lié à l'accouchement (Allen, 1998; Ballard et al., 1995; Fones, 1996; Moleman et al., 1992). Ces études confirment alors que des femmes rapportent vivre des SSPT en lien avec leur accouchement, ce qui affecte autant leurs émotions, leurs pensées, leurs comportements que leurs relations avec les autres (Allen, 1998).

Ce n'est que vers le début des années 1990 qu'une étude de type quantitatif concernant le stress psychologique associé à la façon dont l'accouchement s'est déroulé a été publiée (Menage, 1993). Parmi les 500 participantes à l'étude, plus de 100 d'entre elles ont partagé avoir vécu au moins un acte obstétrical ou gynécologique « pénible », « terrifiant » ou « hors du commun », les affectant toujours plus d'un mois après l'évènement. Parmi ces femmes, la situation de 30 d'entre elles répondait aux critères du diagnostic du trouble de stress post-traumatique (TSPT) selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987). Le sentiment d'impuissance pendant l'accouchement, le manque d'informations données à la patiente, l'ampleur de la douleur physique, une attitude non empathique des soignants perçue par les femmes et l'incapacité à donner un consentement éclairé en lien avec les procédures de l'accouchement distinguaient les femmes souffrant d'un TSPT lié à leur accouchement de celles n'en ayant pas. Puis, à partir de 1997, des travaux portant sur la prévalence du trouble et ses conséquences sur les femmes et leurs enfants émergent, justifiant l'importance que des recherches supplémentaires soient réalisées pour mieux comprendre les caractéristiques des femmes et de l'accouchement qui peuvent influencer

la qualité de cette expérience et, ultimement, induire une détresse chez certaines d'entre elles (Czarnocka & Slade, 2000; Irving, 1997; Wijma et al., 1997).

### **Définition**

Dans la littérature, les termes utilisés pour décrire une expérience d'accouchement traumatique sont parfois utilisés de façon interchangeable. « Traumatisme de la naissance ou de l'accouchement », « naissance ou accouchement traumatique », « expérience traumatique de la naissance ou de l'accouchement » ou « traumatisme psychologique de la naissance ou de l'accouchement » représentent tous des termes utilisés dans le but de décrire une réaction psychologique en lien avec un évènement ou une expérience de soins survenue lors de l'accouchement, sans toutefois être définis clairement (Greenfield et al., 2016). Afin de mieux identifier et valider les expériences des femmes par rapport à leur accouchement, de les orienter vers les soins appropriés et d'éclairer la formation, la recherche et l'élaboration des politiques, un groupe d'experts internationaux en matière d'accouchement traumatique et de TSPT lié à l'accouchement (COST Action grant CA18211) a formulé, en 2022, une définition consensuelle qui se veut inclusive et centrée sur la femme des expériences traumatisantes de l'accouchement (Leinweber et al., 2022). L'accouchement traumatique a ainsi été défini comme « l'expérience d'une femme d'interactions et/ou d'évènements directement liés à l'accouchement qui ont provoqué des émotions et des réactions bouleversantes, entraînant des répercussions négatives à court et/ou à long terme sur la santé et le bien-être d'une femme » (Leinweber et al., 2022, p. 691, traduction libre). Cette définition implique un élément expérientiel subjectif lié à

l'accouchement et la présence de difficultés psychologiques significatives et clairement reliées à l'accouchement après celui-ci. Chez certaines femmes, cette détresse causée par l'accouchement peut notamment entraîner des symptômes de stress post-traumatique (SSPT) pouvant non seulement les affecter, mais aussi entraîner des conséquences sur leur famille et leur enfant (Ayers et al., 2006; McKelvin et al., 2021; van Sieleghem et al., 2022).

Bien que la majorité des accouchements difficiles n'évolue pas vers un TSPT, une approche utilisée par les chercheurs dans le domaine est de définir et de mesurer la présence d'un trauma selon un ensemble de symptômes psychologiques présenté par les femmes liées à leur accouchement. Pour répondre aux critères diagnostiques du TSPT tel que proposé par le DSM-5-TR (APA, 2022), les femmes doivent avoir vécu l'accouchement comme étant un événement traumatique en ayant été exposées à la mort ou à une menace de mort à leur bébé, à une blessure grave ou à des violences obstétricales (critère A), ainsi que présenter un ou plusieurs symptômes envahissants étant associé(s) à cet événement et ayant débuté après celui-ci (critère B). Ce ou ces symptôme(s) inclut(ent) des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants entourant l'accouchement, des rêves répétitifs en lien avec l'accouchement provoquant un sentiment de détresse, des réactions dissociatives (*flashbacks*) dans lesquelles les femmes se sentent ou agissent comme si l'accouchement se reproduisait, un sentiment intense ou prolongé de détresse lors de l'exposition à des indices évoquant l'accouchement traumatique, ainsi que des réactions physiologiques marquées à des signaux internes ou externes ressemblant à un aspect de l'accouchement. Les femmes doivent aussi présenter un évitement persistant des stimuli

associés à l'accouchement, soit en évitant ou en fournissant des efforts pour éviter des souvenirs, pensées ou sentiments difficiles qui y sont liés, ou encore en évitant des rappels externes de l'accouchement (individus, endroits ou situations; critère C), et doivent présenter des altérations négatives de leurs cognitions et de l'humeur associées à la naissance (critère D). Ce dernier critère doit témoigner d'au moins deux symptômes parmi une incapacité à se souvenir d'un aspect important de l'accouchement; des croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées à propos d'elles-mêmes, des autres ou du monde; des cognitions persistantes et déformées sur la cause ou les conséquences de l'accouchement difficile, conduisant les mères à se blâmer ou à blâmer les autres; un état émotionnel négatif persistant; un intérêt ou une participation nettement diminué dans les activités importantes; un sentiment de détachement ou d'éloignement envers les autres; ou une incapacité persistante à ressentir des émotions positives. Des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité (critère E) sont également présentes, impliquant deux symptômes ou plus parmi les suivants : comportement irritable et accès de colère, comportement imprudent ou autodestructeur, hypervigilance, réponses de sursaut exagérées, problèmes de concentration, et/ou trouble du sommeil. La perturbation psychologique doit également durer depuis au moins un mois (critère F), entraîner une détresse ou une altération significative de leur fonctionnement (critère G) et ne doit pas être attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre condition médicale (critère H). Ainsi, afin d'examiner spécifiquement l'accouchement traumatique, il est nécessaire que le TSPT mesuré soit explicitement lié à l'évènement de l'accouchement, et non seulement lié à la période post-partum.

## Prévalence

Une méta-analyse récente comprenant 154 études ( $N = 54\,711$ ) a permis d'identifier les estimations moyennes des taux de prévalence de femmes qui rapportent tous les critères diagnostiques du TSPT en lien avec leur accouchement ou qui présentent un niveau cliniquement significatif de SSPT (Heyne et al., 2022). Les auteurs distinguent les femmes issues de populations considérées comme « à risque », telles que les personnes ayant des antécédents psychiatriques, traumatiques ou présentant des facteurs périnataux défavorables, de celles de la population générale. La prévalence moyenne pondérée des femmes qui présentent l'ensemble des critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-IV à la suite de leur accouchement était de 4,7 %, avec des taux légèrement plus élevés dans les échantillons de femmes présentant de facteurs de risque (6,8 %,  $k = 11$ ) que dans ceux de femmes de la population générale (4,4 %,  $k = 40$ ). La différence entre les taux de ces deux types échantillons n'était pas statistiquement significative ( $Q = 1,160$ ,  $p = 0,282$ ). Toutefois, plusieurs femmes présentent des SSPT liés à leur accouchement sans que tous les critères du trouble de stress post-traumatique ne soient rencontrés. Ces femmes, dont la symptomatologie est sous-clinique, seraient d'ailleurs nombreuses (Creedy et al., 2000). La prévalence pondérée d'un profil sous-clinique de SSPT chez les femmes était de 12,3 %, soit de 6,7 % chez les échantillons provenant de la population générale ( $k = 80$ ) et de 21,1 % chez ceux de populations à risque ( $k = 34$ ), taux qui se différencient significativement sur le plan statistique ( $Q = 61,260$ ,  $p < 0,001$ ; Heyne et al., 2022). Ainsi, la tendance à catégoriser de façon dichotomique la présence ou l'absence d'un accouchement traumatique à partir de l'ensemble des critères d'un trouble de stress

post-traumatique peut mener à une sous-estimation importante du phénomène. Des symptômes sous-cliniques sont aussi associés à des répercussions cliniques significatives sur le fonctionnement des femmes, telles que la présence de symptômes anxio-dépressifs notables, un niveau d'investissement affectif plus faible envers leur enfant, et des questionnements en lien avec le désir d'avoir d'autres enfants (Alcorn et al., 2010; Ayers et al., 2009; Greenfield et al., 2016). Ceci milite pour considérer une définition moins restrictive de l'accouchement traumatique. La présente étude prendra donc en compte l'intensité des SSPT liés à l'accouchement selon un continuum, plutôt que de mesurer le phénomène selon la présence ou non d'un TSPT.

### **Facteurs de risque**

Dans cette section, un modèle étiologique de l'accouchement traumatique est présenté, suivi d'autres facteurs de risque explicatifs dans la littérature sur lesquels il apparaît pertinent de s'y pencher davantage.

#### **Modèle étiologique de l'accouchement traumatique**

Les études qui ont été réalisées pour comprendre l'étiologie du développement de SSPT liés à l'accouchement incluent généralement un ou plusieurs types de facteurs de risque (pour une méta-analyse, voir Ayers et al., 2016). Une première catégorie de facteurs de risque fait référence à des facteurs de vulnérabilité personnels (p. ex., antécédents d'un TSPT, histoire traumatique, absence de soutien social, dépression prénatale) et d'autres liés à la grossesse (p. ex., présence de complications, peur de l'accouchement) qui

prédisposent certaines femmes à vivre un accouchement traumatique. Une seconde catégorie de facteurs de risque porte sur les caractéristiques liées à l'accouchement, qu'elles soient expérientielles (p. ex., insatisfaction liée à l'accouchement, expériences de dissociation) ou contextuelles (p. ex., accouchement instrumentalisé, complications de santé du bébé, violences obstétricales), qui peuvent précipiter l'occurrence d'un accouchement traumatique. Enfin, des facteurs postnataux (p. ex., séquelles physiques liées à l'accouchement, difficultés à gérer le stress, dépression postnatale) contribuant à maintenir ou à accentuer la détresse liée à l'accouchement ont également été identifiés (Ayers et al., 2016).

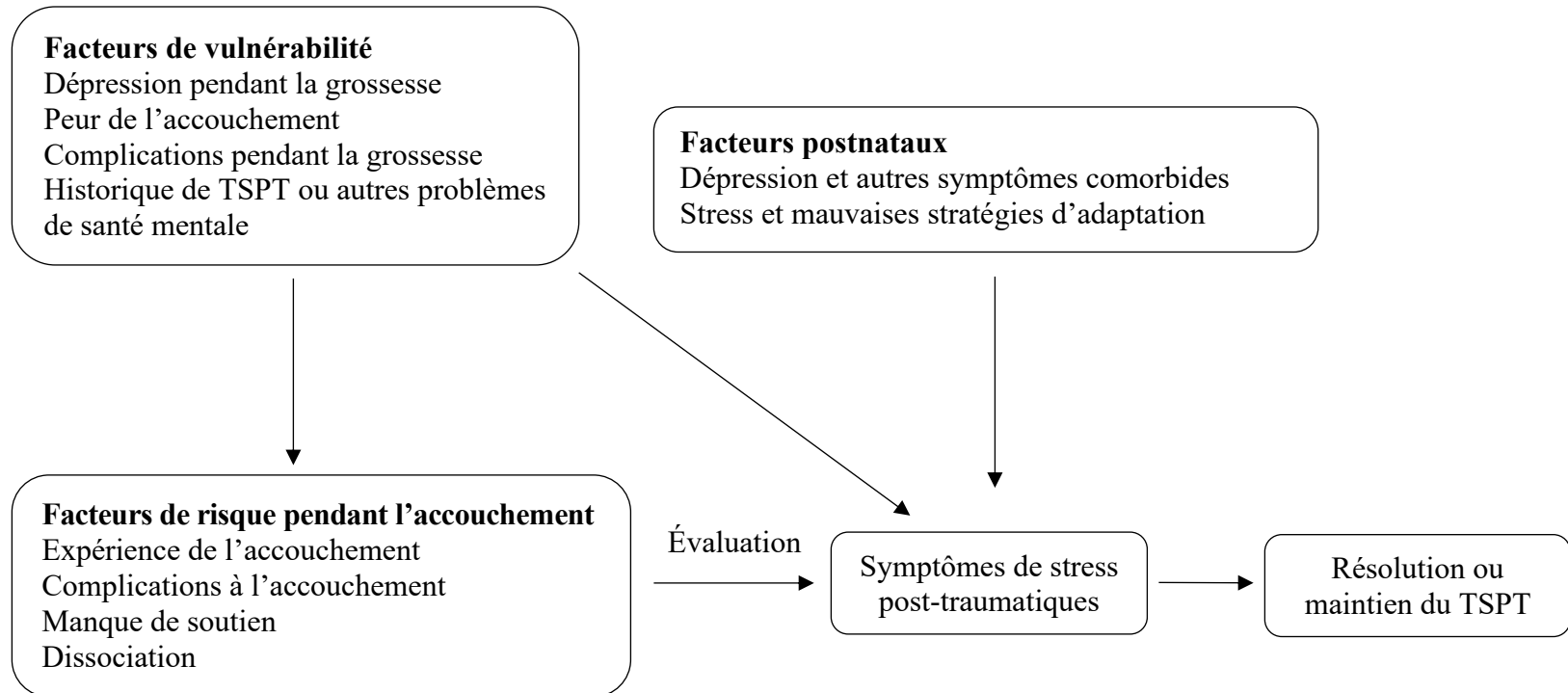
Un modèle explicatif du développement du trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement a été proposé en 2004 par Suzan Ayers, spécialiste en santé mentale périnatale reconnue pour ses travaux pionniers dans ce domaine. Ce modèle reprend des catégories de facteurs discutées précédemment, mais en proposant une façon spécifique avec laquelle ils s'organisent pour favoriser l'apparition d'une symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement. Il s'agit d'un modèle de type diathèse-stress, qui consiste à expliquer la survenue et le maintien des SSPT liés à l'accouchement en considérant des prédispositions inhérentes aux femmes et les expériences stressantes auxquelles elles peuvent avoir été confrontées. Révisé en 2016 dans le cadre d'une méta-analyse synthétisant 50 études ( $N = 21\,429$ ) provenant de 15 pays différents (Ayers et al., 2016), ce modèle propose une étiologie de l'accouchement traumatique par la présence de trois composantes : les facteurs de vulnérabilité, les facteurs de risque à l'accouchement,

ainsi que les facteurs postnataux. Ayers et ses collaborateurs soutiennent que les facteurs de vulnérabilité des femmes, en plus d'être directement associés à la réponse traumatique à l'accouchement, interagiraient aussi avec des facteurs de risque liés à ce dernier. Cette interaction affecterait l'appréciation du moment où elles donnent naissance et précipiterait la survenue de réactions traumatiques après l'accouchement. Les facteurs postnataux agiraient ensuite comme facteurs interagissant avec les réactions traumatiques apparues à la suite de l'accouchement et détermineraient deux trajectoires possibles, soit le maintien des SSPT et l'apparition d'un TSPT franc après l'accouchement, soit la résolution des réactions traumatiques ayant eu lieu après l'accouchement. Ce modèle est présenté à la Figure 1, précisant les types de facteurs ainsi que les variables qui les composent. Selon cette méta-analyse, les variables ayant les tailles d'effet (coefficients de corrélation de Pearson) les plus fortes quant à l'association entre les facteurs de vulnérabilité et le TSPT sont la dépression pendant la grossesse ( $r = 0,51$ ), la peur de l'accouchement ( $r = 0,41$ ), une mauvaise santé ou des complications pendant la grossesse ( $0,38$ ) ainsi que des antécédents de TSPT ( $r = 0,39$ ) ou de problèmes psychologiques. En ce qui concerne les facteurs de risque propres à l'accouchement, les plus fortement associés au TSPT sont l'expérience négative subjective de l'accouchement ( $r = 0,59$ ), l'instrumentalisation de l'accouchement (recours à des instruments médicaux pour faciliter l'accouchement;  $r = 0,48$ ), le manque de soutien pendant l'accouchement ( $r = 0,38$ ) et la dissociation ( $r = 0,32$ ). Après la naissance, ce seraient les symptômes dépressifs ou liés à une autre condition mentale comorbide ( $r = 0,60$ ) ainsi que le stress et de mauvaises stratégies

d'adaptation ( $r = 0,30$ ) qui viendraient agir comme facteurs de maintien (Ayers et al., 2016).

**Figure 1**

*Modèle diathèse-stress révisé de l'étiologie du trouble de stress post-traumatique (TSPT) lié à l'accouchement*



*Note.* Traduit de Horsch et al., 2024.

Au-delà de ce modèle, d'autres facteurs de risque ont été étudiés en lien avec le développement de SSPT chez les femmes après l'accouchement. Parmi ces facteurs figurent certaines caractéristiques démographiques, telles que le jeune âge au moment de l'accouchement, le faible revenu, la primiparité et le fait d'être célibataire (Dekel et al., 2017; El Founti Khsim et al., 2022). Des variables entourant la santé mentale des mères ont également été examinées, telles que le fait d'avoir une grossesse non désirée ou encore de vivre des circonstances stressantes pendant la grossesse, que ce soit en lien avec les finances, la santé, le travail ou la relation conjugale (Kranenburg et al., 2023). Une méta-analyse et une revue systématique ont également souligné le manque de soutien postnatal comme étant une variable associée aux SSPT liés à l'accouchement (Grekin & O'Hara, 2014; Kranenburg et al., 2023). Le fait de reconnaître les premières réactions chez les femmes à la suite d'un accouchement traumatique et de fournir des conseils et du soutien réduirait notamment le risque de développer d'un TSPT lié à l'accouchement (Kranenburg et al., 2023).

Le modèle diathèse-stress présenté plus haut offre donc une structure utile pour comprendre comment les différents facteurs interagissent pour contribuer au développement de SSPT après l'accouchement. L'étiologie de l'accouchement traumatique étant complexe et multifactorielle, il demeure important de poursuivre l'exploration de nouveaux facteurs émergents dans l'optique d'offrir une perspective complète et nuancée des risques associés à cet enjeu lié à la santé mentale en période périnatale.

### **Autres facteurs de risque explicatifs dans la littérature**

La prochaine section s'intéresse ainsi à d'autres facteurs de risque des SSPT liés à l'accouchement, encore peu étudiés dans la littérature, mais qui méritent une attention particulière.

#### ***Évènements de vie traumatiques***

Le fait d'avoir vécu un ou plusieurs évènements de vie traumatiques antérieurement à l'accouchement augmenterait le risque de développer des SSPT liés à ce dernier (Brenner et al., 2024; Dekel et al., 2017; El Founti Khsim et al., 2022; Grekin & O'Hara, 2014, Kranenburg et al., 2023). D'ailleurs, ce risque serait d'autant plus grand lorsque le traumatisme est lié à la violence sexuelle (Dekel et al., 2017; El Founti Khsim et al., 2022). Bien qu'il s'agisse de deux types d'évènements de nature très distincte, l'expérience d'accouchement et les agressions sexuelles sont susceptibles de partager plusieurs caractéristiques communes. En effet, lors de l'accouchement, l'aspect d'intimité (p. ex., la nudité), la douleur ressentie et le fait d'être contrainte dans les mouvements peuvent représenter des déclencheurs traumatiques des agressions vécues. Chez les mères ayant des antécédents de cette nature, des souvenirs de l'évènement traumatique peuvent réapparaître lors de l'accouchement et déclencher des SSPT, comme d'intenses sentiments de peur, d'anxiété et de dissociation, pouvant mener à une détresse cliniquement significative (Lev-Wiesel et al., 2009). De façon plus générale, les traumatismes liés à la violence interpersonnelle, ou encore le fait d'avoir déjà vécu une expérience traumatique antérieure lors d'un accouchement, rendraient également les femmes plus enclines à

développer un TSPT après l'accouchement (Dekel et al., 2017). Dans une étude récente (Brenner et al., 2024), les auteurs se sont intéressés à explorer les liens entre les mauvais traitements vécus pendant l'enfance et la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement. Les résultats montrent que la maltraitance infantile était positivement associée à la fois à la dissociation pendant l'accouchement, ainsi qu'au TSPT après l'accouchement ( $p < 0,001$ ). Il apparaît donc essentiel d'accorder une attention particulière aux événements traumatiques vécus par le passé, qui semblent s'intégrer de manière cohérente au modèle explicatif de l'accouchement traumatique.

### ***Personnalité***

Un autre facteur de risque peu étudié en lien avec l'accouchement traumatique est le fait de présenter un certain degré de dysfonctionnement de la personnalité. Pourtant, la littérature montre que les traits de la personnalité, combinés à d'autres facteurs, peuvent jouer un rôle sur la vulnérabilité ou la résilience face au développement de SSPT à la suite d'une exposition à un traumatisme, entre autres via la façon dont les événements sont traités sur le plan cognitif (Paris, 2000; Price et al., 2020). Certaines recherches se sont intéressées au lien entre les traits de personnalité et l'expérience subjective de l'accouchement, plutôt que sur le développement clinique de SSPT liés à l'accouchement (Börjesson et al., 2007; Conrad & Stricker, 2018; Larsson et al., 2011; Ryding et al., 2007). Une étude montre qu'un score plus élevé de conscienciosité serait associé à une expérience positive de l'accouchement, tandis que le névrotisme serait lié à un moins grand sentiment de confiance et de contrôle pendant le travail (Conrad & Stricker, 2018).

D'un autre côté, l'irritabilité (Larsson et al., 2011), des difficultés sociales, la propension à l'agressivité verbale, l'anxiété somatique, l'impulsivité, la suspicion et l'intolérance à l'ennui seraient significativement liées à une expérience négative de l'accouchement (Ryding et al., 2007). Enfin, une autre étude, contrairement aux hypothèses avancées par les auteurs, n'a trouvé aucune association entre la présence d'un trouble de la personnalité (mesuré selon la présence des critères du DSM-III-TR et d'un niveau significatif de dysfonctionnement) et l'expérience globale de l'accouchement, mesurée selon des indicateurs subjectifs (Börjesson et al., 2007). Toutefois, les auteurs expliquent que ces résultats semblent dus à un trop faible nombre de femmes répondant aux critères du trouble de la personnalité dans leur échantillon, ce qui aurait pu nuire à la détection d'une différence significative. Il n'est donc pas exclu que la personnalité puisse jouer un rôle dans l'expérience de l'accouchement des femmes, bien que cette hypothèse ait reçu des appuis mitigés selon les travaux antérieurs.

En ce qui concerne le lien entre la personnalité et le développement de SSPT après l'accouchement, seulement deux études l'ont examiné à ce jour, soit les études de Lyons (1998) et de Price et ses collègues (2020). D'abord, dans l'étude de Lyons, l'instrument *Impact of Event Scale* (IES; Horowitz et al., 1979) a été utilisé, mesurant les SSPT d'intrusion et d'évitement, en plus du *Eysenck Personality Inventory* (EPI; Eysenck & Eysenck, 1964), mesurant deux dimensions de la personnalité, soit le continuum entre le névrotisme (émotivité, changements d'humeur) et la stabilité, ainsi qu'entre l'extraversion et l'introversion. Les résultats montrent que des scores plus importants de névrotisme chez

les femmes seraient associés à une plus grande symptomatologie post-traumatique après l'accouchement ( $Rho[42] = 0,522, p < 0,001$ ). Aucune différence significative n'a été trouvée en ce qui concerne les scores d'extraversion et d'introversion ( $Rho[42] = 0,184, p < 0,2$ ). Bien que la taille d'échantillon soit restreinte (42 femmes), ces résultats appuient l'idée que « la personnalité (...) peut jouer un rôle important dans la façon dont une femme gère son expérience de l'accouchement » Lyons, 1998, (p. 102, traduction libre).

Ensuite, les résultats de l'étude de Price et ses collaborateurs (2020), comprenant un échantillon de 418 femmes enceintes, montrent que les traits de perfectionnisme et d'intolérance à l'incertitude sont significativement et positivement liés aux SSPT après l'accouchement. De plus, des niveaux plus élevés de perfectionnisme prédisent davantage de SSPT liés à l'accouchement, indépendamment de l'humeur prénatale pendant la grossesse, du mode d'accouchement et des complications de santé maternelle après la naissance, et ce, entre 6 et 12 semaines post-partum.

On constate que parmi les rares études portant sur le lien entre la personnalité et l'accouchement traumatique, l'entièreté d'entre elles porte sur la présence de traits de la personnalité, et n'aborde pas le degré de sévérité du dysfonctionnement de la personnalité (Conrad & Stricker, 2018; Larsson et al., 2011; Price et al., 2020; Ryding et al., 2007). Pourtant, chez les femmes enceintes, la littérature montre que même de légères augmentations de la pathologie de la personnalité, à des niveaux qui pourraient ne pas indiquer la présence d'un trouble de la personnalité proprement dit, pourraient être

associés à une détresse clinique significative et à des répercussions sur le fonctionnement (Gamache et al., 2022). Les auteurs d'une étude soulignent d'ailleurs le fait que les traits de personnalité ne reflètent pas l'étendue des émotions, des croyances, des caractéristiques et des expériences que les femmes peuvent vivre pendant la période périnatale (McKelvin et al., 2021). À l'inverse, connaître le niveau de fonctionnement de la personnalité d'un individu apporte une richesse d'informations dans la prédiction de l'évolution de nombreux troubles mentaux ainsi que pour les troubles de la personnalité, selon le DSM-5-TR (APA, 2022).

Depuis que le Modèle alternatif des troubles de la personnalité a été proposé dans la section des mesures et modèles émergents dans le DSM-5 (APA, 2013), il a suscité un intérêt considérable chez les cliniciens et les chercheurs (Bach & Tracy, 2022; Zimmermann et al., 2019). Cette approche, visant à pallier les lacunes de l'approche traditionnelle des troubles de la personnalité, s'intéresse à la fois aux altérations du fonctionnement de la personnalité et aux traits de personnalité pathologiques. Dans ce modèle, les critères nécessaires pour diagnostiquer un trouble de la personnalité sont les suivants : une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité (soi/interpersonnel; critère A); la présence d'au moins un trait pathologique de personnalité (critère B); les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales (critère C); ces altérations sont relativement stables dans le temps, avec des premières manifestations qui remontent au moins à

l'adolescence ou au début de l'âge adulte (critère D); elles ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental (critère E); elles ne sont pas dues aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre condition médicale (critère F); ou encore mieux comprises comme normales pour le stade de développement ou l'environnement socioculturel d'un individu (critère G). Le fonctionnement de la personnalité (critère A), sujet d'intérêt dans la présente étude, comprend le fonctionnement de soi, regroupant l'identité et l'autodétermination, et le fonctionnement interpersonnel, qui comprend l'empathie et l'intimité. L'*Échelle de fonctionnement personnel et interpersonnel* (SIFS; Gamache et al., 2019) explore chacun de ces éléments pour distinguer le niveau d'altération du fonctionnement de la personne, allant de l'absence d'altération à un niveau extrême. Mieux connaître la sphère (ou les sphères) de fonctionnement de la personnalité où les femmes vivent davantage de difficultés permettrait notamment de mieux cibler les interventions de prévention ou de soutien et de mieux comprendre comment la personnalité entretient un lien avec la manière dont les mères vivent et récupèrent d'un accouchement traumatique. Avec une vue d'ensemble des facteurs de risque abordés précédemment, la prochaine section visera à explorer les conséquences de ces symptômes sur les mères ainsi que sur l'enfant.

### **Répercussions de l'accouchement traumatique**

Mis à part les SSPT que les femmes peuvent vivre, une étude qualitative rapporte que les femmes, à la suite d'une expérience d'accouchement traumatique, peuvent également rapporter des changements dans leur bien-être physique, leur humeur, leur comportement,

leurs interactions sociales et leurs craintes concernant l'accouchement (Ayers et al., 2006). Une proportion significative de ces femmes craint les futures grossesses, suspectant qu'elles mèneront à nouveau à un accouchement difficile, certaines refusant d'être à nouveau enceintes (Sun et al., 2023). Une revue systématique récente aborde les émotions négatives intenses (anxiété, symptômes dépressifs, idéations suicidaires), les cauchemars et les flashbacks que les femmes rapportent vivre après un accouchement traumatisant, faisant en sorte que les relations avec leur entourage s'en voient perturbées (McKelvin et al., 2021). Par exemple, certaines femmes ne souhaitent plus être touchées par leur partenaire (McKelvin et al., 2021), et d'autres rapportent des dysfonctionnements sexuels, des désaccords et l'attribution du blâme au partenaire pour les événements liés à l'accouchement (Ayers et al., 2006).

Les répercussions d'un traumatisme à la suite d'un accouchement peuvent ainsi être multiples et significatives. Elles peuvent affecter non seulement les mères mais également les personnes qui les entourent, telles que leur conjoint ou leur enfant, ainsi que la relation qu'elles entretiennent avec elles (Ayers et al., 2006).

### **Répercussions intergénérationnelles**

Les communautés clinique et scientifique s'entendent pour dire que la grossesse et la première année de vie d'un nourrisson sont des moments cruciaux pour son développement (Parfitt et al., 2014). Cette période constitue une fenêtre critique pendant laquelle les bases de l'attachement, du développement du cerveau et des compétences

socioémotionnelles sont établies chez l'enfant (Bowlby, 1969; Sethna et al., 2017). Ainsi, investir dans des interactions mère-enfant positives et sécurisantes pendant cette période est crucial pour promouvoir un développement socioémotionnel optimal chez l'enfant. Cette période est particulièrement sensible au phénomène de la transmission intergénérationnelle du trauma. Cette problématique se produit lorsque les mères ayant vécu un traumatisme « transmettent » leurs difficultés à leurs enfants, par exemple lorsque la relation mère-enfant est affectée par les troubles mentaux développés à la suite du traumatisme, ou encore, que l'enfant est évité, puisqu'il fait naître chez les mères des émotions difficiles liées au traumatisme (Schwerdtfeger et Goff, 2007). Différents facteurs chez les mères, comme le fait de présenter des SSPT durant la période périnatale, peuvent interférer avec leur capacité à fournir des soins de bonne qualité à leur enfant, particulièrement chez celles ayant des symptômes prolongés ou sévères sur le plan de la santé mentale, venant affecter le développement physique, cognitif, social, comportemental et socioémotionnel de l'enfant (Organisation mondiale de la santé, 2008; Walker, 1999). Selon des revues systématiques récentes, de façon générale, les mères vivant avec des SSPT rencontrent souvent des difficultés à s'investir affectivement avec leur enfant, étant perturbées par les émotions de ce dernier ou le percevant comme une menace (Erickson et al., 2019; van Sieleghem et al., 2022). Elles auraient ainsi tendance à présenter des niveaux élevés d'évitement, d'intrusion, d'hostilité et de surprotection, et moins de sensibilité, de réactivité et de disponibilité émotionnelle comparativement aux mères non exposées aux traumatismes (Erickson et al., 2019; van Sieleghem et al., 2022). Comprendre et répondre aux besoins de leur enfant serait vécu plus difficilement par ces

mères, qui seraient plus enclines à adopter des comportements agressifs envers lui, menant parfois au développement de difficultés d'attachement chez l'enfant (Ayers et al., 2006; Cook et al., 2018; Dekel et al., 2019; Devita et al., 2023; Erickson et al., 2019; Frankham et al., 2023; Stuijzand et al., 2020; van Sieleghem et al., 2022). Ainsi, ces difficultés sur le plan de la santé mentale des mères augmenteraient la probabilité chez l'enfant de développer diverses difficultés quant à leur développement socioémotionnel, notamment en raison de difficultés de régulation émotionnelle, ou encore de problèmes de comportement d'extériorisation et d'intériorisation (Erickson et al., 2019; van Sieleghem et al., 2022). Toutefois, bien que les interactions mère-enfant, la qualité des relations mère-enfant et le développement cognitif de l'enfant aient été étudiés, peu de recherches ont examiné le lien entre la symptomatologie post-traumatique des mères liée à l'accouchement et le développement socioaffectif de leur enfant.

L'étude de Garthus-Niegel et ses collaborateurs (2017) s'est attardée à mieux connaître les répercussions du TSPT maternel général sur quatre domaines importants du développement de l'enfant, soit la motricité globale, la motricité fine, la communication et le développement socioémotionnel, et ce, jusqu'à deux ans après l'accouchement. Les résultats de cette étude ont montré un effet prédictif significatif, bien que faible ( $r = 0,17$ ), des SSPT des mères à huit semaines post-partum sur les problèmes de développement socioaffectif des enfants à 2 ans. Ce résultat est demeuré significatif après avoir contrôlé statistiquement les variables de la santé mentale des mères (dépression, anxiété) et certains facteurs liés à l'enfant (sexe, prématurité, tempérament, problèmes de santé). Aucun lien

significatif n'a été trouvé quant aux autres domaines du développement, soit la motricité globale, la motricité fine et la communication.

Plus récemment, une équipe de chercheuses visait à examiner si des SSPT après l'accouchement au début de la période post-partum pouvaient perturber le comportement maternel et l'engagement social des nourrissons envers les mères, tout en contrôlant statistiquement pour les symptômes comorbides du post-partum (symptômes anxio-dépressifs et plaintes somatiques; Rousseau et al., 2023). Les résultats montrent que des SSPT stables et élevés après l'accouchement sont liés à une sensibilité maternelle réduite, sans toutefois être directement associés au développement de l'enfant à quatre mois. Des analyses d'effets indirects ont donc été réalisées pour examiner si ce profil symptomatique pouvait être lié à des difficultés socioémotionnelles chez le nourrisson, via la sensibilité maternelle. Ces analyses ont révélé que le profil des femmes présentant des SSPT stables-élevés après l'accouchement était associé à des niveaux plus faibles de sensibilité maternelle, qui à leur tour étaient associés à un évitement du regard des mères par les nourrissons (effet  $\beta$  indirect = -0,15; erreur-type = 0,08; intervalles de confiance à 95 % : 0,328, -0,001). Les résultats suggèrent également que les effets délétères des SSPT liés à l'accouchement seraient propres à une symptomatologie stable, indiquant que la persistance des symptômes au cours des premiers mois post-partum pourrait perturber les interactions mère-enfant (Rousseau et al., 2023).

Des chercheurs soulignent que bien qu'une association directe entre la symptomatologie post-traumatique due à l'accouchement chez les mères et les conséquences sur le développement de l'enfant soit plausible, de nouvelles recherches devraient continuer d'envisager d'éventuelles voies indirectes (van Sieleghem et al., 2022). Plusieurs facteurs de risque associés au développement de SSPT chez les mères après l'accouchement, comme les facteurs de vulnérabilité maternelle, ou encore les facteurs postnataux, ont également une répercussion directe sur le développement socioémotionnel des enfants, offrant la possibilité d'utiliser ces modèles d'analyse (van Sieleghem et al., 2022).

### ***Soutien offert par l'entourage après l'accouchement***

À notre connaissance, une voie indirecte n'ayant pas été étudiée dans les études entourant le développement de l'enfant à la suite d'un accouchement traumatique est celle de la contribution du soutien perçu de l'entourage par les mères après l'accouchement au développement du bébé. Il importe de souligner que les caractéristiques structurelles du soutien, telles que la taille du réseau social, ne permettent pas à elles seules d'évaluer adéquatement l'expérience réelle de soutien. En effet, le soutien social apparaît davantage comme une expérience subjective, et c'est sa perception par l'individu qui semble jouer un rôle déterminant dans ses effets bénéfiques (Tracy & Bell, 1994). L'un des SSPT rapportés par les mères après un accouchement traumatique consiste en l'apparition d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur après l'accouchement (DSM-5-TR; APA, 2022). Ces altérations peuvent comprendre des croyances ou des attentes négatives

persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde, dont l'entourage des mères. Après un événement traumatique, les victimes peuvent percevoir les réactions de leurs proches de façon négative, par exemple comme un signe qu'elles sont responsables de l'événement, que leur entourage pense qu'elles sont trop faibles pour s'en sortir seules, que personne n'est là pour elles, ou encore qu'elles ne peuvent s'appuyer sur personne (Ehlers & Clark, 2000). Ainsi, leur interprétation négative des réactions de l'entourage peut éventuellement mener à de l'isolement, du repli sur soi et, par conséquent, une plus faible satisfaction du soutien reçu (Ehlers et Clark, 2000). La littérature montre qu'un soutien adéquat mène à davantage de sensibilité dans l'exercice de la parentalité et à l'établissement d'un attachement sécurisé pour l'enfant, étant associé au développement socioémotionnel chez ce dernier (Erickson et al., 2019). En effet, plus le niveau de soutien social perçu par les parents est élevé, plus les problèmes de comportements intériorisés et extériorisés chez les enfants diminuent significativement, et plus leur niveau de sociabilité augmente, suggérant que les enfants de parents qui perçoivent avoir un soutien social satisfaisant bénéficient de cette appréciation sur le plan de leur développement socioémotionnel (Hosokawa & Katsura, 2024). Dans le cas des mères présentant des SSPT à la suite de l'accouchement, il est toutefois possible de croire que la perception du soutien reçu soit altérée par la symptomatologie qu'elles présentent. Ainsi, il apparaît pertinent de s'intéresser au lien médiateur que peut avoir cette altération de la perception du soutien reçu après l'accouchement dans l'association entre les SSPT liés à l'accouchement traumatique et le développement socioémotionnel de l'enfant.

### **Objectifs de l'étude**

La présente étude, menée auprès d'un échantillon de femmes issues de la population générale, a pour premier objectif d'identifier des facteurs susceptibles de contribuer à l'émergence de SSPT liés à un accouchement. Parmi les variables examinées figurent quatre dimensions du fonctionnement de la personnalité (identité, autodirection, empathie et intimité) tel que reconnu par le DSM-5-TR (APA, 2022), la détresse psychologique maternelle prénatale, les antécédents de traumatismes infantiles chez les femmes et la présence de complications à l'accouchement (instrumentalisation de l'accouchement ou assistance au bébé). Bien que les facteurs de risque entourant l'accouchement traumatique et le développement de SSPT sont bien étudiés, peu de travaux se sont intéressés au lien entre les dysfonctionnements de la personnalité et les SSPT liés à l'accouchement. Explorer ce lien permettrait d'identifier des femmes pouvant être plus à risque de rapporter des symptômes associés à un accouchement traumatique. Des investigations ont été réalisées en ce qui concerne certains traits de personnalité qui pourraient être liés au développement d'une symptomatologie post-traumatique après l'accouchement, mais aucune étude ne s'est penchée sur le lien entre celle-ci et une conceptualisation contemporaine de la pathologie de la personnalité, soit l'altération du fonctionnement de la personnalité chez des mères. Selon notre hypothèse, un niveau plus élevé de dysfonctionnement de la personnalité, tout comme la sévérité des complications de l'accouchement, de la détresse maternelle prénatale et des traumatismes vécus dans l'enfance, pourraient être associés à des risques plus élevés de vivre un accouchement traumatique et d'en développer des SSPT. Il est proposé que ces quatre facteurs demeurent

statistiquement significatifs même lorsqu'ils sont considérés dans un même modèle de prédiction.

Dans un second temps, sur la base des résultats obtenus à l'examen de l'objectif 1, un modèle intégratif sera élaboré afin de mieux comprendre comment ces différents facteurs exercent un effet, direct ou indirect, sur le développement socioémotionnel de l'enfant, tout en accordant une attention particulière au rôle médiateur potentiel de la perception du soutien social reçu après l'accouchement. Les répercussions intergénérationnelles de la symptomatologie post-traumatique maternelle après l'accouchement ont très peu été étudiées en ce qui a trait au développement socioémotionnel de l'enfant. De plus, à notre connaissance, aucune étude n'a évalué si la qualité du soutien offert par l'entourage après l'accouchement, de l'avis des mères, pouvait jouer un rôle médiateur entre les SSPT liés à l'accouchement et le développement socioémotionnel du bébé. En s'attardant à cette question, la présente recherche propose d'investiguer un facteur de transmission encore peu étudié dans ce contexte des SSPT liés à l'accouchement, et contribue ainsi à approfondir la compréhension des facteurs susceptibles de contribuer au développement précoce de l'enfant dans un contexte de vulnérabilité maternelle.

## **Méthode**

La prochaine section présente la procédure de recrutement et les caractéristiques des participantes, puis les mesures utilisées afin d'évaluer les variables d'intérêt, tant au niveau prénatal que postnatal. Enfin, les analyses statistiques retenues sont exposées, permettant ainsi de préciser la démarche adoptée pour répondre aux objectifs de recherche.

### **Procédure et participantes**

Cette recherche s'inscrit dans une étude longitudinale plus vaste portant sur l'adaptation à la parentalité entre avril 2018 et mars 2020. Les femmes enceintes étaient recrutées dans sept cliniques prénatales ou hôpitaux affiliés au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec (CIUSSS MCQ). Lors de leur premier rendez-vous de suivi pour leur grossesse (autour de la 12<sup>e</sup> semaine), les femmes enceintes qui désiraient participer à l'étude ont été invitées à laisser leurs coordonnées sur un coupon de participation qu'elles ont pu déposer dans une boîte mise à leur disposition dans chacun des milieux de recrutement. De façon régulière, les coupons remplis par les femmes ont été acheminés à l'équipe de recherche par une personne responsable dans chacun des milieux. Par la suite, l'équipe de recherche a contacté les participantes potentielles en leur expliquant les objectifs et le déroulement de la recherche. Celles qui ont montré leur intérêt à participer ont été redirigées vers une plateforme sécurisée en ligne où elles ont pu accéder au formulaire de consentement pour la participation à la recherche et aux questionnaires (voir Appendices A et B). Ces

questionnaires ont été remplis vers le deuxième trimestre de la grossesse (T1 de la présente étude). Pour le volet postnatal, les mères étaient rappelées par l'équipe de recherche entre 6 et 12 mois post-partum et étaient invitées à remplir d'autres questionnaires portant sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, sur la présence de symptômes psychologiques, ainsi que sur le développement socioémotionnel de leur enfant (T2) (voir Appendice C). Le recrutement des femmes enceintes et le suivi postnatal ont été interrompus en mars 2020 en raison de l'arrivée de la pandémie COVID-19 au Québec, afin d'éviter que les résultats aux questionnaires ne soient biaisés en fonction des conséquences de la pandémie sur la détresse maternelle vécue en grossesse et sur l'expérience d'accouchement.

Les critères d'exclusion au T1 étaient d'être âgée de moins de 17 ans, de souffrir d'un trouble psychiatrique grave (p. ex., troubles bipolaires ou du spectre de la schizophrénie), d'avoir une grossesse multiple et d'avoir été informée d'un risque élevé d'avoir un enfant avec une anomalie développementale. Les femmes présentant un trouble psychiatrique grave ont été exclues de l'étude afin d'éviter la confusion, lors de l'interprétation des résultats, entre les effets d'une condition psychiatrique persistante et ceux de la détresse prénatale liée à l'adaptation à la grossesse, sur les variables prédites. Il est possible que l'inclusion de ces femmes ait pu introduire une hétérogénéité dans l'échantillon qui aurait été susceptible de biaiser les résultats. Au T2, le fait d'avoir accouché prématurément (< 37 semaines) et que l'enfant présente un trouble congénital menait à l'exclusion de l'étude. Cette décision s'appuie sur le fait que ces conditions de santé du nouveau-né sont

associées à un niveau de stress plus élevé chez les parents (Shetty et al., 2024). Ainsi, ces critères d'exclusion visaient à éviter de confondre la détresse postnatale liée à l'adaptation à l'arrivée d'un nouveau-né avec le stress spécifique engendré par la prématurité et la naissance d'un enfant ayant des besoins spéciaux.

Initialement, un échantillon de 1215 femmes enceintes canadiennes parlant le français ( $M_{\text{âge}} = 29$ ,  $ÉT = 4,95$ , étendue = 17-55) a été recruté dans la vaste étude longitudinale. Parmi elles, 162 femmes ont complété le questionnaire portant sur la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement. La faible proportion de participantes ayant répondu à ce questionnaire s'explique par deux facteurs principaux. D'une part, un temps de mesure postnatal a été ajouté tardivement au protocole de recherche, de sorte qu'une partie des participantes ayant pris part à l'étude initialement n'était plus éligible à cette étape (leurs enfants étaient trop âgés). D'autre part, la survenue de la pandémie de COVID-19 a entraîné la suspension de l'étude, limitant ainsi la collecte de données pour le temps de mesure postnatal. Les valeurs manquantes à certains items des outils ont été remplacées par la moyenne obtenue par la participante à l'instrument si le nombre de valeurs manquantes à l'outil était égal ou inférieur à 20 %. Lorsqu'il y avait plus de 20 % de réponses omises dans l'outil, les participantes ont été exclues des analyses. Ces participantes ne différaient toutefois pas de l'échantillon final en termes d'âge,  $t(162) = -0,32$ ,  $p = 0,78$ , d'éducation,  $\chi^2(6) = 1,13$ ,  $p = 0,97$ , et de revenu familial,  $\chi^2(10) = 3,22$ ,  $p = 0,98$ . Ainsi, 129 femmes ont complété l'ensemble des questionnaires aux deux temps de mesure.

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-16-226-10.04) et le Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec (CÉR-2016-016-04).

### **Mesures**

Un questionnaire sociodémographique élaboré par l'équipe de recherche a été utilisé afin de répertorier les caractéristiques de l'échantillon ainsi que des variables confondantes potentielles. Il a été administré pendant la grossesse et visait à évaluer l'âge, le sexe, l'état matrimonial et le revenu familial des participants. Toutes les autres mesures constituent des questionnaires dont les qualités psychométriques ont été examinées et ont été complétées dans leur version francophone validée.

### **Mesures prénatales**

Dans cette section, les mesures prénatales mesurant la détresse psychologique maternelle, les traumatismes vécus en enfance et le fonctionnement de la personnalité sont présentées.

#### ***Détresse psychologique prénatale***

L'évaluation de la détresse psychologique pendant la période prénatale a été réalisée en utilisant trois outils. D'abord, les symptômes anxieux et dépressifs ont été mesurés à l'aide de l'*Échelle de détresse psychologique de Kessler* (K10; Gravel et al., 2003; Kessler

et al., 2002) comportant 10 items, variant de 1 (jamais) à 5 (tout le temps), évaluant la détresse psychologique au cours du dernier mois (voir Appendice D). Un score élevé indique davantage de symptômes anxio-dépressifs et de détresse. Les caractéristiques psychométriques des versions anglophones et francophones sont aussi satisfaisantes (Gravel et al., 2003; Kessler et al., 2002). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,88.

Le *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Gaudreau et al., 2006; Watson et al., 1988) a été utilisé afin d'examiner l'ampleur des émotions négatives ressenties durant la grossesse (voir Appendice E). L'instrument comprend deux sous-échelles, l'une pour les affects positifs (p. ex., intérêt, fierté, enthousiasme), et l'autre pour les affects négatifs (p. ex., angoisse, culpabilité, irritabilité). On obtient un score global variant de 10 à 50 pour chaque type d'affects : plus le score est élevé, plus cette catégorie d'affects est importante. Seule la sous-échelle des émotions négatives a été employée dans la présente étude. Les versions francophone et anglophone de l'instrument présentent de bonnes qualités psychométriques (Crawford & Henri, 2004; Gaudreau et al., 2006). La consistance interne de cette échelle dans la présente étude, évaluée par l'alpha de Cronbach, est de 0,76.

Enfin, le *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5; Ashbaugh et al., 2016; Wilkins et al., 2011) a permis d'évaluer l'ampleur de la symptomatologie post-traumatique pendant la grossesse (voir Appendice F). L'instrument, composé de 20 items, peut être regroupé en

quatre sous-échelles, correspondant aux catégories des symptômes du diagnostic de TSPT du DSM-5 : l'intrusion (Critère B), l'évitement des stimuli associés aux événements traumatiques (Critère C), les altérations négatives des cognitions et de l'humeur (Critère D), et les altérations de l'éveil et de la réactivité (Critère E). Pour la présente étude, seul le score total a été utilisé. Une échelle de Likert en 5 points, allant de *pas du tout* (0) à *extrêmement* (4), permet d'obtenir un score total compris entre 0 et 80 points. Un score plus élevé traduit une symptomatologie plus sévère. Autant la version anglaise que française ont démontré une excellente cohérence interne et une forte validité convergente et divergente (Ashbaugh et al., 2016). Le coefficient alpha de Cronbach pour cet outil dans la présente étude est de 0,93.

### ***Traumatismes vécus en enfance***

Les traumatismes interpersonnels survenus au cours de l'enfance chez les mères, représentant dans la présente étude un facteur de risque au développement de SSPT liés à l'accouchement, ont été évalués par le biais du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein et al., 2003; Paquette et al., 2004) (voir Appendice G). Ce questionnaire comprend 28 items et englobe cinq types de mauvais traitements, soit l'abus psychologique, l'abus physique, l'abus sexuel, la négligence émotionnelle et la négligence physique. Une échelle de Likert en 5 points, allant de *jamais vrai* (1) à *très souvent vrai* (5), permet d'indiquer à quel point chaque affirmation correspond à leur expérience durant l'enfance. Le score total de traumatismes au CTQ (score de sévérité des traumatismes vécus) a été utilisé. La version francophone du CTQ démontre un haut niveau de fidélité et de validité

(Paquette et al., 2004). La consistance interne de cette échelle (alpha de Cronbach), dans la présente étude, est de 0,95.

### ***Personnalité***

L'*Échelle de fonctionnement personnel et interpersonnel* (SIFS; Gamache et al., 2019) est une mesure de 24 items couvrant le critère A du Modèle alternatif pour les troubles de la personnalité du DSM-5 (voir Appendice H). Les items sont notés sur une échelle de Likert en 5 points, allant de *ceci ne me décrit pas du tout* (0) à *ceci me décrit totalement* (4). Des scores plus élevés indiquent un dysfonctionnement plus élevé. Le questionnaire fournit un score global de dysfonctionnement de la personnalité et quatre scores de sous-échelle : identité (sept items), autodirection (cinq items), empathie (six items) et intimité (six items). Le score à ces sous-échelles sera considéré pour examiner le lien entre les domaines de dysfonctionnement de la personnalité et la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement. Dans la présente étude, le coefficient alpha de Cronbach pour la sous-échelle identité est de 0,72, celle pour l'autodirection est de 0,58, celle pour l'empathie de 0,63, et celle pour l'intimité de 0,63 également.

### **Mesures postnatales**

Dans les prochaines lignes, les mesures postnatales mesurant les SSPT liés à l'accouchement, les complications à l'accouchement, le soutien postnatal et le développement socioémotionnel de l'enfant sont détaillées.

### ***Symptômes de stress post-traumatique liés à l'accouchement***

Les SSPT des femmes ont été évalués à l'aide du *City Birth Trauma Scale* (City BiTS; Ayers et al., 2018; Sandoz et al., 2022) (voir Appendice I). Ce questionnaire comprend 29 items qui mesurent la présence d'un trouble de stress post-traumatique selon les critères diagnostiques du DSM-5 (APA, 2013). Les dimensions mesurées sont l'exposition à un événement traumatique (critère A), la fréquence des symptômes vécus (critères B à E) au cours de la semaine précédente, la durée des symptômes (critère F), l'ampleur de la détresse vécue (critère G), et les critères d'exclusion (H). La consigne demandée aux participantes est d'évaluer si elles ressentent des symptômes fréquemment signalés par certaines femmes après l'accouchement. L'échelle porte sur la fréquence des symptômes rapportés au cours de la dernière semaine et est notée sur une échelle de Likert en 4 points, allant de *pas du tout* (0) à *5 fois ou plus* (3). Dans le cadre de cette étude, l'outil a servi à évaluer la sévérité des SSPT liés à l'accouchement vécu par les femmes (items mesurant les critères B à E seulement). Un score plus élevé indique une plus grande sévérité des SSPT. Autant pour la version anglophone que francophone, la cohérence interne de l'échelle globale et de chacune des sous-échelles est très satisfaisante (Sandoz et al., 2022). L'alpha de Cronbach pour le City BiTS dans la présente étude est de 0,87.

### ***Complications à l'accouchement***

Les complications lors de l'accouchement ont été évaluées par un questionnaire autorapporté construit par l'équipe de recherche et rempli par les mères lors du suivi postnatal. Ce questionnaire évaluait également le déroulement de la grossesse et de

l'accouchement. Dans le cadre de cette étude, une variable de complications de l'accouchement a été créée afin d'évaluer son rôle dans la prédiction de l'ampleur de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement. Cette variable inclut trois situations : soit l'accouchement par césarienne d'urgence, l'utilisation d'un instrument d'assistance à l'accouchement (ventouse, forceps ou autre) et l'assistance médicale au bébé après la naissance (oxygène, ventilation, intubation, compressions thoraciques, narcotique néonatal). Le score à l'urgence de l'accouchement (0 ou 1) était additionné au score d'assistance médicale (0 ou 1 si présence d'instrumentalisation de l'accouchement ou d'une assistance au bébé). Un score entre 0 et 2 révèle le nombre de complications à l'accouchement.

### ***Soutien postnatal***

Dans la présente étude, la mesure de soutien reçue dans la période postnatale a été évaluée en termes de satisfaction rapportée de façon distincte face à différentes personnes de leur entourage. Cette variable a été mesurée au T2 de l'étude, par le biais du questionnaire de suivi postnatal aux questions suivantes : « Depuis la naissance de l'enfant, à quel point êtes-vous satisfait(e) de l'aide ou du soutien offert par [...] » (soit, l'autre parent de l'enfant; votre mère; votre père; votre fratrie; votre belle-famille; votre réseau d'amis; les intervenants que vous avez rencontrés). Une échelle de Likert de 7 points, allant de *vraiment insatisfaite* (1) à *vraiment satisfaite* (7), a été remplie pour chacune des personnes ayant pu offrir un soutien après l'accouchement. La réponse « non applicable » a été considérée comme un score neutre (score de 4). Le score de soutien

perçu par chacune des personnes de l'entourage des mères a ensuite été additionné, permettant d'offrir un score total de satisfaction de l'expérience du soutien reçu chez ces dernières depuis leur accouchement.

### ***Développement socioémotionnel de l'enfant***

La mesure du développement socioémotionnel englobe les capacités d'autorégulation, de conformité, de communication sociale, de fonctionnement adaptatif, d'autonomie, d'affect et d'interaction avec les autres (Salomonsson & Slead, 2010). Cette sphère a été évaluée à l'aide de la version française des *Ages & Stages Questionnaires*, deuxième édition (ASQ: SE-2; Squires et al., 2015) (voir Appendices J et K). Les versions spécifiques de l'outil pour 6 et 12 mois ont été utilisées, contenant des questions adaptées au niveau de développement attendu à ces âges précis. Conformément aux instructions des auteures des outils, la version de 6 mois a été utilisée pour les enfants âgés de 3 mois à 8 mois et 30 jours, et la version de 12 mois a été utilisée pour les enfants âgés de 9 mois à 14 mois et 30 jours. Cet outil, rempli par les mères, comprend 23 items pour l'évaluation à 6 mois et 27 items pour celle à 12 mois, organisés selon une échelle de Likert à 3 points (0 = *rarement ou jamais*, 5 = *parfois*, 10 = *la plupart du temps*). Un item supplémentaire permet aux parents d'indiquer si un comportement du nourrisson leur semble préoccupant. Un score total plus élevé reflète une plus grande difficulté dans le développement socioémotionnel de l'enfant. Les seuils établis sont les suivants : un score de 30 ou plus (6 mois) et de 40 ou plus (12 mois) suggère une surveillance clinique; et un score de 45 ou plus (6 mois) et de 50 ou plus (12 mois) indique qu'une évaluation de l'enfant est

recommandée. Dans cette étude, le score total a été calculé en fusionnant les scores de chaque version en une seule variable, suivant la méthode employée par d'autres chercheurs (Garon-Bissonnette et al., 2022). Le test montre une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne sensibilité et spécificité (McCrae & Brown, 2017). Dans cette étude, le coefficient alpha de Cronbach est de 0,63 pour l'évaluation à 6 mois et de 0,60 pour celle à 12 mois.

### **Analyses statistiques**

Des analyses de corrélations préliminaires ont été effectuées afin d'examiner les associations entre les caractéristiques sociodémographiques des mères et le score total de SPT lié à l'accouchement, ainsi qu'entre celles des enfants et leur score total moyen au questionnaire de développement socioémotionnel. Aucune association significative n'a été observée entre le score total de symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement et l'âge des mères ( $r = 0,10, p = 0,26$ ), ni avec leur niveau de scolarité ( $r = -0,16, p = 0,07$ ). De la même façon, aucune association significative n'a été observée entre l'âge des enfants et leur score total moyen au questionnaire du développement socioémotionnel ( $r = -0,11, p = 0,27$ ). Les analyses de corrélation entre les variables étudiées sont présentées dans le Tableau 1. Ces dernières ont permis de constater des corrélations significatives entre trois mesures étudiées au T1, soit le K10, évaluant la détresse psychologique, le PANAS, évaluant les émotions négatives, et le PCL-5, évaluant l'ampleur de la symptomatologie post-traumatique pendant la grossesse. Le score total continu au K10 est positivement corrélé au score continu à l'échelle d'affects négatifs du PANAS ( $r = 0,54, p < ,01$ ) ainsi

qu'au score total continu au PCL-5 ( $r = 0,65$ ,  $p < .01$ ). De même, le score continu à l'échelle d'affects négatifs du PANAS présente une corrélation positive avec le score total continu au PCL-5 ( $r = 0,55$   $p < ,01$ ). Étant donné les fortes corrélations entre ces instruments, les données ont été standardisées et une moyenne des résultats a été calculée pour chacune des participantes afin de créer un facteur commun de détresse psychologique pendant la grossesse et de réduire nombre de facteurs à considérer dans le modèle.

Pour le premier objectif, une régression linéaire multiple a été réalisée afin d'observer quelles variables étaient significativement associées à la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement (objectif 1). Les analyses ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS Statistics version 29, avec un seuil de signification fixé à  $p \leq 0,05$ . Cette analyse a permis de déterminer les variables à inclure dans le modèle de prédiction du développement socioémotionnel de l'enfant, à partir des SSPT liés à l'accouchement et du soutien reçu après l'accouchement (objectif 2).

Pour répondre à ce deuxième objectif, les prédicteurs statistiques significatifs contribuant à l'explication de la variance des SSPT liés à l'accouchement ont pu servir de variables exogènes à l'établissement de ce modèle de prédiction statistique. La Figure 2 illustre le modèle théorique initial de prédiction de l'accouchement traumatique sur le développement de l'enfant. Des analyses acheminatoires ont été réalisées dans le but d'examiner les effets directs et indirects des variables contribuant à l'explication de la variance de la symptomatologie post-traumatique (variables exogènes) sur des variables

endogènes (symptomatologie post-traumatique due à l'accouchement, soutien postnatal, développement socioémotionnel du bébé). L'analyse acheminatoire consiste à utiliser plusieurs équations de régression dans l'optique de modéliser toutes les relations entre les variables qui sont liées dans un modèle théorique (Lleras, 2005).

**Tableau 1***Corrélations entre les variables de l'étude*

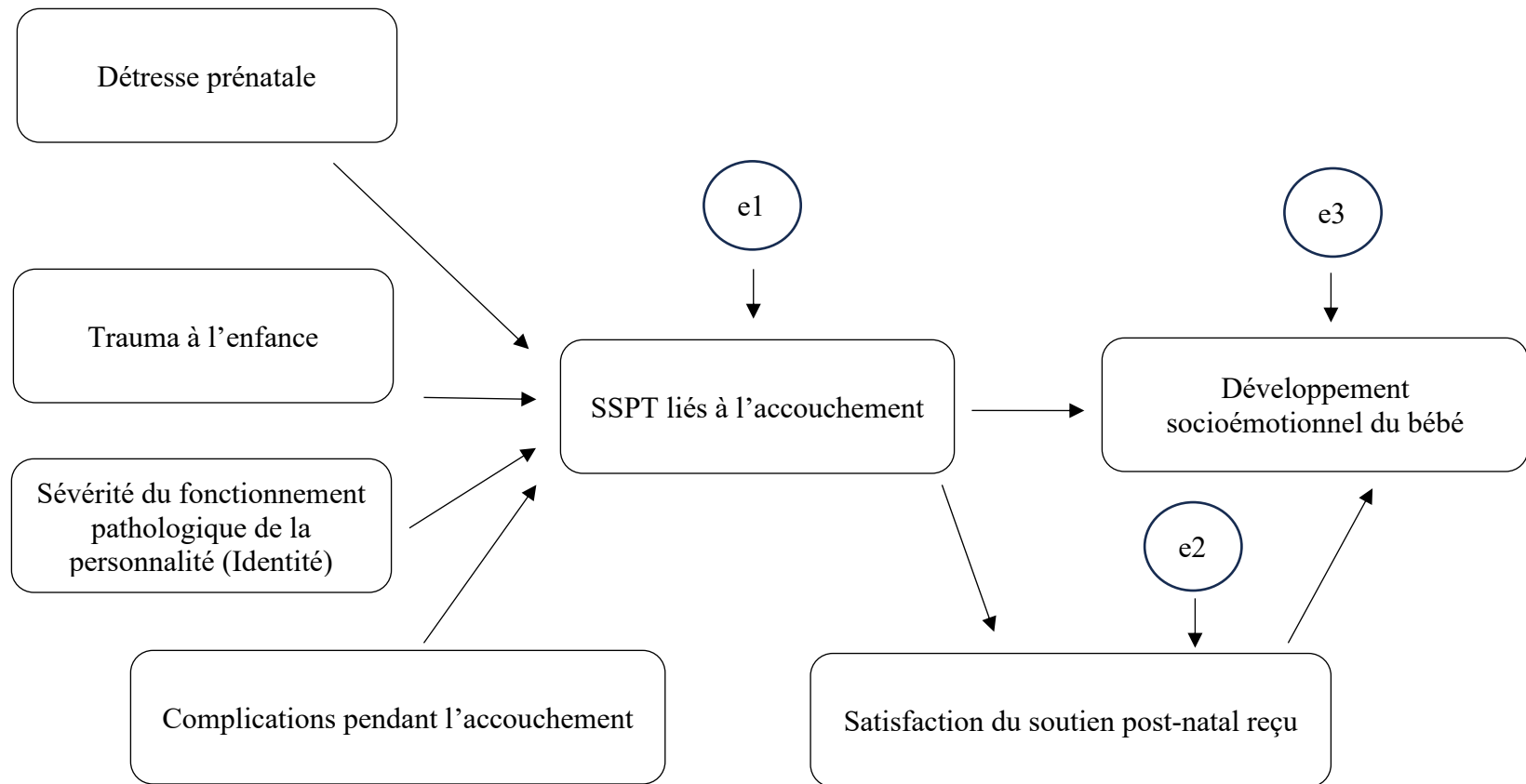
Variabes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Symptomatologie de stress post-traumatique liée à l'accouchement	–									
2. Détresse psychologique prénatale	0,51**	–								
3. Complications à l'accouchement	0,26*	0,16	–							
4. Évènements de vie traumatiques	0,18*	0,36**	0,02	–						
5. Personnalité : échelle Identité	0,48**	0,65**	0,13	0,23**	–					
6. Personnalité : échelle Autodirection	0,31**	0,48**	0,09	0,05	0,58**	–				
7. Personnalité : échelle Empathie	0,25**	0,38**	0,13	0,14	0,47**	0,42**	–			
8. Personnalité : échelle Intimité	0,35**	0,53**	0,14	0,33**	0,51**	0,51**	0,60**	–		
9. Développement socioémotionnel du bébé	0,16	0,21*	0,11	0,19*	0,23**	0,12	-0,01	0,17	–	
10. Satisfaction du soutien postnatal reçu	-0,17	-0,26**	0,08	-0,24**	-0,16	-0,13	0,01	-0,19*	-0,28*	–

*Note.* \*\* La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

\* La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

**Figure 2**

*Modèle acheminatoire théorique entre certains facteurs de risque à l'accouchement traumatique (détresse prénatale, traumatismes à l'enfance fonctionnement de la personnalité, complications à l'accouchement), les symptômes de stress post-traumatique (SSPT) liés à l'accouchement, la satisfaction du soutien reçu après ce dernier et le développement socioémotionnel du bébé*



En d'autres termes, si le modèle théorique suggère plusieurs connexions ou influences entre des variables, ce type d'analyse crée une équation de régression pour chacune de ces relations, et ce, de façon simultanée, afin de voir comment elles s'ajustent dans l'ensemble. Ce type d'analyse nécessite non seulement des hypothèses théoriques solides, puisque le chercheur doit décider avant l'analyse quels modèles il souhaite tester, mais également une taille d'échantillon suffisante. À cet effet, Kline (2016) a recommandé la règle empirique suivante : 10 participants – ou idéalement 20 participants – par paramètre, ou au moins 200 participants. Dans la présente étude, en suivant cette règle, il fallait idéalement 100 participants (5 paramètres) pour disposer d'une puissance statistique suffisante, ce qui est actuellement le cas ( $N = 129$ ).

Ce modèle a été réalisé sur IBM SPSS Amos version 28.0 (Arbuckle, 2021). L'ajustement du modèle a été évalué à l'aide de ces indices : l'indice comparé d'ajustement (CFI;  $> 0,95$ ; Hu & Bentler, 1999; Kline, 2011); l'index *Tucker-Lewis* (TLI;  $> 0,95$ ); le SRMR standardisé (*Standardized Root Mean Residual* [SRMR];  $< 0,08$ ; Hu & Bentler, 1999); et le RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation* [RMSEA];  $< 0,08$ ; Byrne, 2010; Jöreskog & Sörbom, 1996). Les estimations des relations entre les variables du modèle ont été comparées entre elles avec la méthode du maximum de vraisemblance afin de vérifier s'il existe des différences significatives entre elles. Enfin, les coefficients acheminatoires standardisés ( $\beta$ ) et non standardisés ( $B$ ) ont été estimés à l'aide d'intervalles de confiance à 95 % par rééchantillonnage.

## **Résultats**

La section suivante présente les principaux résultats issus des analyses effectuées. Dans un premier temps, le profil sociodémographique des participantes est décrit afin de situer l'échantillon à l'étude. Sont ensuite exposés les prédicteurs associés à la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement. Enfin, le modèle d'effets directs et indirects utilisé est détaillé afin d'examiner le lien entre les SSPT maternels et la qualité du développement socioémotionnel de l'enfant.

### **Profil sociodémographique des participantes**

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon sont présentées au Tableau 2. La moyenne d'âge des femmes, presque en totalité blanches ou de descendance européenne ( $n = 124$ , 96 %), était de 30 ans ( $\acute{E}T = 4,69$ , étendue = 21-45). Près de la moitié des participantes détenaient un diplôme d'études universitaires ( $n = 64$ , 49,7%), et la majorité d'entre elles vivaient avec un partenaire ou étaient mariées ( $n = 123$ , 95,4 %). Concernant les caractéristiques de leur accouchement, les trois quarts des participantes ont eu un accouchement vaginal ( $n = 97$ , 75,2 %). Enfin, très peu d'accouchement ont nécessité un recours à de l'assistance médicale pour la sortie de l'enfant (10,9 %) ou pour le bébé à la suite de sa naissance (11,6 %). Le score moyen total de symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement (City BiTS) est de 6,75 ( $\acute{E}T = 7,34$ , étendue = 0-35), ce qui est inférieur à celui des populations étudiées par d'autres auteurs (5 à 10 %; Ayers et al., 2018; Ertan et al., 2021; Sandoz et al., 2022).

**Tableau 2**

*Caractéristiques sociodémographiques et descriptives des femmes  
de l'échantillon et de leur accouchement (N = 129)*

		% (n)
Groupe ethnique	Caucasien/blanc	96,1 (124)
	Noir (Haïtien, jamaïcain, africain)	0,8 (1)
	Hispanique/latino	1,6 (2)
	Autre	0,8 (1)
Niveau d'études complété	Primaire	0,8 (1)
	Secondaire	7,8 (10)
	Cours professionnel (DEP)	16,3 (21)
	Cégep (DEC)	25,6 (33)
	Baccalauréat	31,8 (41)
	Maitrise	16,3 (21)
	Doctorat	1,6 (2)
État civil	Mariée	15,5 (20)
	Cohabitation avec l'autre parent	41,9 (54)
	Union de fait	33,3 (43)
	Célibataire	4,7 (6)
	Famille recomposée	4,7 (6)
Mode d'accouchement	Accouchement vaginal	75,2 (97)
	Par césarienne	23,3 (30)
Type d'accouchement	Spontané/planifié/provoqué	89,1 (115)
	Césarienne d'urgence	10,9 (14)
Assistance médicale pour la mère à l'accouchement	Non	89,1 (115)
	Oui (forceps, ventouses, autres)	10,9 (14)
Assistance médicale pour l'enfant à l'accouchement	Non	84,4 (114)
	Oui	11,6 (15)

Au T2, l'âge moyen des enfants est de 7 mois et demi ( $\acute{E}T = 2,25$ , étendue = 5-14). Finalement, sur la base de l'évaluation à l'ASQ-SE, près de la moitié des enfants ne présente pas de difficultés quant à leur développement socioémotionnel (48,8 %), tandis que près du tiers (32,6 %) nécessite une surveillance et qu'une référence en clinique devrait être réalisée pour 18,6 % d'entre eux.

### **Prédicteurs de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement**

Pour répondre au premier objectif de cette étude, une régression linéaire multiple a été réalisée afin d'examiner le(s)quel(s) parmi tous les prédicteurs contribue(nt) significativement à la variance de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement (voir Tableau 3). Les résultats de la régression s'avèrent significatifs,  $F(7, 121) = 8,594$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2 = 0,332$ . Ils montrent que parmi les variables considérées, la sévérité de la détresse prénatale des mères pendant la grossesse ( $b = 2,49$ ,  $ES = 0,92$ ,  $p = 0,008$ ,  $\beta = 0,29$ ), les complications à l'accouchement ( $b = 2,53$ ,  $ES = 1,05$ ,  $p = 0,018$ ,  $\beta = 0,18$ ) ainsi que la sévérité des difficultés de fonctionnement de la personnalité dans la sphère Identité ( $b = 3,27$ ,  $ES = 1,37$ ,  $p = 0,019$ ,  $\beta = 0,26$ ) sont des prédicteurs statistiquement significatifs de la sévérité des SSPT liés à l'accouchement, expliquant 33 % de sa variance. De leur côté, la sévérité de la maltraitance vécue au cours de l'enfance et les scores moyens des autres échelles de fonctionnement de la personnalité (autodirection, empathie, intimité) présentent des corrélations bivariées significatives avec la sévérité de la symptomatologie post-traumatique après l'accouchement (voir

Tableau 1), mais n'apparaissent plus significativement liés en mode multivarié (voir Tableau 3).

**Tableau 3**

*Modèle de régression linéaire prédictif de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement à partir de divers facteurs de risque*

Modèle	Coefficients				
	non standardisés		standardisés		
	<i>B</i>	Erreur standard	Bêta	<i>t</i>	Sig.
(Constante)	2,64	2,27		1,17	0,25
Détresse psychologique	2,49	0,92	0,29	2,72	0,01
Complications à l'accouchement	2,53	1,05	0,18	2,41	0,02
Personnalité : échelle Identité	3,27	1,38	0,26	2,38	0,02
Personnalité : échelle Autodirection	-0,21	1,25	-0,02	-0,17	0,87
Personnalité : échelle Empathie	-0,73	1,49	-0,05	-0,49	0,63
Personnalité : échelle Intimité	1,13	1,59	0,08	0,71	0,48
Évènements de vie traumatiques	-0,00	0,05	-0,00	-0,04	0,97

*Note.* Variable dépendante : Symptomatologie de stress post-traumatique liée à l'accouchement.

### **Modèle d'effets directs et indirects des SSPT liés à l'accouchement chez les mères sur la qualité du développement socioémotionnel de l'enfant**

Une corrélation bilatérale de Pearson (voir Tableau 1) révèle que les SSPT des mères liés à l'accouchement ne sont pas significativement associés au développement socioémotionnel de l'enfant ( $r = 0,16, p = 0,06$ ). Toutefois, il existe une association significative entre la satisfaction du soutien perçu après l'accouchement et le développement socioémotionnel de l'enfant ( $r = -0,28, p = 0,00$ ). Ainsi, pour répondre au deuxième objectif de cet essai, une analyse acheminatoire a été réalisée pour explorer les interrelations entre plusieurs facteurs de risque liés à l'accouchement traumatique, la symptomatologie post-traumatique, la satisfaction du soutien reçu après l'accouchement et le développement socioémotionnel du bébé.

Une analyse préliminaire a été conduite pour vérifier si les données présentaient entre elles des associations linéaires, telles que présentées dans la matrice de corrélation plus haut (voir Tableau 1). Les modèles acheminatoires ont également permis d'examiner les effets totaux d'une variable sur une autre, c'est-à-dire les liens d'une variable sur une autre à travers les variables intermédiaires (voir Tableau 3). Les résultats globaux du modèle indiquent que la plupart des variables, mis à part l'identité pathologique, ont un effet significatif et dans le sens attendu sur le développement de l'enfant, bien que cet effet soit relativement faible.

**Tableau 4**

*Coefficients (B), Coefficients acheminatoires ( $\beta$ ; effets standardisés) du modèle acheminatoire*

Variable endogène	Variable exogène	B [95% CI]	$\beta$ [95% CI]
Symptomatologie de stress post-traumatique après l'accouchement	Détresse prénatale	3,941* [2,021 – 5,575]	0,460* [0,235 – 0,657]
	Identité pathologique	1,424 [-1,270 – 4,104]	0,096 [-0,086 – 0,277]
Satisfaction du soutien post-natal reçu	Symptomatologie de stress post-traumatique après l'accouchement	-0,168* [-0,343 – -0,011]	-0,167* [-0,330 – -0,011]
Développement socioémotionnel du bébé	Symptomatologie de stress post-traumatique après l'accouchement	0,030 [-0,011 – 0,067]	0,116 [-0,043 – 0,283]
	Satisfaction du soutien post-natal reçu	-0,067* [-0,129 – -0,016]	-0,261* [-0,437 – -0,055]

*Note.* \* = liens significatifs entre les variables ( $p < 0,05$ ).

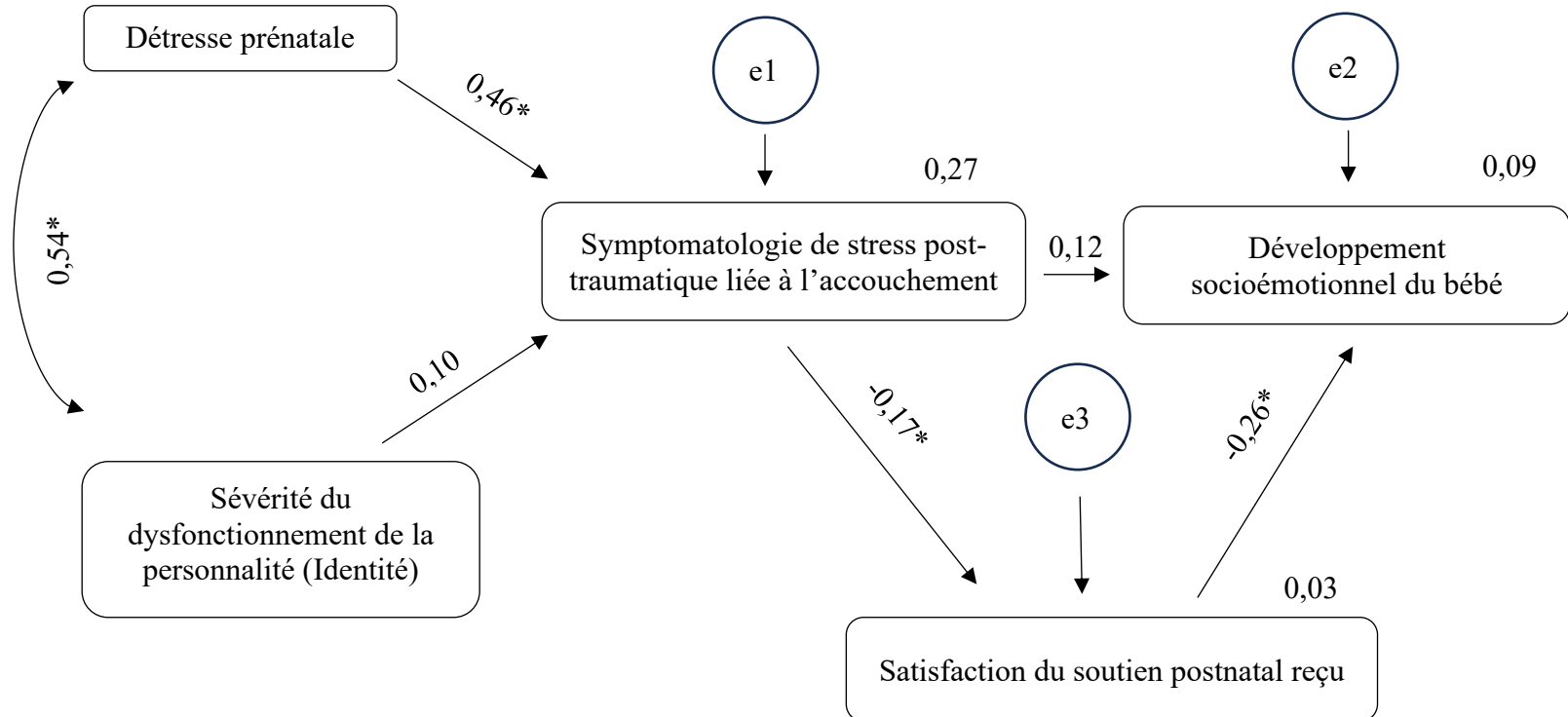
En ce sens, l'effet total de la détresse prénatale sur le développement socioémotionnel de l'enfant est de 0,162 (IC95% = 0,016; 0,358),  $p = 0,04$ ; celui de l'identité pathologique, de 0,059 (IC95% = -0,036; 0,247),  $p = 0,20$ ; celui de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement, de 0,041 (IC95% = 0,002; 0,078),  $p = 0,04$ ; puis de la satisfaction du soutien postnatal, de -0,067 (IC95% = -0,129; -0,016),  $p = 0,01$ . L'effet de médiation du soutien social entre l'accouchement traumatique et le développement de l'enfant est significatif,  $B = 0,011$  (IC95% = 0,001; 0,039),  $p = 0,03$ . La variance expliquée pour la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement est de 26,90 %, et de 9,20 % pour le développement socioémotionnel de l'enfant.

De plus, dans le Tableau 4, les résultats illustrent que la détresse ( $p < 0,01$ ), mais pas l'identité pathologique ( $p = 0,30$ ), prédit significativement la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement. Ces deux facteurs de risque présentent d'ailleurs une corrélation positive moyenne ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,00$ ), soulignant que les femmes qui présentent une détresse prénatale tendent aussi à rencontrer des difficultés sur la sphère identitaire. Ensuite, dans ce modèle, les SSPT liés à l'accouchement prédisent significativement ( $p = 0,04$ ) et négativement la satisfaction du soutien social dans la période post-partum. Cette satisfaction quant au soutien social perçu prédit quant à elle le développement de l'enfant ( $B = -0,067$ ,  $p = 0,01$ ). Ainsi, plus la satisfaction des mères entourant le soutien reçu est élevée, moins l'enfant présente de difficultés dans la sphère socioaffective. Les indices d'adéquation du modèle sont acceptables, voire excellents

(CFI = 0,965; TLI = 0,913; RMSEA = 0,082; SRMR = 0,0713). La Figure 3 présente les résultats du modèle.

**Figure 3**

*Modèle acheminatoire final entre certains facteurs de risque à l'accouchement traumatique, les SSPT liés à l'accouchement, la satisfaction du soutien postnatal reçu et le développement socioémotionnel du bébé*



*Note.* Les flèches à une pointe représentent les relations entre les variables avec le coefficient acheminatoire standardisé ( $\beta$ ) affiché ci-dessus, tandis que les flèches à deux pointes montrent les corrélations de Pearson entre les variables. Les nombres inscrits en haut à droite d'une case correspondent à la variance expliquée ( $R^2$ ) par les prédicteurs ( $p < 0,05$ ).

e = erreur ou variance inexpliquée. \* = liens significatifs entre les variables ( $p < 0,05$ ).

## **Discussion**

Le premier objectif de cet essai visait à s'intéresser au fonctionnement de la personnalité des mères, à leur détresse prénatale, ainsi qu'à des variables telles que les traumatismes vécus durant l'enfance et les complications lors de l'accouchement (instrumentalisation de l'accouchement et assistance au bébé), afin d'identifier les facteurs susceptibles de contribuer à l'émergence de SSPT liés à l'accouchement. En effet, bien que les facteurs de risque associés à l'accouchement traumatique et au développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) postnatal ont été largement explorés, le rôle du dysfonctionnement de la personnalité comme facteur de risque n'est pas documenté. Dans un second temps, sur la base des résultats obtenus, un modèle intégratif a été proposé afin de mieux comprendre comment ces différents facteurs exercent une influence, directe ou indirecte, sur le développement socioémotionnel de l'enfant, tout en accordant une attention particulière au rôle médiateur potentiel de la satisfaction du soutien social reçu après l'accouchement. À ce jour, peu de recherches ont exploré les effets intergénérationnels de la symptomatologie post-traumatique des mères liée à l'accouchement sur le développement socioémotionnel du bébé. De plus, à notre connaissance, aucune étude n'a évalué si la satisfaction du soutien social reçu après l'accouchement pouvait agir comme facteur de transmission entre les SSPT maternels et le développement de l'enfant. La présente étude se distingue donc par la prise en compte d'un réseau complexe de facteurs interreliés, afin de mieux comprendre certains facteurs précoces influençant le développement de l'enfant.

### **Facteurs contribuant à l'émergence de SSPT liés à un accouchement**

Le premier objectif de l'étude était d'examiner le lien entre différents facteurs de risque (dysfonctionnement de la personnalité, évènements de vie traumatiques, détresse psychologique prénatale, les complications à l'accouchement) et la sévérité des SSPT liés à l'accouchement. Les résultats obtenus confirment en partie notre hypothèse, indiquant que la détresse prénatale des mères pendant la grossesse, les complications de l'accouchement (instrumentalisation de l'accouchement et assistance au bébé) et un dysfonctionnement de la personnalité, plus particulièrement dans la sphère identitaire, sont significativement associés à la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement, expliquant un peu plus du tiers de sa variance. Les évènements de vie traumatiques, toutefois, n'y sont pas liés significativement lorsque les autres variables sont prises en compte. Le facteur prédictif le plus fort est celui de la détresse prénatale, qui regroupe des manifestations de stress, d'anxiété, de dépression, de SSPT maternels prénataux ainsi qu'un ensemble d'affects négatifs. Ces résultats sont cohérents avec ceux d'autres études qui mettent en lumière que la dépression pendant la grossesse, un historique de TSPT ou d'autres problèmes psychologiques font partie des facteurs de vulnérabilité au développement de SSPT liés à l'accouchement (Ayers et al., 2016; Dekel et al., 2017; El Founti Khsim et al., 2022; Grekin & O'Hara, 2014; Kranenburg et al., 2023). Les résultats appuient l'idée que l'état psychologique avant l'accouchement joue un rôle clé dans l'adaptation des mères après leur accouchement. En effet, un niveau élevé d'affects négatifs tend à amplifier les sentiments de détresse dans la vie quotidienne, indépendamment du contexte ou des évènements objectifs (Watson & Clark, 1984). Chez

les femmes présentant un haut niveau d'affects négatifs, ceux-ci viennent affecter la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et des événements vécus et ils modulent leur expérience (Watson & Clark, 1984). De façon similaire, il a été observé qu'en présence d'incertitude, les symptômes anxio-dépressifs sont liés à une surestimation de la probabilité qu'un événement négatif survienne, ainsi qu'à une hyperactivation chez les mères (Lalande-Charlebois, 2019). L'incertitude inhérente à l'accouchement peut représenter une source importante d'anxiété pour certaines femmes, en particulier lorsque des facteurs de vulnérabilité psychologique sont déjà présents. Pour ces femmes, le déroulement de l'accouchement peut être perçu comme une situation menaçante, générant une activation physiologique marquée pouvant persister après l'accouchement ou encore contribuer à l'encodage de l'évènement comme ayant été traumatique. De façon similaire, les SSPT préexistants constituent un facteur de vulnérabilité au développement d'une symptomatologie post-traumatique en cas d'exposition ultérieure à un événement stressant ou potentiellement traumatique (Breslau et al., 2008; Ehlers & Clark, 2000; Karam et al., 2014). Cette vulnérabilité pourrait s'expliquer par une sensibilisation cognitive et émotionnelle, rendant les individus plus réactifs au stress et enclins à interpréter négativement des situations ambiguës ou menaçantes. Les symptômes dépressifs peuvent ensuite altérer la capacité des mères à faire face au stress et favoriser un repli sur soi, limitant ainsi l'accès au soutien social, généralement reconnu comme un facteur de protection contre le développement de SSPT postnataux. Ce cumul de vulnérabilités, conceptualisées dans cette étude comme la détresse prénatale, peut en

partie expliquer l'élévation des SSPT observée chez les mères à la suite de l'accouchement.

De la même façon, les résultats illustrent que les complications survenant durant l'accouchement (instrumentalisation de l'accouchement et assistance au bébé) contribuent significativement au développement de SSPT chez les mères liés à l'accouchement, tel qu'appuyé par différents auteurs (Ayers et al., 2016; Carter et al., 2022; Dekel et al., 2017; El Founti Khsim et al., 2022; Grekin & O'Hara, 2014; Kranenburg et al., 2023). L'instrumentalisation de l'accouchement peut notamment être vécue comme une réponse à une situation à risque pour la santé du bébé ou la santé maternelle. Cette perception de menace vitale, combinée à l'imprévisibilité et à l'intensité de l'intervention, peut induire un niveau de stress important, susceptible de favoriser l'encodage de l'expérience en tant que souvenir traumatique (Dekel et al., 2017). De plus, une intervention obstétricale en urgence implique que les décisions soient prises rapidement, sans que les mères aient le temps de comprendre, et parfois même, sans qu'on leur permette de consentir pleinement aux actes médicaux réalisés, et influencer ce qui survient (Elmir et al., 2010). Se sentir en contrôle pendant l'accouchement, tout en sachant à quoi s'attendre, fait d'ailleurs partie des facteurs de protection au développement de SSPT liés à l'accouchement (Lyons, 1998). À l'inverse, une mauvaise communication entre le personnel médical et les femmes peut accentuer le sentiment d'impuissance et d'isolement de ces dernières (Beck, 2004). Bien que ces aspects spécifiques de l'expérience de l'accouchement des participantes n'aient pas été mesurés, il est plausible qu'ils expliquent le lien significatif entre les complications de

l'accouchement et les SSPT lié à l'accouchement observé dans cette étude. Ainsi, il est possible que les femmes qui rapportent des complications lors de l'accouchement aient senti qu'elles ont « subi » celui-ci, et, qu'en retour, elles aient été plus susceptibles de se sentir en danger et, ultimement, plus vulnérables de développer des SSPT.

Par ailleurs, en lien avec l'exploration du lien entre le dysfonctionnement de la personnalité et des SSPT liés à l'accouchement, il était envisagé que les femmes développant davantage de SSPT liés à leur accouchement présenteraient un dysfonctionnement plus marqué dans les différentes sphères de leur personnalité. Les résultats indiquent que, contrairement aux autres sphères (autodirection, empathie, intimité), seule la sphère identitaire y est liée significativement. Un bon fonctionnement de la personnalité dans la sphère de l'identité correspond à une expérience de soi comme unique, avec des frontières soi-autrui bien définies, une stabilité de l'estime personnelle et une appréciation juste et nuancée de ses forces et de ses faiblesses, ainsi qu'une capacité à réguler une gamme d'expériences émotionnelles (APA, 2022). Un score de dysfonctionnement élevé à cet élément indique au contraire une image de soi appauvrie, peu développée ou instable, une autocritique excessive, un vide marqué et une présence d'états dissociatifs lors de périodes de stress intense. Dans la présente étude, un lien a été observé entre ces difficultés importantes en lien avec la gestion des émotions, une mauvaise estime de soi, et une tendance à être particulièrement critiques envers elles-mêmes et davantage de SSPT après l'accouchement. Ceci fait sens compte tenu que la littérature entourant le rôle de la personnalité sur le développement du trouble de stress

post-traumatique général (c'est-à-dire, non spécifiquement lié à l'accouchement) qui souligne que les personnes ayant des niveaux plus élevés d'estime de soi et d'optimisme avant la survenue d'un évènement traumatique ont tendance à signaler moins de SSPT liés à l'évènement (Frazier et al., 2011). Il est possible qu'une identité cohérente et stable favorise une intégration de l'expérience de l'accouchement, même lorsque celui-ci a pu être difficile, permettant de lui donner un sens et de contenir les affects qui y sont liés. Au contraire, une difficulté dans cette sphère du fonctionnement de la personnalité pourrait entraver ce processus. Ces femmes peuvent éprouver davantage de difficultés à élaborer un récit cohérent de leur accouchement et à réguler l'intensité émotionnelle associée, favorisant ainsi l'émergence et le maintien de SSPT.

Contrairement à l'hypothèse de départ, les évènements de vie traumatiques (abus et négligence) n'apparaissent pas comme des prédicteurs statistiquement significatifs d'une symptomatologie post-traumatique après l'accouchement lorsque les autres variables sont prises en compte. Des recherches montrent que les femmes ayant été victimes de maltraitance durant leur enfance vivent des effets néfastes et prolongés de ces expériences jusqu'à la maternité, et sont susceptibles de revivre certains souvenirs traumatiques lors de l'accouchement (Do et al., 2022). Dans la présente étude, notons que les prévalences de traumatismes au cours de l'enfance rapportées par les femmes sont similaires à celles retrouvées habituellement au sein de la population générale (Stoltenborgh et al., 2015). Ces prévalences sont de l'ordre de 18.4% pour la négligence émotionnelle (11,6% dans le présent échantillon), de 16.3% pour la négligence physique (14% dans le présent

échantillon), de 36.3% pour l'abus émotionnel (24,8% dans le présent échantillon), de 18.0% pour l'abus sexuel (14% dans le présent échantillon), et de 22.6% pour l'abus physique (8,5% dans le présent échantillon) (Stoltenborgh et al. 2015). Une explication possible à cette absence d'effet significatif entre les événements de vie traumatiques et les SPT après l'accouchement tient au fait que la contribution des traumatismes passés à ces symptômes pourrait être masquée par des variables plus proximales de l'état psychologique, comme la détresse psychologique prénatale ou les complications obstétricales, par exemple. Rappelons à cet effet que la mesure de la détresse psychologique prénatale, dans la présente étude, comprend l'intégration d'une variable mesurant la symptomatologie post-traumatique lors de la grossesse. Ainsi, il est possible que l'effet des traumas passés sur les SPT après l'accouchement soit entièrement capté par la symptomatologie psychologique, dont celle post-traumatique, durant la grossesse. Cela est appuyé par la méta-analyse de Racine et ses collègues (2021), qui met en évidence une association entre les traumatismes infantiles et l'augmentation des symptômes anxieux et dépressifs durant la grossesse. Il est donc plausible que l'impact des traumatismes vécus pendant l'enfance sur le développement de SSPT liés à l'accouchement soit visible par le biais de l'apparition de symptômes de détresse prénatale. Autrement dit, il se pourrait que ce soient principalement les femmes présentant des difficultés psychologiques à la suite des traumas de l'enfance qui courent un risque augmenté de développer des SSPT liés à l'accouchement. Ceci semble cohérent avec nos résultats, puisque la corrélation simple entre les événements de vie traumatiques et les SSPT liés à l'accouchement s'avère significative, mais cette association s'estompe

lorsqu'examinée de façon conjointe avec d'autres facteurs de risque dans le modèle multivarié.

### **Modèle intégratif de prédiction du développement socioémotionnel de l'enfant**

Les analyses corrélationnelles préliminaires n'ont pas révélé de lien significatif entre les SSPT liés à l'accouchement et le développement socioémotionnel du bébé, contrairement à l'étude de Garthus-Niegel et ses collaborateurs (2017), qui avait présenté une association significative entre les deux variables, bien que modeste ( $r = 0,17$ ). Ce résultat suggère que, de façon isolée, la présence d'une symptomatologie post-traumatique chez la mère après l'accouchement n'est pas directement associée à des difficultés développementales observables chez l'enfant à ce stade. La revue systématique de van Sielegem et son équipe (2022) a mis de l'avant l'importance d'envisager d'éventuelles voies indirectes pour expliquer l'association entre la symptomatologie post-traumatique due à l'accouchement et le développement de l'enfant, sachant que divers facteurs peuvent également entraîner une répercussion sur ce dernier. Le second objectif de cet essai visait donc à élaborer un modèle intégratif prédictif afin de mieux comprendre comment les facteurs de risque des SSPT vécus après l'accouchement, ainsi que ces derniers, exercent une influence, directe ou indirecte, sur le développement socioémotionnel de l'enfant, tout en incluant une mesure du soutien social perçu après l'accouchement.

D'abord, les résultats du modèle montrent que la détresse prénatale apparaît comme un prédicteur significatif de la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement,

ce qui appuie l'idée selon laquelle un vécu émotionnel difficile pendant la grossesse augmente la vulnérabilité maternelle à développer des SSPT en contexte d'accouchement difficile, tel que discuté précédemment. Cette détresse est également corrélée avec des difficultés sur le plan identitaire, suggérant que ces deux formes de vulnérabilité tendent à coexister et partagent une variance commune, tel que souligné par certains auteurs (Gamache et al., 2019). Dans le modèle, toutefois, la variance commune partagée entre les variables est retirée, ce qui peut expliquer pourquoi les altérations du fonctionnement sur le plan identitaire ne sont plus significativement associées à la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement dans ce modèle.

Ensuite, le modèle proposé s'est avéré valide pour prédire le développement socioémotionnel de l'enfant, expliquant 9,20 % de sa variance. La plupart des variables incluses dans le modèle de prédiction, mis à part le dysfonctionnement identitaire, présentent un effet total significatif et dans le sens attendu sur le développement socioémotionnel de l'enfant, bien que cet effet soit relativement faible. Autrement dit, la détresse prénatale, la symptomatologie post-traumatique liée à l'accouchement et la satisfaction face au soutien reçu après l'accouchement sont tous associés au développement socioémotionnel du bébé, que ce soit directement ou indirectement. Or, c'est la satisfaction du soutien reçu dans la période post-natale qui vient moduler l'impact de la détresse prénatale et des SSPT liés à l'accouchement sur la capacité du bébé à exprimer et réguler ses émotions et à entrer en relation avec les autres. Ainsi, les résultats impliquent que des niveaux élevés de SSPT liés à l'accouchement sont associés à un

soutien social perçu de moins bonne qualité, et que ce faible niveau de soutien perçu est à son tour associé à un moins bon développement socioémotionnel chez l'enfant.

Le fait qu'une plus forte présence de SSPT liés à l'accouchement soit liée à une moins grande satisfaction face au soutien reçu concorde avec les études antérieures (Grekin & O'Hara, 2014; Kranenburg et al., 2023). Cette association peut s'expliquer de différentes façons, notamment par l'hypothèse que la perception du soutien reçu par les mères soit altérée par la symptomatologie post-traumatique qu'elles présentent après l'accouchement. Cette symptomatologie implique entre autres des croyances et attentes négatives envers le monde. Il est possible que ces mères interprètent négativement le soutien offert par leur entourage (Ehlers et Clark, 2000). De plus, on constate parfois un manque de compréhension ou une non-reconnaissance de la gravité des SSPT liés à l'accouchement par les mères ou leurs proches, particulièrement dans un contexte postnatal où l'attention est centrée sur le bébé (Kranenburg et al., 2023), ce qui pourrait aussi influencer ce lien. Cela rejoint les travaux soulignant que ce n'est pas seulement la quantité de soutien, mais la qualité perçue et la capacité de l'entourage à répondre adéquatement aux besoins émotionnels qui influencent l'adaptation postnatale (Razurel & Kaiser, 2015).

Finalement, le rôle médiateur de la satisfaction du soutien social reçu prend tout son sens lorsque l'on considère comment les SSPT peuvent affecter la capacité parentale à répondre aux besoins de l'enfant. En effet, la qualité des soins offerts en début de vie est

déterminante pour le développement des compétences d'autorégulation chez l'enfant, et tout facteur qui nuit à la sensibilité et à la réceptivité maternelle risque d'entraîner des répercussions sur ce développement. Or, la symptomatologie post-traumatique est associée à des symptômes tels que l'irritabilité, les accès de colère, l'hypervigilance, l'évitement émotionnel, l'anhédonie et la reviviscence du traumatisme, qui peuvent compromettre la disponibilité psychologique des mères envers leur enfant (Bosquet Enlow et al., 2011). Ces symptômes sont souvent accompagnés de difficultés à moduler les émotions, à reconnaître celles d'autrui, à exprimer adéquatement leurs états internes et à maintenir l'attention, des aspects essentiels pour des interactions mère-enfant sensibles et contingentes (Bosquet Enlow et al., 2011). Lorsque ces éléments sont présents, cela peut ainsi conduire à des comportements parentaux désengagés, intrusifs, hostiles ou non adaptés, qui ont été associés à des perturbations importantes du développement socioémotionnel chez le jeune enfant (Ionio & Di Blasio, 2014; Sroufe et al., 2005). Dans ce contexte, le soutien social reçu lors de la période post-natale pourrait agir comme une ressource importante pour préserver les capacités parentales, même en présence de SSPT après l'accouchement. Le fait de percevoir un soutien émotionnel de qualité peut aider les mères à se sentir moins isolées, plus comprises et davantage compétentes dans leur rôle parental, contribuant à réduire la détresse psychologique et les comportements d'évitement envers leur enfant (Razurel & Kaiser, 2015). La satisfaction du soutien peut également favoriser une plus grande disponibilité émotionnelle envers l'enfant en facilitant la régulation de leurs propres émotions et en renforçant leur capacité à répondre de manière sensible aux besoins du bébé. À l'inverse, en l'absence de soutien perçu

comme satisfaisant, les SSPT liés à l'accouchement risquent davantage de compromettre la qualité des interactions mère-enfant, ce qui peut nuire au développement socioémotionnel du bébé. Ainsi, le soutien social perçu agit alors comme un mécanisme de transmission entre les SSPT de la mère et les difficultés de développement de l'enfant sur le plan socioémotionnel. Il convient néanmoins d'interpréter ces résultats avec prudence, en raison des faibles tailles d'effet observées dans les analyses. Cela indique que d'autres mécanismes ou variables intermédiaires, non incluses dans le présent modèle, pourraient jouer un rôle déterminant dans la transmission intergénérationnelle des effets de l'accouchement traumatique sur le développement de l'enfant. Étant donné la complexité du développement socioémotionnel, il apparaît essentiel d'adopter une approche intégrative qui tienne compte de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux, tant chez la mère que chez l'enfant, afin d'enrichir la compréhension de ces processus et d'en améliorer la prédiction (Warren, 2017).

### **Forces et limites de l'étude**

Afin d'interpréter les résultats de cet essai, il importe de considérer certaines limites et forces de l'étude. Premièrement, bien qu'il représente un profil semblable aux femmes de 25 à 34 ans de la population québécoise quant à l'éducation (Institut de la statistique du Québec, 2021), notre échantillon présente un profil sociodémographique favorable, est peu diversifié sur le plan ethnique et inclut presque entièrement des femmes en couple. Il n'est donc pas possible d'affirmer que notre échantillon soit entièrement représentatif des femmes de la population générale et que nos résultats puissent être généralisés à celles-ci.

Il est également important de noter que toutes les données recueillies dans le cadre de cette étude ont été récoltées par le biais d'un devis monométhode (questionnaires) et monosource (rapportées par la mère), ce qui constitue un potentiel biais dans les résultats. Bien que les instruments utilisés soient reconnus pour leur validité clinique, l'absence de sources externes ou d'observations objectives ne permet pas de croiser les points de vue ou de nuancer les résultats. L'utilisation d'une approche multiméthode, notamment en s'appuyant sur un évaluateur indépendant autre que la mère pour évaluer le développement socioaffectif de l'enfant, par exemple, ou en ajoutant des mesures observationnelles des interactions mère-enfant, pourrait contribuer à bonifier de façon importante les conclusions qu'on pourrait tirer. De plus, il aurait été intéressant de considérer séparément la variable de la symptomatologie post-traumatique vécue lors de la grossesse (PCL-5) des autres mesures de détresse psychologique prénatale dans les analyses afin d'évaluer la contribution spécifique des symptômes antérieurs de SPT à ceux liés à l'accouchement. Aussi, bien que notre questionnaire n'ait pas couvert cet aspect, il aurait également été pertinent d'inclure une variable mesurant la primiparité des mères, sachant que les femmes primipares sont exposées à davantage d'éléments inconnus que celles qui ont déjà vécu des expériences d'accouchement. Enfin, l'échelle portant sur l'expérience subjective du soutien reçu dans la période post-partum constitue une limite méthodologique qui doit être soulignée. En effet, la fidélité et la validité de ce type de mesure demeurent inconnues, pouvant biaiser les résultats de la présente recherche, sachant que l'on ne sait pas si l'échelle mesure réellement ce qu'elle prétend mesurer, ni de manière fiable (Beauregard & Dumont, 1996). Il demeure que l'une des principales

forces de la présente étude réside dans son devis longitudinal, qui a permis de suivre un échantillon de près de 130 femmes enceintes de 6 mois à un an après leur accouchement. Ceci offre une perspective unique sur l'évolution de leur santé psychologique pendant la période pré et postnatale, permettant ainsi de mieux saisir les relations temporelles entre les facteurs de risque et les conséquences postnatales de l'accouchement sur elles et leur bébé. De plus, l'utilisation d'un outil validé pour le trauma spécifique à l'accouchement, le City BiTS (Ayers et al., 2018), permet une meilleure sensibilité aux expériences vécues par les femmes dans le contexte périnatal, ainsi qu'une évaluation plus précise et plus pertinente en évitant les possibles biais que pourrait entraîner l'usage d'outils généraux évaluant le TSPT général telles que l'ont fait plusieurs études (Thomson et al., 2021). Par ailleurs, plusieurs des outils utilisés dans le cadre de cette étude sont reconnus comme des références dans leur domaine respectif. Notamment, le CTQ (Bernstein et al., 2003; Paquette et al., 2004), le City BiTS (Ayers et al., 2018) ainsi que l'*Ages and Stages Questionnaire – Social Emotional, 2e édition* (ASQ: SE-2; Squires et al., 2015) sont considérés comme des outils de mesure reconnus, tant sur le plan clinique que psychométrique. De manière générale, l'ensemble des instruments employés dans cette recherche présentent des propriétés de validité et de fidélité satisfaisantes, assurant la robustesse des données collectées.

### **Retombées pour l'avancement des connaissances scientifiques et de l'intervention**

Cet essai comporte plusieurs retombées potentielles pour l'avancement des connaissances scientifiques et cliniques. En identifiant et en analysant les divers facteurs

de risque associés à un accouchement traumatique chez les femmes, cette étude contribue à une meilleure compréhension de la manière dont la détresse prénatale, les complications de l'accouchement (instrumentalisation de l'accouchement et assistance au bébé) et le fonctionnement de la personnalité sont associés à la sévérité des SSPT vécus après l'accouchement. Ces résultats mettent en lumière la pertinence de repérer les femmes enceintes présentant des niveaux élevés de détresse et/ou de difficultés de fonctionnement sur le plan de l'identité afin de leur offrir un soutien adapté et de prévenir la détresse postnatale liée à leur accouchement. De plus, en explorant les conséquences potentielles des SSPT liés à l'accouchement sur le développement socioaffectif des enfants tout en considérant le rôle médiateur du soutien postnatal reçu, cela suggère l'importance d'un suivi étroit pour les femmes qui vivent des difficultés psychologiques, même au sein d'une population non clinique. Il est important de développer des interventions qui ciblent non seulement la réduction de la détresse et des SSPT liés à l'accouchement chez les mères, mais aussi l'amélioration du soutien qu'elles reçoivent après l'accouchement et leur appréciation de ce soutien. Bien que le soutien postnatal ne soit pas le seul facteur à considérer, son rôle semble significatif pour favoriser un meilleur développement socioémotionnel chez l'enfant. En somme, cet essai indique des pistes intéressantes pour des interventions précoces et ciblées, en vue de réduire les séquelles intergénérationnelles des traumatismes liés à l'accouchement et de favoriser un développement socioaffectif sain chez les enfants. Pour les recherches futures, il serait intéressant d'étudier si certaines trajectoires de SSPT après l'accouchement (récupération, aggravation, chronicité) sont davantage associées à des difficultés développementales chez l'enfant, et si le soutien

perçu joue un rôle dans ces trajectoires. En effet, alors que certaines femmes voient leurs symptômes s'atténuer, d'autres peuvent présenter progressivement une aggravation, ou encore une chronicité des symptômes, ce qui pourrait avoir des impacts différents sur l'environnement affectif, comportemental et relationnel dans lequel l'enfant se développe. Au-delà du soutien reçu, l'implantation de programmes de soutien structurés et ciblant des expériences d'accouchement plus difficiles, tels que de l'accompagnement individuel ou de groupe, pourrait être bénéfique en vue de réduire les SSPT des mères liés à l'accouchement, améliorer leur disponibilité émotionnelle et ainsi favoriser de meilleures interactions mère-enfant. À cet effet, au Royaume-Uni, un programme de soutien psychoéducatif de groupe de six semaines, *Coping with Birth Trauma*, a été développé dans le but de faciliter la compréhension du trauma de l'accouchement par les femmes et de leur fournir des stratégies d'adaptation (Roberts et al., 2021). Des thèmes entourant l'accouchement traumatique et les réactions associées ont été abordés, ce qui a permis aux femmes d'apprendre de nouvelles stratégies d'adaptation, ainsi que de partager leurs expériences avec d'autres mères. Les participantes ont rapporté que le programme leur a permis de se sentir moins seules, de normaliser leurs sentiments et émotions, de favoriser la résolution des SSPT liés à l'accouchement et d'élargir leurs réseaux de soutien (Roberts et al., 2021). Il est plausible que de tels programmes permettent ainsi d'agir comme levier chez les femmes vivant une détresse liée à leur accouchement, notamment en les aidant à réguler leurs émotions et à répondre avec sensibilité et justesse aux besoins de leur bébé.

## **Conclusion**

Cet essai avait pour but de concevoir et de tester un modèle conceptuel de l'accouchement traumatique et de ses répercussions sur le développement socioémotionnel de l'enfant, en tenant compte du soutien postnatal reçu par les mères. Pour ce faire, le premier objectif visait à explorer les facteurs de risque prénataux contribuant à la symptomatologie post-traumatique des mères après leur accouchement. Ensuite, le second objectif visait à examiner les effets directs et indirects de ces variables sur le développement du bébé, tout en considérant l'effet médiateur du soutien reçu après l'accouchement.

Dans un premier temps, les résultats obtenus soulignent le rôle central de la détresse prénatale comme facteur de vulnérabilité majeur au développement d'une symptomatologie de stress post-traumatique liée à l'accouchement. De la même façon, les complications de l'accouchement (instrumentalisation de l'accouchement et assistance au bébé) et un dysfonctionnement de la personnalité dans la sphère identitaire apparaissent significativement associés à l'apparition après l'accouchement de SSPT. Les événements de vie traumatiques, pour leur part, n'y sont pas liés significativement lorsque les autres variables sont prises en compte. Ces résultats mettent en évidence l'importance de considérer simultanément les vulnérabilités psychologiques prénatales, les circonstances obstétricales et certains aspects du fonctionnement de la personnalité pour mieux comprendre et prévenir les SSPT liés à l'accouchement.

Dans un second temps, l'élaboration d'un modèle de prédiction a permis de mieux comprendre comment ces SSPT liés à l'accouchement peuvent, dans certains contextes, entraîner des répercussions sur le développement socioémotionnel de l'enfant. Contrairement à certaines études antérieures, la présente recherche ne montre pas de lien direct entre les SSPT maternels et les difficultés socioémotionnelles du bébé. Toutefois, les analyses mettent en évidence un mécanisme indirect par lequel les SSPT liés à l'accouchement sont associés au développement socioémotionnel chez l'enfant, soit la satisfaction en lien avec le soutien social reçu. Les symptômes post-traumatiques maternels, comme les cognitions négatives envers les autres, pourraient affecter la perception du soutien reçu par les mères après l'accouchement. Ainsi, ce serait cette altération dans la perception des relations qui serait liée au développement socioémotionnel de l'enfant. Il est plausible que cette altération négative dans les cognitions face aux autres s'imisce également dans la perception que les mères ont de leur bébé, et compromette la qualité des interactions des mères avec leur enfant, leur capacité de régulation émotionnelle et leur disponibilité affective à l'égard de leur bébé, éléments pouvant nuire à leur tour au développement socioémotionnel de ce dernier.

Cet essai présente des apports substantiels. Ils permettent notamment de mieux comprendre dans quelle mesure l'état psychologique et certains aspects de la personnalité des mères avant l'accouchement, ainsi que le manque de contrôle lié à l'instrumentalisation de ce dernier, jouent un rôle clé dans la prédisposition à développer des SSPT à la suite de l'accouchement. Ces résultats soulignent l'importance d'offrir un

dépistage systématique des facteurs de risque prénataux du développement de SSPT liés à l'accouchement afin d'identifier le mieux possible les femmes qui pourraient être vulnérables au fait de vivre un accouchement traumatique (Ayers et al., 2008; Horsh et al., 2024). En effet, sachant que la symptomatologie post-traumatique affecte la disponibilité émotionnelle des mères et influence leurs comportements parentaux, ainsi que le développement socioémotionnel de leur enfant, il devient d'autant plus crucial de mettre en place des interventions précoces pour prévenir le traumatisme périnatal et soutenir les mères vulnérables, afin de limiter les effets négatifs sur les mères et leur enfant à long terme. Par ailleurs, considérant l'effet de la satisfaction du soutien reçu après l'accouchement sur le développement de l'enfant, cet essai apporte un éclairage nouveau quant à la nécessité d'installer un filet de soutien chez les mères rapportant des SSPT liés à l'accouchement pour les soutenir dans leur rôle parental.

## Références

- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine, 40*(11), 1849-1859. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992224>
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 16*(2-3), 107-131. <https://doi.org/10.1080/02646839808404563>
- American Psychiatric Association. (APA, 1987). *DSM-III-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd., rév.). American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (APA, 2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>e</sup> éd.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (APA, 2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (5<sup>e</sup> éd., rév.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arbuckle, J. L. (2021). *Amos* (Version 28.0.0) [Logiciel]. IBM SPSS.
- Arizmendi, T. G., & Affonso, D. D. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Research, 31*(6), 743-756. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(87\)90023-7](https://doi.org/10.1016/0022-3999(87)90023-7)
- Ashbaugh, A. R., Houle-Johnson, S., Herbert, C., El-Hage, W., & Brunet, A. (2016). Psychometric validation of the English and French versions of the posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5). *PloS One, 11*(10), Article e0161645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161645>
- Ayers S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 47*(3), 552-567. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>

- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine, 46*(6), 1121-1134. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002706>
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health & Medicine, 11*(4), 389-398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders, 119*(1-3), 200-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029>
- Ayers, S., Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., & Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology, 29*(4), 240-250. <https://doi.org/10.1080/01674820802034631>
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry, 9*, Article 409. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>
- Bach, B., & Tracy, M. (2022). Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. *Personality Disorders, 13*(4), 369-379. <https://doi.org/10.1037/per0000527>
- Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry, 166*(4), 525-528. <https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525>
- Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social, 45*(3), 55-76. <https://doi.org/10.7202/706737ar>
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research, 53*, 28-35. <https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Beech, B., & Robinson, J. (1985). Nightmares following childbirth. *British Journal of Psychiatry, 147*(5), 586-586. <https://doi.org/10.1192/S000712500020860X>

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Börjesson, K., Ruppert, S., Wager, J., & Bågedahl-Strindlund, M. (2007). Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among childbearing women in Sweden. *Midwifery*, 23(3), 260-268. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.03.013>
- Bosquet Enlow, M., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 487-503. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.07.007>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Basic Books.
- Brenner, I., Ginzburg, K., Golan, A., Igawa, M. S., Lurie, I., Reicher, Y., Talmon, A., Tomashev, R., & Padoa, A. (2024). Peripartum dissociation, sense of control, postpartum posttraumatic stress disorder and emotional adjustment to motherhood in adult survivors of childhood maltreatment. *Archives of Women's Mental Health*, 27(1), 127-136. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01379-0>
- Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 431-437. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.431>
- Bydlowski, M., & Raoul-Duval, A. (1978) Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité : la névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives psychiatriques*, 4, 321-328.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2<sup>e</sup> éd.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Callahan, J. L., & Borja, S. E. (2008). Psychological outcomes and measurement of maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(1), 49-59. <https://doi.org/10.1097/01.JPN.0000311875.38452.26>
- Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., & Chang, Y.-S. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth*, 49(4), 616-627. <https://doi.org/10.1111/birt.12649>

- Conrad, M., & Stricker, S. (2018). Personality and labor: A retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 67-80. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397611>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(3), 245-265. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51. <https://doi.org/10.1348/014466500163095>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. L. (2019). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Womens Mental Health*, 22(1), 119-122. <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0853-y>
- Devita, S., Deforges, C., Bickle-Graz, M., Tolsa, J. F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2023). Maternal childbirth-related posttraumatic stress symptoms, bonding, and infant development: A prospective study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(3), 718-732. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2261057>
- Do, H. P., Vo, T. V., Murray, L., Baker, P. R. A., Murray, A., Valdebenito, S., Eisner, M., Tran, B. X., Luong-Thanh, B. Y., Nguyen, L. H., & Dunne, M. P. (2022). The influence of childhood abuse and prenatal intimate partner violence on childbirth experiences and breastfeeding outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 131, Article 105743. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105743>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). *A cognitive model of posttraumatic stress disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)

- El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk factors for post-traumatic stress disorder after childbirth: A systematic review. *Diagnostics*, *12*(11), Article 2598. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Erickson, N., Julian, M., & Muzik, M. (2019). Perinatal depression, PTSD, and trauma: Impact on mother-infant attachment and interventions to mitigate the transmission of risk. *International Review of Psychiatry*, *31*(3), 245-263. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1563529>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, *21*(1), Article 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. (1964) *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London University Press.
- Fones, C. (1996). Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *184*(3), 195-196. <https://doi.org/10.1097/00005053-199603000-00012>
- Frankham, L. J., Thorsteinsson, E. B., & Bartik, W. (2023). Birth related PTSD and its association with the mother-infant relationship: A meta-analysis. *Sexual & reproductive healthcare: Official journal of the Swedish Association of Midwives*, *38*, Article 100920. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100920>
- Frazier, P. A., Gavian, M., Hirai, R., Park, C., Tennen, H., Tomich, P., & Tashiro, T. (2011). Prospective predictors of posttraumatic stress disorder symptoms: Direct and mediated relations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *3*(1), 27-36. <https://doi.org/10.1037/a0019894>
- Gamache, D., Savard, C., Leclerc, P., & Côté, A. (2019). Introducing a short self-report for the assessment of DSM-5 level of personality functioning for personality disorders: The Self and Interpersonal Functioning Scale. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(5), 438-447. <https://doi.org/10.1037/per0000335>

- Gamache, D., Savard, C., Lemieux, R., & Berthelot, N. (2022). Impact of level of personality pathology on affective, behavioral, and thought problems in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Personality Disorders, 13*(1), 41-51. <https://doi.org/10.1037/per0000479>
- Garon-Bissonnette, J., Duguay, G., Lemieux, R., Dubois-Comtois, K., & Berthelot, N. (2022). Maternal childhood abuse and neglect predicts offspring development in early childhood: The roles of reflective functioning and child sex. *Child Abuse & Neglect, 128*, Article 105030. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105030>
- Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine, 47*(1), 161-170. <https://doi.org/10.1017/s003329171600235x>
- Gaudreau, P., Sanchez, X., & Blondin, J.-P. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related setting: Testing the factorial structure of the PANAS across two samples of French-Canadian participants. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(4), 240-249. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.240>
- Gravel, R., Connolly, D., & Bédard, M. (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC): santé mentale et bien-être*. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/enquetes-populationnelles/enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes-escc-sante-mentale>
- Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery, 24*(4), 254-267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(5), 389-401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Heyne, C. S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 94*, Article 102157. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*(3), 209-218. <https://doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004>

- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3), S1116-S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- Hosokawa, R., & Katsura, T. (2024). Association between parents' perceived social support and children's psychological adjustment: a cross-sectional study. *BMC pediatrics*, 24(1), 756. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05235-7>
- Hu, L.-T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Institut de la statistique du Québec Canada. (2021). *Recensement de la population 2021, compilation spéciale, CO-2524*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/groupe-de-population/jeunes/jeunes-education>
- Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother-child interactions: an exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 163-181 <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880>
- Irving, M. (1997). Sexual Assault and birth trauma: Interrelated issues. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 11(4), 215-250. <https://doi.org/10.1177/0884217504266908>
- Joreskog, K. G., & Sorbom, D. (1996). *LISREL8: User's reference guide*. Scientific Software.
- Karam, E. G., Friedman, M. J., Hill, E. D., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Petukhova, M., Sampson, L., Shahly, V., Angermeyer, M., Bromet, E. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Ferry, F., Florescu, S. E., Maria Haro, J., He, Y., Karam, A. N., Kawakami, N., Kovess-Masfety, V., ... Koenen, K. C. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depression and Anxiety*, 31(2), 130-142. <https://doi.org/10.1002/da.22169>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006074>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4<sup>e</sup> éd.). Guilford Press.

- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3<sup>e</sup> éd.). The Guilford Press.
- Kranenburg, L., Lambregtse-van den Berg, M., & Stramrood, C. (2023). Traumatic childbirth experience and childbirth-related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A contemporary overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), Article 2775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042775>
- Lalande-Charlebois, S. (2019). *Prédicteurs de la présence comorbide des symptômes du trouble d'anxiété généralisée et de la dépression chez les mères primipares en post-partum* [Thèse de doctorat]. Université de Sherbrooke, QC. Savoirs UdeS. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/14650>
- Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.11.003>
- Lavender, T., Hofmeyr, G. J., Neilson, J. P., Kingdon, C., & Gyte, G. M. L. (2012). Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004660.pub3>
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Lev-Wiesel, R., Daphna-Tekoah, S., & Hallak, M. (2009). Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse & Neglect*, 33(12), 877-887. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.004>
- Lleras, C. (2005). Path analysis. *Encyclopedia of Social Measurement*, 3, 25-30. <https://doi.org/10.1016/B0-12-369398-5/00483-7>
- Lyons, S. (1998). A prospective study of post traumatic stress symptoms 1 month following childbirth in a group of 42 first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(2-3), 91-105. <https://doi.org/10.1080/02646839808404562>
- McCrae, J. S., & Brown, S. M. (2017). Systematic Review of Social – Emotional Screening Instruments for Young Children in Child Welfare. *Research on Social Work Practice*, 28(7), 767-788. <https://doi.org/10.1177/1049731516686691>

- McKelvin, G., Thomson, G., & Downe, S. (2021). The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women Birth, 34*(5), 407-416. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021>
- Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11*(4), 221-228. <https://doi.org/10.1080/02646839308403222>
- Moleman, N., van der Hart, O., & van der Kolk, B. A. (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*(4), 271-272. <https://doi.org/10.1097/00005053-199204000-00010>
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires – maintenant plus que jamais*. <https://iris.who.int/handle/10665/43951>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(1), 52-73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Paquette, D., Laporte, L., Bigras, M., & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance. *Santé mentale au Québec, 29*(1), 201-220. <https://doi.org/10.7202/008831ar>
- Parfitt, Y., Pike, A., & Ayers, S. (2014). Infant developmental outcomes: A family systems perspective. *Infant and Child Development, 23*, 353-373. <https://doi.org/10.1002/icd.1830>
- Paris, J. (2000). Predispositions, personality traits, and posttraumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 8*(4), 175-183. <https://doi.org/10.1093/hrp/8.4.175>
- Price, L., Centifanti, L., & Slade, P. (2020). Personality factors and vulnerability to post-traumatic stress responses after childbirth. *British Journal of Clinical Psychology, 59*(4), 480-502. <https://doi.org/10.1111/bjc.12262>
- Racine, N., Devereaux, C., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: A meta-analysis. *BMC Psychiatry, 21*(1), Article 28. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03017-w>
- Razurel, C., & Kaiser, B. (2015). The role of satisfaction with social support on the psychological health of primiparous mothers in the perinatal period. *Women & Health, 55*(2), 167-186. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.979969>

- Roberts, N.-J., Jomeen, J., & Thomson, G. (2021). Women's experiences of the coping with birth trauma: A psychoeducational group support program. *International Journal of Childbirth*, *11*(3), 112-121. <https://doi.org/10.1891/IJCBIRTH-D-20-00042>
- Rousseau, S., Feldman, T., Shlomi Polachek, I., & Frenkel, T. I. (2023). Persistent symptoms of maternal post-traumatic stress following childbirth across the first months postpartum: Associations with perturbations in maternal behavior and infant avoidance of social gaze toward mother. *Infancy*, *28*(5), 882-909. <https://doi.org/10.1111/infa.12553>
- Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wångborg, I. B., Sjögren, B., & Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, *86*(7), 814-820. <https://doi.org/10.1080/00016340701415079>
- Salomonsson, B., & Sled, M. (2010). The Ages et Stages Questionnaire: Social-emotional: A validation study of a mother-report questionnaire on a clinical mother-infant sample. *Infant Mental Health Journal*, *31*(4), 412-431. <https://doi.org/10.1002/imhj.20263>
- Sandoz, V., Hingray, C., Stuijzand, S., Lacroix, A., El Hage, W., & Horsch, A. (2022). Measurement and conceptualization of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the City Birth Trauma Scale – French Version (City BiTS-F). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(4), 696-704. <https://doi.org/10.1037/tra0001068>
- Schwerdtfeger, K. L., & Goff, B. S. (2007). Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother-infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress*, *20*(1), 39-51. <https://doi.org/10.1002/jts.20179>
- Sethna, V., Perry, E., Domoney, J., Iles, J., Psychogiou, L., Rowbotham, N. E. L., Stein, A., Murray, L., & Ramchandani, P. G. (2017). Father-child interactions at 3 months and 24 months: Contributions to children's cognitive development at 24 months. *Infant Mental Health Journal*, *38*(3), 378-390. <https://doi.org/10.1002/imhj.21642>
- Shetty, A.P., Halemani, K., Issac, A., Thimmappa L., Dhiraaj, S.K.R., Prabhaker, M., & Upadhyaya, V.D. (2024). Prevalence of anxiety, depression, and stress among parents of neonates admitted to neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and experimental pediatrics*, *67*(2), 104–115. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00486>
- Squires, J., Bricker, D., & Twombly, E. (2015). *Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional* (2<sup>e</sup> éd, ASQ: SE-2). <https://agesandstages.com/products-pricing/asqse-2/>

- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review, 24*(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stuijtzand, S., Garthus-Niegel, S., & Horsch, A. (2020). Parental birth-related PTSD symptoms and bonding in the early postpartum period: A prospective population-based cohort study. *Frontiers in Psychiatry, 11*, Article 570727. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570727>
- Sun, X., Fan, X., Cong, S., Wang, R., Sha, L., Xie, H., Han, J., Zhu, Z., & Zhang, A. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, Article 1065612. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1065612>
- Thomson, G., Diop, M. Q., Stuijtzand, S., Horsch, A., & COST After birth Consortium. (2021). Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: An international knowledge mapping exercise. *BMC Health Services Research, 21*(1), Article 1206. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07238-x>
- Tracy, E. M., & Bell, N. A. (1994). Social network map: Some further refinements on administration. *Social Work Research, 18*(1), 56-60. <https://doi.org/10.1093/swr/18.1.56>
- van Sieleghem, S., Danckaerts, M., Rieken, R., Okkerse, J. M. E., de Jonge, E., Bramer, W. M., & Lambregtse-van den Berg, M. P. (2022). Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Human Development, 174*, Article 105667. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105667>
- Walker, M. (1999). The intergenerational transmission of trauma: The effects of abuse on the survivor's relationship with their children and on the children themselves. *European Journal of Psychotherapy et Counselling, 2*(3), 281-296. <https://doi.org/10.1080/13642539908400813>
- Warren, M. G. (2017). Handbook of infant biopsychosocial development. *Infant Mental Health Journal, 38*(3), 443-444. <https://doi.org/10.1002/imhj.21637>
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96*(3), 465-490. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.96.3.465>

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wijma, K., Söderquist, J., Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross-sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(6), 587-597. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00041-8)
- Wilkins, K. C., Lang, A. J., & Norman, S. B. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depression and Anxiety*, *28*(7), 596-606. <https://doi.org/10.1002/da.20837>
- Zimmermann, J., Kerber, A., Rek, K., Hopwood, C. J., & Krueger, R. F. (2019). A brief but comprehensive review of research on the Alternative DSM-5 model for personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, *21*(9), Article 92. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1079-z>

**Appendice A**  
Formulaires de consentement

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Phase 1 -Deuxième trimestre de la grossesse)

### **Titre de l'étude : Projet STEP - Soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité**

*Chercheur principal* : Nicolas Berthelot, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3487

*Chercheuse principale* : Roxanne Lemieux, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3441.

**Objectif de l'étude** : Devenir parent est l'une des transitions les plus importantes que plusieurs personnes auront l'occasion de vivre au cours de leur vie. La présente étude évalue l'efficacité de rencontres d'accompagnement de groupe visant à favoriser une transition harmonieuse vers la parentalité, chez des adultes ayant vécu des événements de vie difficiles au cours de leur enfance. Un objectif secondaire est de mieux comprendre les facteurs qui soutiennent l'adaptation lors de la transition à la parentalité. Deux groupes d'adultes sont nécessaires pour effectuer cette étude : un groupe d'adultes qui participeront aux rencontres d'accompagnement, ainsi qu'un groupe d'adultes bénéficiant de la trajectoire régulière de services et qui ne participeront pas aux rencontres d'accompagnement. **En participant à cette recherche, vous êtes assigné au groupe d'adultes qui ne participeront pas aux rencontres d'accompagnement, mais qui compléteront le même protocole d'évaluation, en tout ou en partie, que les participants à ces rencontres.**

**Déroulement de l'étude** : Des questionnaires vous seront présentés à trois moments lors de votre participation à cette étude : autour du quatrième mois de grossesse (phase 1), vers la 36<sup>e</sup> semaine de grossesse (phase 2) et six mois après la naissance de votre enfant (phase 3). Ces questionnaires concernent votre degré de bien-être, votre expérience comme parent et le développement de votre enfant. Les participants qui répondent aux critères de sélection pourraient également être sollicités à participer à d'autres prises de mesure, telles qu'un prélèvement sanguin et la participation à des entrevues portant sur leur expérience personnelle liée à la parentalité au regard de leur contexte de vie.

**Inconvénients et risques** : Parmi les risques ou inconvénients de la phase 1 de l'étude, notons le temps de passation des questionnaires (entre 35 minutes et 1h20). Vous pourriez également ressentir un léger inconfort lors du prélèvement sanguin, si jamais vous y participez. Aussi, parmi les inconvénients potentiels, notons que les questionnaires concernent des aspects de votre histoire personnelle et que votre participation pourrait susciter des questionnements ou des réactions émotionnelles. Si cela survenait, n'hésitez pas à en discuter avec l'équipe de recherche (les coordonnées sont jointes au présent formulaire). Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-

et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) s'engage également à offrir de rencontrer un professionnel en cas de besoin (819-370-2200 poste 43107).

**Avantages et bénéfiques** : Votre participation à la recherche vous permettra de partager votre expérience de la grossesse et de la parentalité. Votre participation suscitera également des réflexions qui pourraient vous amener à cheminer dans votre rôle de parent. Il est toutefois possible que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Malgré tout, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques en regard des services prénataux offerts aux parents. Aussi, votre participation permettra à l'équipe de recherche et aux intervenants du CIUSSS MCQ d'identifier des interventions ou des mesures de soutien à offrir aux adultes en attente d'un enfant et ayant vécu des expériences difficiles au cours de leur enfance.

**Compensation** : Afin de vous dédommager pour le temps accordé à cette première phase de la recherche, nous vous ferons parvenir une compensation financière entre 10\$ (questionnaires seulement) et 20\$ (questionnaires et prélèvement sanguin). La compensation totale pour votre participation à la recherche variera entre 30\$ et 70\$, selon les mesures que vous complétez.

**Confidentialité** : Vos réponses aux questionnaires sont strictement confidentielles. Les questionnaires que vous complétez seront identifiés par un numéro de code. Les données de l'étude seront conservées pendant 10 ans après la fin de la recherche par les chercheurs responsables de l'étude et seront détruites par la suite. Les publications scientifiques ultérieures en rapport avec le projet de recherche rapporteront uniquement des résultats généraux ou de groupe de sorte que l'anonymat et la confidentialité des participants de l'étude seront préservés.

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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants du commanditaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos nom et prénom, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par les chercheurs responsables de ce projet de recherche. Les autres membres de l'équipe de recherche n'auront aucun moyen de vous identifier.

**Droits des participants** : Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer, en totalité ou en partie. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, ni en subir de préjudice. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite, ou sur vos relations avec les professionnels de la santé.

INITIALES DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_  
Version datée du 2019-04-29

Si le fait de répondre aux questionnaires devenait trop difficile vous pouvez en tout temps les interrompre. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

**Identification des personnes ressources :** Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter Nicolas Berthelot au (819) 376-5011, poste 3487 ou Roxanne Lemieux au (819) 376-5011, poste 3441.

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 la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au numéro suivant : 1 888 693-3606.

Le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ainsi que le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au (819) 697-3333 poste 64399 ou avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR au (819) 372-5011 poste 2129.

### Consentement

La nature et le déroulement du projet de recherche m'ont été expliqués. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et un exemplaire m'a été remis. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte :

- de remplir les questionnaires :  OUI  NON
- que l'équipe de recherche me fasse un prélèvement sanguin,  
si je réponds aux critères d'inclusion :  OUI  NON
- d'être recontacté(e) afin d'être invité(e) à participer aux  
phases 2 et 3 de la recherche :  OUI  NON

\_\_\_\_\_  
Nom de la participante  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

INITIALES DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_  
Version datée du 2019-04-29

### Engagement de la personne qui a obtenu le consentement

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées.

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne qui a  
obtenu le consentement

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Engagement des chercheurs responsables de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il 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, 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 au participant.

Nicolas Berthelot

Nom du chercheur



Signature

29/04/2019

Date

Roxanne Lemieux

Nom de la chercheuse



Signature

29/04/2019

Date

I

INITIALES DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_

Version datée du 2019-04-29



## **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Phase 3 – Suivi postnatal à 6 mois)**

### **Titre de l'étude : Projet STEP - Soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité**

*Chercheur principal* : Nicolas Berthelot, Ph. D., professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3487

*Chercheuse principale* : Roxanne Lemieux, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011 poste 3441.

**Objectif de l'étude** : Devenir parent est l'une des transitions les plus importantes que plusieurs personnes auront l'occasion de vivre au cours de leur vie. La présente étude évalue l'efficacité de rencontres d'accompagnement de groupe visant à favoriser une transition harmonieuse vers la parentalité, chez des adultes ayant vécu des événements de vie difficiles au cours de leur enfance. Un objectif secondaire est de mieux comprendre les facteurs qui soutiennent l'adaptation lors de la transition à la parentalité. Deux groupes d'adultes sont nécessaires pour effectuer cette étude : un groupe d'adultes qui participeront aux rencontres d'accompagnement, ainsi qu'un groupe d'adultes bénéficiant de la trajectoire régulière de services et qui ne participeront pas aux rencontres d'accompagnement. En participant à cette recherche, vous êtes assigné au groupe d'adultes n'ayant pas participé aux rencontres d'accompagnement, mais qui complètent le même protocole d'évaluation que les participants à ces rencontres.

**Déroulement de l'étude** : Vous avez déjà complété les phases prénatales de la recherche (phases 1 et 2). La présente phase du protocole inclut des questionnaires. Suite à vos réponses aux questionnaires, l'équipe de recherche vous recontactera afin de préciser, par téléphone, certaines informations concernant votre bien-être psychologique. Cet appel devrait durer entre 5 et 20 minutes. Si vous répondez aux critères d'inclusion, vous pourriez être invité(e) à participer à des entrevues portant sur votre expérience personnelle, votre expérience de la parentalité et votre degré de bien-être. Si vous avez participé aux prélèvements sanguins lors des phases précédentes de l'étude, vous êtes à nouveau sollicité(e) à cet effet lors de cette troisième phase. Nous vous invitons également à participer à la récolte d'échantillons de salive chez votre enfant afin d'évaluer les taux de cortisol et d'inflammation perceptibles dans sa salive. Cette récolte d'échantillons de salive aura lieu à votre domicile. Nous vous inviterons à faire une activité avec votre enfant susceptible de créer un léger stress chez lui. Un échantillon de salive sera recueilli avant l'activité, ainsi que 20 et 40 minutes après celle-ci. En tout, elle sera d'une durée de 60 minutes.

De plus, pour la présente phase de la recherche, nous aimerions pouvoir consulter votre dossier médical afin d'obtenir des informations sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que sur des variables susceptibles d'influencer votre expérience et le développement de votre enfant (antécédents de santé physique et psychologique). Si vous nous en donnez l'autorisation, le dossier médical et le dossier psychosocial de votre enfant seront aussi consultés afin de documenter l'évolution de son poids et de sa grandeur, la présence de problèmes de santé et d'évaluer si des signalements ont été effectués par des tiers à la Direction de la protection de la jeunesse.

INITIALES DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_  
Version datée du 2019-09-26

**Inconvénients et risques :** Parmi les risques ou inconvénients de la phase 3 de l'étude, notons le temps de passation des questionnaires (entre 45 minutes et 1h30), de l'appel téléphonique (entre 5 et 20 minutes), des entrevues (entre 45 minutes et 1h30) et du prélèvement sanguin (30 minutes). Vous pourriez également ressentir un léger inconfort lors de ces prélèvements sanguins, si vous y participez. Aussi, parmi les inconvénients potentiels, notons que les questionnaires concernent des aspects de votre histoire personnelle et que votre participation pourrait susciter des questionnements ou des réactions émotionnelles. Si cela survenait, n'hésitez pas à en discuter avec l'équipe de recherche (les coordonnées sont jointes au présent formulaire). Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) s'engage également à offrir de rencontrer un professionnel en cas de besoin (819-370-2200 poste 43107).

**Avantages et bénéfices :** Votre participation à la recherche vous permettra de partager votre expérience de la grossesse et de la parentalité. Votre participation suscitera également des réflexions qui pourraient vous amener à cheminer dans votre rôle de parent. Il est toutefois possible que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Malgré tout, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques en regard des services prénataux offerts aux parents. Aussi, votre participation permettra à l'équipe de recherche et aux intervenants du CIUSSS MCQ d'identifier des interventions ou des mesures de soutien à offrir aux adultes en attente d'un enfant et ayant vécu des expériences difficiles au cours de leur enfance, ce qui pourrait constituer une source de satisfaction pour vous.

**Compensation :** Afin de vous dédommager pour le temps accordé à cette seconde phase la recherche, nous vous ferons parvenir une compensation financière entre 10\$ (questionnaires et appel seulement) et 30\$ (questionnaires, appel, entrevues, prélèvement sanguin et échantillons de salive).

**Confidentialité :** Vos réponses aux instruments de mesure sont strictement confidentielles. Les questionnaires que vous complèterez seront identifiés par un numéro de code. Les données de l'étude seront conservées pendant 10 ans après la fin de la recherche par les chercheurs responsables de l'étude et seront détruites par la suite. Les publications scientifiques ultérieures en rapport avec le projet de recherche rapporteront uniquement des résultats généraux ou de groupe de sorte que l'anonymat et la confidentialité des participants de l'étude seront préservés.

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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés ainsi que par des représentants du commanditaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos nom et prénom, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par les chercheurs responsables de ce projet de recherche. Les autres membres de l'équipe de recherche n'auront aucun moyen de vous identifier.

INITIALES DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_  
Version datée du 2019-09-26

**Droits des participants** : Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer, en totalité ou en partie. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, ni en subir de préjudice. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur les soins qui vous seront fournis par la suite, ou sur vos relations avec les professionnels de la santé. Si le fait de répondre aux questionnaires ou entrevues devenait trop difficile, vous pouvez en tout temps les interrompre. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

**Identification des personnes ressources** : Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter Nicolas Berthelot au (819) 376-5011, poste 3487 ou Roxanne Lemieux au (819) 376-5011, poste 3441.

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 la Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au numéro suivant : 1 888 693-3606.

Le comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec ainsi que le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières ont approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, ils approuveront au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le Bureau intégré de l'éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec au (819) 372-3133 poste 32303 ou avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR au (819) 372-5011 poste 2129.

### **Consentement**

La nature et le déroulement du projet de recherche m'ont été expliqués. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et un exemplaire m'a été remis. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte :

- de remplir les questionnaires :  OUI  NON
- que l'équipe de recherche me fasse un prélèvement sanguin,  
si je réponds aux critères d'inclusion :  OUI  NON
- de participer à la récolte d'échantillons de salive chez mon enfant,  
si je réponds aux critères d'inclusion :  OUI  NON
- de participer à l'entrevue, si je réponds aux critères d'inclusion :  OUI  NON
- que l'équipe de recherche consulte mon dossier médical :  OUI  NON
- que l'équipe de recherche consulte le dossier médical de mon enfant  
(nom : \_\_\_\_\_) né le \_\_\_\_\_ :  OUI  NON
- que l'équipe de recherche consulte le dossier psychosocial  
de mon enfant :  OUI  NON
- d'être recontacté(e) afin d'être invité(e) à participer à une autre  
phase de la recherche, s'il y a lieu :  OUI  NON

\_\_\_\_\_  
Nom de la participante  
(Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

INITIALES DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_  
Version datée du 2019-09-26

### Engagement de la personne qui a obtenu le consentement

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qui m'ont été posées.

Nom de la personne qui a <u>obtenu</u> le consentement ( <u>lettres</u> moulées)	Signature	Date
--	-----------	------

### Engagement des chercheurs responsables de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il 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, 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 au participant.

Nicolas Berthelot  
Nom du chercheur

Nicolas Berthelot  
Signature

26/09/2019  
Date

Roxanne Lemieux  
Nom de la chercheuse

Roxanne Lemieux  
Signature

26/09/2019  
Date

**Appendice B**  
Questionnaire sociodémographique

# QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

## SECTION I : QUESTIONS GÉNÉRALES

**1. Quel est votre sexe?**

- Féminin
- Masculin

**2. Quel est votre âge?**

\_\_\_\_\_ ans

**3. Quelle est votre langue maternelle?**

- Français
- Anglais
- Autre : \_\_\_\_\_

**4. Quel est votre pays de naissance?**

- Canada
- Autre\* : \_\_\_\_\_

**\*4.1 Si vous êtes né(e) à l'extérieur du Canada, depuis combien d'année(s), vivez-vous au Canada?**

\_\_\_\_\_ an(s)

**5. À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir?**

- Caucasien/Blanc
- Noir (ex. Haïtien, Jamaïquain, Africain, etc.)
- Hispanique/Latino
- Asiatique (ex. Japonais, Chinois, Vietnamien, etc.)
- Moyen-Orient
- Première nation/Métis
- Autre(s)\* : \_\_\_\_\_

**6. Veuillez cocher la/les case(s) qui correspondent à votre situation scolaire :**

- J'ai complété le primaire
- J'ai complété le secondaire (DES)
- J'ai complété un cours professionnel
- J'ai complété le Cégep (DEC, technique)
- J'ai complété un baccalauréat
- J'ai complété une maîtrise
- J'ai complété un doctorat

## SECTION II : OCCUPATION PRINCIPALE ACTUELLE

### 7. Quelle est votre occupation principale actuelle?

- Emploi(s) temps complet  
Spécifiez l'emploi(s) que vous occupez : \_\_\_\_\_
- Emploi(s) temps partiel  
Spécifiez l'emploi(s) que vous occupez : \_\_\_\_\_
- Arrêt préventif  
Spécifiez l'emploi(s) que vous occupez : \_\_\_\_\_
- Sans emploi et je reçois de l'assurance chômage
- Sans emploi et je reçois de l'aide sociale
- Sans emploi et je reçois des prestations d'invalidité
- Étudiant  
Spécifiez le programme d'étude : \_\_\_\_\_
- À la maison

### 8. Quelle est l'occupation principale actuelle de la mère ou du père de l'enfant à venir?

- Emploi(s) temps complet  
Spécifiez l'emploi(s) qu'il/elle occupe : \_\_\_\_\_
- Emploi(s) temps partiel  
Spécifiez l'emploi(s) qu'il/elle occupe : \_\_\_\_\_
- Arrêt préventif  
Spécifiez l'emploi(s) qu'il/elle occupe : \_\_\_\_\_
- Sans emploi et il/elle reçoit de l'assurance chômage
- Sans emploi et il/elle reçoit de l'aide sociale
- Sans emploi et il/elle reçoit des prestations d'invalidité
- Étudiant  
Spécifiez le programme d'étude : \_\_\_\_\_
- À la maison

## SECTION III : DESCRIPTION DE VOTRE VIE CONJUGALE ET FAMILIALE ACTUELLE

### 9. Quel est votre état civil actuel?

**(Veuillez cocher toutes les cases qui vous représentent)**

- Marié(e)
- Je vis actuellement avec la mère ou le père de l'enfant
- Je vis actuellement avec un(e) partenaire qui n'est pas la mère ou le père de l'enfant
- Union de fait
- Séparé(e) ou divorcé(e)

- Célibataire
- Veuf(ve)
- Famille recomposée

**10. Depuis combien de temps êtes-vous en couple avec votre conjoint(e) actuel(le)?**  
\_\_\_\_\_an(s)

- Je ne suis pas en couple actuellement

**11. Depuis combien de temps habitez-vous avec votre conjoint(e) actuel(le)?**  
\_\_\_\_\_an(s)

- Je ne cohabite pas avec mon/ma conjoint(e)

**12. Est-ce que l'enfant à venir a des frères et sœurs ou des demi-frères et demi-sœurs?**

- Frères et sœurs (partage les mêmes parents biologiques)
- Demi-frères et demi-sœurs (partage un parent biologique)

#### **SECTION IV : SITUATION ÉCONOMIQUE**

**13. Quel est votre revenu familial annuel (avant impôts et déductions)?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000 \$    | <input type="checkbox"/> De 65 001 à 74 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 15 001 à 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 75 001 à 84 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 25 001 à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 85 001 à 94 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 35 001 à 44 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 95 001 \$ et plus  |
| <input type="checkbox"/> De 45 001 à 54 999 \$ | <input type="checkbox"/> Non applicable        |
| <input type="checkbox"/> De 55 001 à 64 999 \$ |  |

#### **SECTION V : ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL**

**14. Est-ce que vous souffrez d'un trouble de santé physique chronique?**

- Oui\*
- Non

\*Veuillez spécifier le/les trouble(s) de santé physique chronique(s) :

---

**15. Devez-vous prendre une médication actuellement pour ce trouble de santé physique?**

- Oui\*  
 Non

\*Veuillez spécifier le(s) nom(s) du/des médicament(s) :

---

**16. Est-ce que la mère ou le père de l'enfant à venir souffre d'un trouble de santé physique chronique?**

- Oui\*  
 Non

\*Veuillez spécifier le/les trouble(s) de santé chronique(s) :

---

**SECTION VI : CONSULTATION(S) PSYCHOLOGIQUE(S)**

**17. Au cours des 2 dernières années, avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique, psychiatrique ou psychosocial auprès d'un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre, travailleur(euse) social(e), etc.)? (Veuillez cocher les cases correspondantes et indiquer le nombre de mois en consultation).**

Type de consultation	Oui	Non	
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec votre partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À l'intérieur d'un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec un membre de votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**18. Avant les 2 dernières années, avez-vous bénéficié d'un suivi psychologique, psychiatrique ou psychosocial auprès d'un professionnel de la santé mentale (psychologue, psychiatre, travailleur(euse) social(e), etc.)? (Veuillez cocher les cases correspondantes et indiquer le nombre de mois en consultation).**

Type de consultation	Oui	Non	
Seul(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec votre partenaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À l'intérieur d'un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avec votre famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## SECTION VII : ANTÉCÉDENT(S)

**19. Souffrez-vous ou avez-vous souffert 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 (p. ex., psychologue).**

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?	
Actuel	Passé		Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.4 Trouble de comportement alimentaire (ex. boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.5 Troubles psychotiques (ex. schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.9 Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Prenez-vous actuellement une médication pour un trouble ou une condition de santé mentale?**

- Oui\*
- Non

\*Veuillez spécifier le(s) nom(s) du/des médicament(s) :

---

- 21. Est-ce que le père ou la mère de l'enfant à venir souffre, ou a souffert, d'un trouble de santé mentale? Si oui, veuillez spécifier si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé (p. ex., psychologue).**

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?	
Actuel	Passé		Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.4 Trouble de comportement alimentaire (ex. boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.5 Troubles psychotiques (ex. schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.9 Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 22. Dans les mois précédant la grossesse, est-ce que vous aviez une ou plusieurs de ces d'habitudes de vie?**

- Tabac  
Nombre de cigarette(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Alcool  
Nombre de consommation(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Drogue(s)  
Spécifier la/les drogue(s) : \_\_\_\_\_  
Spécifier la fréquence de la consommation de drogue(s) : \_\_\_\_\_
- Aucune consommation

**23. Depuis le début de la grossesse, est-ce que vous avez une ou plusieurs de ces d'habitudes de vie?**

- Tabac  
Nombre de cigarette(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Alcool  
Nombre de consommation(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Drogue(s)  
Spécifier la/les drogue(s) : \_\_\_\_\_  
Spécifier la fréquence de la consommation de drogue(s) : \_\_\_\_\_
- Aucune consommation

**24. Depuis le début de la grossesse, est-ce que la mère ou le père de l'enfant à venir a une ou plusieurs de ces d'habitudes de vie?**

- Tabac  
Nombre de cigarette(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Alcool  
Nombre de consommation(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Drogue(s)  
Spécifier la/les drogue(s) : \_\_\_\_\_  
Spécifier la fréquence de la consommation de drogue(s) : \_\_\_\_\_
- Aucune consommation

**25. Avez-vous déjà eu des démêlés avec la justice?**

- Oui
- Non

**26. Avez-vous déjà été incarcéré(e)?**

- Oui
- Non

**27. Est-ce que la mère ou le père de l'enfant a déjà eu des démêlés avec la justice?**

- Oui
- Non

**28. Est-ce que la mère ou le père de l'enfant a déjà été incarcéré(e)?**

- Oui
- Non

**29. Est-ce qu'un membre de votre famille souffre ou a souffert de trouble(s) de santé mentale? Si oui, veuillez indiquer si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé ainsi que le lien de parenté avec vous (ex. père, mère, frère/sœur, grand-père, grand-mère, oncle, tante).**

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?		Lien de parenté
Actuel	Passé				
<input type="checkbox"/>		29.1 Dépression			
<input type="checkbox"/>		29.2 Trouble anxieux			
<input type="checkbox"/>		29.3 Trouble bipolaire			
<input type="checkbox"/>		29.4 Trouble de comportement alimentaire (ex. boulimie, anorexie, etc.)			
<input type="checkbox"/>		29.5 Troubles psychotiques (ex. schizophrénie)			
<input type="checkbox"/>		29.6 Trouble de la personnalité			
<input type="checkbox"/>		29.7 Trouble de stress post-traumatique			
<input type="checkbox"/>		29.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)			
<input type="checkbox"/>		29.9 Autre(s) : _____			

30. Est-ce qu'un membre de la famille de la mère ou du père de l'enfant à venir souffre ou a souffert de trouble(s) de santé mentale? Si oui, veuillez indiquer si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé ainsi que le lien de parenté avec le père ou la mère de l'enfant à venir (ex. enfant, père, mère, frère/sœur, grand-père, grand-mère, oncle, tante).

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?		Lien de parenté
Actuel	Passé				
<input type="checkbox"/>		30.1 Dépression			
<input type="checkbox"/>		30.2 Trouble anxieux			
<input type="checkbox"/>		30.3 Trouble bipolaire			
<input type="checkbox"/>		30.4 Trouble de comportement alimentaire (ex. boulimie, anorexie, etc.)			
<input type="checkbox"/>		30.5 Troubles psychotiques (ex. schizophrénie)			
<input type="checkbox"/>		30.6 Trouble de la personnalité			
<input type="checkbox"/>		30.7 Trouble de stress post-traumatique			
<input type="checkbox"/>		30.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)			
<input type="checkbox"/>		30.9 Autre(s) : _____			

**Appendice C**  
Questionnaire de grossesse et de suivi post-natal

Numéro d'identification: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Questionnaire de grossesse et de suivi postnatal**  
**(version longue / mères)**

**Les questions suivantes concernent votre grossesse, l'accouchement et l'état de santé de votre bébé au cours de la première année de vie. Certaines informations demandées dans ce questionnaire se retrouvent dans le carnet de santé de votre enfant.**

**Section I : Histoire de grossesse**

---

**1. La grossesse était-elle planifiée ?**

- Oui  
 Non

**2. Étiez-vous en couple avec le père de l'enfant lorsque vous êtes tombée enceinte ?**

- Oui  
 Non

**3. Votre enfant a-t-il été conçu à l'aide d'assistance médicale pour la procréation ?**

- Oui  
 Non

**4. Au cours de la grossesse, avez-vous présenté les symptômes ou problèmes de santé physique suivants (cochez tous ceux qui s'appliquent) ?**

- Nausées et/ou vomissements  
 Constipation  
 Saignements vaginaux sans hémorragie  
 Hémorragie  
 Céphalées  
 Œdème  
 Hypertension artérielle  
 Hypotension artérielle  
 Diabète  
 Pré-éclampsie  
 Hyperthyroïdie  
 Hypothyroïdie  
 Infection transmissible sexuellement et par le sang (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**5. Au cours de la grossesse, avez-vous reçu un/des médicament(s) pour traiter le(s) problème(s) de santé identifié(s) à la question 4?**

- Non  
 Oui (spécifiez le/les médicament(s)):

---

---

---

6. Sur une échelle de 1 à 10, quel était votre niveau de confort physique au cours de la grossesse (encerclez le chiffre correspondant pour chacun des trimestres) ?

a) Premier trimestre (de la fécondation jusqu'à 14 semaines)

Peu d'inconfort							→ Beaucoup d'inconfort			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

b) Deuxième trimestre (de 15 semaines à 28 semaines)

Peu d'inconfort							→ Beaucoup d'inconfort			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

c) Troisième trimestre (de 29 semaines à la naissance)

Peu d'inconfort							→ Beaucoup d'inconfort			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

7. Au cours de la grossesse, avez-vous présenté les symptômes suivants (cochez tous ceux qui s'appliquent) ?

- Symptômes dépressifs (ex. tristesse importante, désespoir)
- Anxiété
- Insomnie
- Idées suicidaires
- Crises de colère
- Préoccupations importantes en lien avec la santé ou la survie du fœtus
- Préoccupations importantes en lien avec votre poids ou votre apparence physique
- Préoccupations importantes en lien avec les conséquences physiques liées à l'accouchement

8. Au cours de la grossesse, avez-vous reçu un/des médicament(s) pour traiter le(s) symptôme(s) identifié(s) à la question 7 ?

- Non
- Oui (spécifiez le/les médicament(s)) :

---



---



---

9. Sur une échelle de 1 à 10, quel était votre niveau de bien-être émotionnel au cours de la grossesse (encerclez le chiffre correspondant pour chacun des trimestres) ?

a) Premier trimestre (de la fécondation jusqu'à 14 semaines)

Très bas	—————→									Très élevé
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

b) Deuxième trimestre (de 15 semaines à 28 semaines)

Très bas	—————→									Très élevé
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

c) Troisième trimestre (de 29 semaines à la naissance)

Très bas	—————→									Très élevé
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

10. Au cours de la grossesse, avez-vous vécu les conditions suivantes (cochez toutes celles qui s'appliquent) ?

- Annonce d'un risque élevé de maladie congénitale ou de malformation du fœtus
- Manque de réactivité du fœtus
- Menace d'accouchement prématuré sans obligation de rester alitée
- Menace d'accouchement prématuré avec obligation de rester alitée
- Autre condition difficile (précisez) : \_\_\_\_\_
- Hospitalisation (précisez la raison) : \_\_\_\_\_

11. Au cours de la grossesse, est-ce que vous pris des médicament(s) outre que ceux énoncés précédemment ?

- Non
- Oui (spécifiez le/les médicament(s)):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Au cours de la grossesse, avez-vous consommé une/les substance(s) suivante(s) :

- Tabac                      Nombre de cigarette(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Alcool                      Nombre de consommation(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Boisson énergisante                      Nombre de consommation(s) par semaine : \_\_\_\_\_
- Drogue(s)  
Spécifiez la/les drogue(s) : \_\_\_\_\_  
Quantité de drogue(s) par semaine : \_\_\_\_\_

**13. Au cours de la grossesse, avez-vous eu un suivi psychologique ou psychosocial (ex. travailleur social) ?**

- Non  
 Oui (précisez le motif de consultation):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Section II : Histoire de la naissance**

---

**14. Quelle est la date de naissance de votre enfant ?**

\_\_\_\_\_ (jour) / \_\_\_\_\_ (mois) / \_\_\_\_\_ (année)

**15. Est-ce un garçon ou une fille ?**

- Garçon  
 Fille

**16. Après combien de semaines de grossesse avez-vous donné naissance ?**

\_\_\_\_\_ semaines

**17. De quelle façon votre accouchement s'est-il déroulé ?**

- Accouchement vaginal      Spécifiez :  Spontané    Provoqué  
 Césarienne                      Spécifiez :  Planifiée    D'urgence

**18. Quel a été le lieu de l'accouchement ?**

- Hôpital  
 Maison de naissance  
 Autre endroit (spécifiez lequel) : \_\_\_\_\_

**19. Est-ce que le lieu d'accouchement était celui où vous souhaitiez accoucher ?**

- Oui  
 Non

**20. Est-ce que l'accouchement a nécessité une assistance médicale ?**

- Oui                                      Spécifiez :  Ventouse    Forceps    Autre  
 Non

**21. Quel était l'indice d'Apgar de votre enfant ? (Voir le carnet de santé au besoin)**

Indice d'Apgar : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**22. Quel est le poids de naissance de votre enfant ? (Voir le carnet de santé au besoin)**

Poids : \_\_\_\_\_

**23. Est-ce que votre enfant a eu besoin d'assistance(s) médicale(s) immédiatement ou peu de temps après la naissance ?**

Oui \*

Non

**\* Veuillez préciser l'/les assistance(s) reçue(s) :**

Oxygène

Ventilation

Intubation

Compressions thoraciques

Narcan néonatal

Autre(s): \_\_\_\_\_

Je ne connais pas le type d'assistance reçue

### Section III : Histoire postnatale

---

**24. Combien de mois êtes-vous demeurée auprès de l'enfant au cours de la dernière année (c'est-à-dire que vous n'étiez pas au travail et que votre occupation principale était de prendre soin de l'enfant) ?**

\_\_\_\_\_ mois

**25. Depuis la naissance de l'enfant, avez-vous présenté les symptômes suivants (cochez tous ceux qui s'appliquent) ?**

Symptômes dépressifs (ex. tristesse importante, désespoir)

Anxiété

Insomnie

Idées suicidaires

Crises de colère

Préoccupations importantes en lien avec la santé ou la survie de l'enfant

Insatisfactions en lien avec le conjoint (au plan conjugal)

Insatisfactions en lien avec le conjoint (au plan parental)

Préoccupations importantes en lien avec votre poids/votre apparence physique

Préoccupations importantes en lien avec les conséquences physiques liées à l'accouchement

Préoccupations importantes en lien avec votre santé physique (autre que liées au poids)

**26. Est-ce que vous prenez actuellement un/des médicament(s) ?**

Non

Oui (spécifiez le/les médicaments(s)):

\_\_\_\_\_

**27. Est-ce que vous avez actuellement un suivi psychologique ou psychosocial (ex. travailleur social) ?**

- Non  
 Oui (précisez le motif de consultation):

---



---

**28. Votre enfant a-t-il présenté des problèmes de santé depuis sa naissance ?**

- Non  
 Oui (précisez le(s) problème(s) de santé):

---



---



---

**29. Êtes-vous actuellement en couple avec le père de l'enfant ?**

- Oui  
 Non\*

\* Si non, étiez-vous en couple avec le père de l'enfant au moment de la naissance ?

- Oui  
 Non

**30. Quel est votre revenu personnel brut annuel (avant impôts et déductions) ? N'incluez pas le revenu de votre conjoint.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000\$      | <input type="checkbox"/> De 65 001\$ à 74 999\$ |
| <input type="checkbox"/> De 15 001\$ à 24 999\$ | <input type="checkbox"/> De 75 001\$ à 84 999\$ |
| <input type="checkbox"/> De 25 001\$ à 34 999\$ | <input type="checkbox"/> De 85 001\$ à 94 999\$ |
| <input type="checkbox"/> De 35 001\$ à 44 999\$ | <input type="checkbox"/> De 95 001\$ et plus    |
| <input type="checkbox"/> De 45 001\$ à 54 999\$ | <input type="checkbox"/> Non applicable         |
| <input type="checkbox"/> De 55 001\$ à 64 999\$ |   |

**31. Quel est le revenu personnel brut annuel de votre conjoint (avant impôts et déductions) ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000\$      | <input type="checkbox"/> De 65 001\$ à 74 999\$ |
| <input type="checkbox"/> De 15 001\$ à 24 999\$ | <input type="checkbox"/> De 75 001\$ à 84 999\$ |
| <input type="checkbox"/> De 25 001\$ à 34 999\$ | <input type="checkbox"/> De 85 001\$ à 94 999\$ |
| <input type="checkbox"/> De 35 001\$ à 44 999\$ | <input type="checkbox"/> De 95 001\$ et plus    |
| <input type="checkbox"/> De 45 001\$ à 54 999\$ | <input type="checkbox"/> Non applicable         |
| <input type="checkbox"/> De 55 001\$ à 64 999\$ |   |

***Les questions suivantes concernent le soutien que vous recevez de votre entourage et des divers intervenants depuis la naissance de l'enfant.***

Pour les questions 30 à 34, identifiez d'abord dans quelle mesure vous considérez avoir eu besoin d'aide ou de soutien dans différentes sphères depuis la naissance de votre enfant. Identifiez ensuite à quel point vous êtes satisfaite du soutien reçu.

**32. Dans quelle mesure considérez-vous avoir eu besoin d'aide ou de soutien concernant les finances/l'argent ?**

Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

**32.1 À quel point êtes-vous satisfaite de l'aide ou du soutien reçu(e) concernant les finances/l'argent ?**

Vraiment insatisfaite	Assez insatisfaite	Un peu insatisfaite	Un peu satisfaite	Assez satisfaite	Vraiment satisfaite
1	2	3	4	5	6

**33. Dans quelle mesure considérez-vous avoir eu besoin d'information ou de soutien concernant les soins à offrir à l'enfant ?**

Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

**33.1 À quel point êtes-vous satisfaite des informations ou du soutien reçu(es) concernant les soins à offrir à l'enfant ?**

Vraiment insatisfaite	Assez insatisfaite	Un peu insatisfaite	Un peu satisfaite	Assez satisfaite	Vraiment satisfaite
1	2	3	4	5	6

**34. Dans quelle mesure considérez-vous avoir eu besoin d'aide ou de soutien pour avoir du temps pour vous, des périodes de répit ?**

Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

**34.1 À quel point êtes-vous satisfaite de l'aide ou du soutien reçu(e) afin d'avoir du temps pour vous, des périodes de répit ?**

Vraiment insatisfaite	Assez insatisfaite	Un peu insatisfaite	Un peu satisfaite	Assez satisfaite	Vraiment satisfaite
1	2	3	4	5	6

**35. Dans quelle mesure considérez-vous avoir eu besoin d'aide ou de soutien concernant les activités domestiques (ex. ménage, préparer les repas) ?**

Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

35.1 À quel point êtes-vous satisfaite de l'aide ou du soutien reçu(e) concernant les activités domestiques ?

Vraiment insatisfaite	Assez insatisfaite	Un peu insatisfaite	Un peu satisfaite	Assez satisfaite	Vraiment satisfaite
1	2	3	4	5	6

36. Dans quelle mesure considérez-vous avoir eu besoin de **soutien émotionnel (ex. être écouté, avoir des encouragements)** ?

Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1	2	3	4	5

36.1 À quel point êtes-vous satisfaite du soutien émotionnel reçu ?

Vraiment insatisfaite	Assez insatisfaite	Un peu insatisfaite	Un peu satisfaite	Assez satisfaite	Vraiment satisfaite
1	2	3	4	5	6

**Les questions suivantes concernent le soutien reçu de personnes précises dans votre entourage.**

Depuis la naissance de l'enfant, à quel point êtes-vous **satisfaite de l'aide ou du soutien** offert par :

#Q		Non applicable	Vraiment insatisfaite	Assez insatisfaite	Un peu insatisfaite	Un peu satisfaite	Assez satisfaite	Vraiment satisfaite
37	Le père de l'enfant	-	1	2	3	4	5	6
38	Votre mère	-	1	2	3	4	5	6
39	Votre père	-	1	2	3	4	5	6
40	Votre fratrie (soeur et frère)	-	1	2	3	4	5	6
41	Votre belle-famille	-	1	2	3	4	5	6
42	Votre réseau d'amis	-	1	2	3	4	5	6
43	Les intervenants que vous avez rencontrés	-	1	2	3	4	5	6
44	Autre. Identifiez qui : _____	-	1	2	3	4	5	6
45	Autre. Identifiez qui : _____	-	1	2	3	4	5	6