

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES PÉRINATALES : QU'EN EST-IL DES TAUX  
ET DES FACTEURS PRÉVISIONNELS DE L'ÉTAT DE STRESS POST-  
TRAUMATIQUE ET DE LA DÉPRESSION?

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
AU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

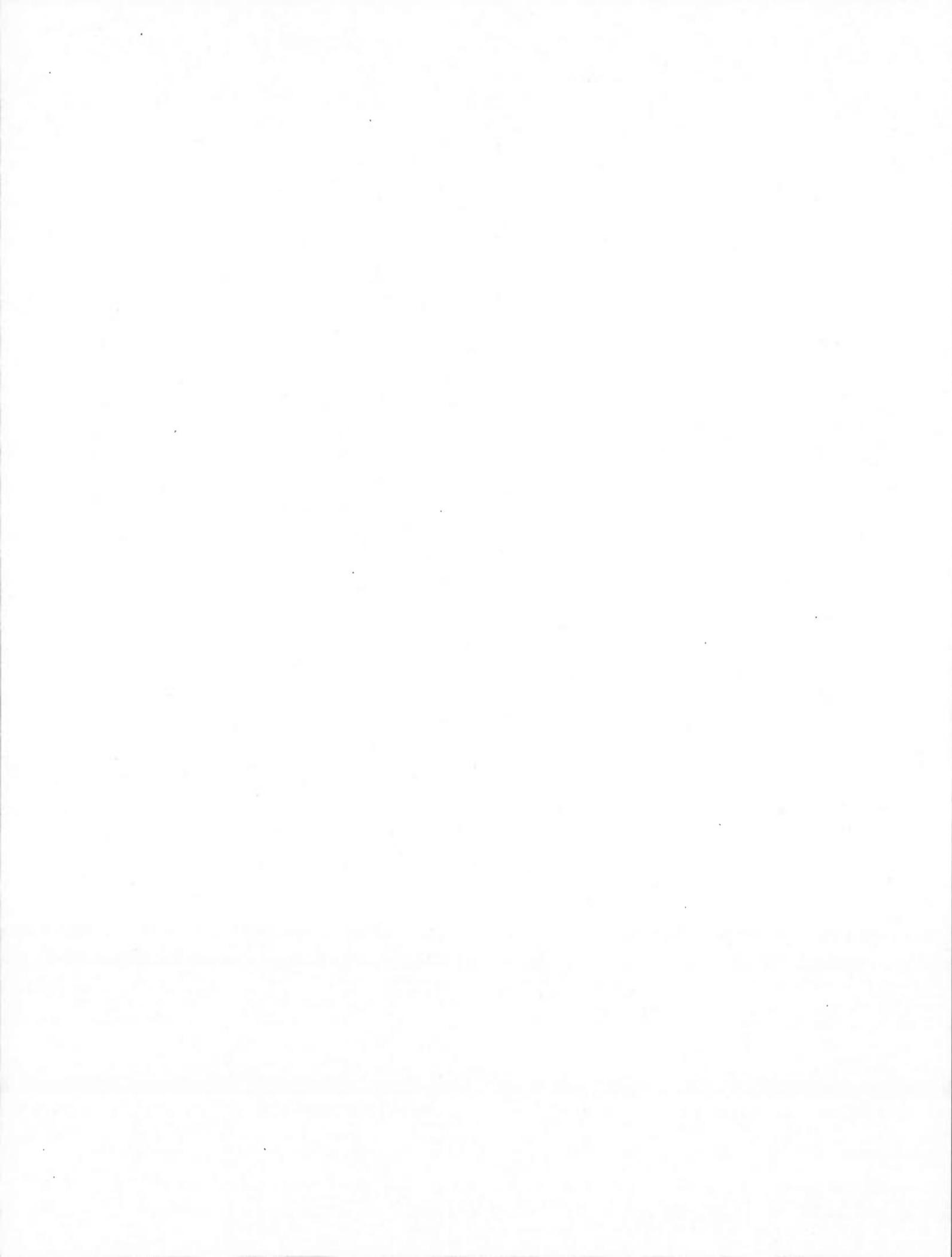
NANCY VERREAULT

SEPTEMBRE 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»



## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet doctoral n'aurait pu être possible sans le soutien et l'appui de nombreuses personnes qui, chacune à leur façon, ont contribué à mon cheminement dans cette longue aventure. Je tiens d'abord à remercier mes directeurs de thèse les docteurs Deborah Da Costa et André Marchand. Je remercie la docteure Da Costa pour son encadrement, sa rigueur, ses précieux conseils sur le plan statistique et méthodologique, son soutien ainsi que pour la valorisation qu'elle accorde aux études. Je la remercie également de m'avoir offert un milieu de travail dynamique qui m'a permis de me développer sur le plan professionnel. Je remercie le docteur Marchand pour son soutien, sa grande disponibilité, son humour, la rapidité de ses rétroactions ainsi que pour ses nombreux conseils tout au long de ce parcours. Vous avez eu pour moi des rôles complémentaires qui ont été très enrichissants.

J'aimerais aussi remercier la docteure Maria Dritsa qui m'a apporté une aide précieuse dans la coordination de ce projet de recherche. Je la remercie non seulement pour le transfert de ses connaissances, mais aussi pour sa présence qui a su rendre les journées de travail agréables. Je remercie également le docteur Samir Khalifé ainsi que le personnel du département d'écographie de l'Hôpital général juif de Montréal de nous avoir accueillis dans leur milieu de travail et d'avoir ainsi facilité le recrutement des participantes. Je témoigne d'ailleurs ma reconnaissance aux femmes qui ont pris le temps, et ce, dans un contexte de vie demandant une grande adaptation, de participer à ce projet de recherche. Je transmets aussi mes remerciements à Jean Bégin, statisticien au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), pour sa disponibilité et ses conseils statistiques.

Je désire maintenant souligner un soutien des plus essentiels à travers la réalisation de projet comme celui-ci. Un merci spécial à mes proches qui ont su m'appuyer et me donner le courage de mener à terme ce projet. Merci à mon père Bertrand, ma mère Diane, ainsi qu'à ma sœur Marie-Christine pour leurs encouragements face à la poursuite de mes études. Je les remercie aussi d'avoir su me communiquer leur fierté par rapport à la réalisation de ce projet. Je transmets également toute ma gratitude à mon amoureux Alex pour son soutien lors des dernières années de mon doctorat. Je le remercie d'avoir cru en moi et d'avoir vu en nous une

équipe dans laquelle le soutien de chacun des membres nous rend plus forts. Je le remercie aussi pour sa compréhension et sa présence émotionnelle lors des étapes les plus difficiles de ce projet. Je remercie en dernier lieu mes amis, Sophie, Audrey, Cidalia, Claudie, Marie-Claude, Krystel, Stéphanie, Mireille et Paulo, ainsi que mes compagnes de doctorat, Céline, Mariko, Mélissa et plusieurs autres, pour leur soutien au cours de ce projet.

Finalement, j'aimerais souligner l'apport financier du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (105861) ainsi que du Conseil de recherches en sciences humaines (752-2007-1936) qui m'ont octroyé une bourse d'excellence. Je remercie également la Faculté des sciences humaines de l'UQAM de m'avoir accordé une bourse de fin d'études. Ce projet de recherche a aussi été rendu possible grâce à une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (25933) accordée à la docteure Da Costa.

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	x
LISTE DES ABBRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES.....	xii
RÉSUMÉ .....	xiii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION.....	1
1.1    Mise en contexte .....	2
1.2    Contenu de la thèse .....	2
1.3    L'état de stress post-traumatique .....	3
1.3.1    La définition d'un trauma et les critères diagnostiques.....	3
1.3.2    Vue d'ensemble des données épidémiologiques .....	5
1.3.3    ÉSPT partiel ou sous-clinique .....	6
1.4    L'état de stress post-traumatique et l'accouchement .....	7
1.4.1    Mise en contexte.....	7
1.4.2    Symptomatologie .....	8
1.4.3    Prévalence et évolution des symptômes .....	9
1.4.4    Facteurs de risque.....	10
1.5    Le trouble de dépression majeure .....	13
1.5.1    Critères diagnostiques .....	13
1.5.2    Vue d'ensemble des données épidémiologiques .....	13
1.5.3    Le trouble dépressif mineur.....	14
1.6    La dépression post-partum .....	15
1.6.1    Spécificité et symptomatologie .....	15
1.6.2    Prévalence et évolution des symptômes .....	16

1.7	La dépression périnatale.....	17
1.8	Les facteurs de risque.....	18
1.8.1	La dépression durant la grossesse .....	18
1.8.2	La dépression post-partum .....	18
1.9	Les limites des connaissances actuelles .....	20
1.10	Objectifs de la thèse .....	22

## CHAPITRE II

L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE À LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT: UNE ÉTUDE PROSPECTIVE SUR L'INCIDENCE ET LES FACTEURS DE RISQUE AUPRÈS DE FEMMES CANADIENNES (ARTICLE I).....		25
	Résumé.....	26
	Abstract .....	27
2.1	Introduction.....	28
2.2	Methods.....	30
2.2.1	Sample recruitment and procedure.....	30
2.2.2	Measures.....	31
2.2.3	Statistical analyses.....	34
2.3	Results.....	35
2.3.1	Sample characteristics .....	35
2.3.2	Course of postpartum symptoms .....	35
2.3.3	Comparisons between women with and without PTSD symptoms.....	36
2.3.4	Predictors of PTSD symptoms .....	37
2.4	Discussion .....	38
	Acknowledgments.....	47
	Conflict of interest.....	48
	References .....	49

<b>CHAPITRE III</b>	
<b>TAUX ET FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION DURANT LA GROSSESSE ET CELLE SE DÉVELOPPANT EN POST-PARTUM (ARTICLE II).....</b>	<b>55</b>
Résumé.....	56
Abstract.....	57
3.1 Introduction.....	58
3.2 Materials and Methods.....	59
3.2.1 Participants.....	59
3.2.2 Procedure.....	60
3.2.3 Measures.....	60
3.2.4 Statistical analyses.....	62
3.3 Results.....	63
3.3.1 Sample characteristics.....	63
3.3.2 Rates of depressed mood.....	64
3.3.3 Comparisons between women with and without depressed mood.....	64
3.3.4 Predictors of depressed mood.....	65
3.4 Discussion.....	66
Acknowledgments.....	72
Disclosure of Interests.....	73
Current knowledge on this subject.....	74
What this study adds.....	75
References.....	76
<b>CHAPITRE IV</b>	
<b>DISCUSSION GÉNÉRALE.....</b>	<b>81</b>
4.1 Synthèse des principaux résultats.....	82
4.1.1 ÉSPT et accouchement.....	82

4.1.2	Dépression périnatale .....	84
4.2	Étiologie et modèles conceptuels .....	86
4.2.1	Modèle ÉSPT et accouchement.....	86
4.2.2	Modèle de la dépression post-partum.....	95
4.3	Distinction entre les troubles reliés au post-partum.....	101
4.4	Implications cliniques .....	106
4.4.1	Prévention primaire .....	106
4.4.2	Dépistage et évaluation .....	108
4.4.3	Interventions post-immédiates et psychothérapies.....	110
4.5	Considérations méthodologiques .....	112
4.5.1	Les limites .....	112
4.5.2	Les forces .....	114
4.6	Pistes de recherche futures .....	115
4.7	Suggestions pour le transfert des connaissances.....	117
4.8	Conclusion générale.....	118

#### APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DU TROUBLE DE DÉPRESSION MAJEURE SELON LE DSM-IV-TR ET LE DSM-5 .....	119
--	-----

APPENDICE B TABLEAUX SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE L'ÉSPT ET DE LA DPP .....	128
--	-----

#### APPENDICE C

APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF DE MONTRÉAL.....	135
--	-----

#### APPENDICE D

ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES.....	137
---	-----

APPENDICE E DESCRIPTION DES STYLES DE TRAVAIL RETROUVÉS CHEZ LES VICTIMES D'ABUS SEXUELS LORS DE L'ACCOUCHEMENT .....	141
APPENDICE F FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE.....	142
APPENDICE G QUESTIONNAIRES .....	146
APPENDICE H ENTREVUES .....	186
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE .....	199

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

CHAPITRE II		Page
Figure 2.1	Study flow chart to clarify participation.....	42
Tableau 2.1	Demographic, psychosocial, and delivery characteristics of the study participants (n = 308) .....	43
Tableau 2.2	Rates of full and partial PTSD symptoms in women at 3 time points during the first 6 months following childbirth (n = 308) .....	44
Tableau 2.3	Differences between women with and without PTSD symptoms using the MPSS-SR at 1 month following childbirth on psychosocial measures (n = 223) .....	45
Tableau 2.4	Predictors of PTSD symptoms at 1 month following childbirth using the MPSS-SR (n = 223) .....	46
CHAPITRE III		Page
Tableau 3.1	Demographic characteristics at study entry .....	69
Tableau 3.2	Comparisons between women with and without depressed mood during pregnancy and at 3 months postpartum .....	70
Tableau 3.3	Multivariate logistic regression models for pre- and postpartum depressed mood.....	71
CHAPITRE IV		Page
Figure 4.1	Modèle intégratif de l'ÉSPT lié à l'accouchement.....	90
Figure 4.2	Modèle biopsychosocial de la dépression postnatale (Milgrom, 2001) .....	98

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES (SUITE)

APPENDICES	Page
Tableau B.1 Recension des écrits synthétisée .....	129
Tableau B.2 Ampleur de l'effet des prédicteurs de la DPP selon les méta-analyses .....	134
Tableau E.1 Styles de travail retrouvés chez les victimes d'abus sexuels durant l'accouchement.....	141

## LISTE DES ABBRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
ASI	Anxiety Sensitivity Index
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
DPP	Dépression post-partum
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revision
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
ÉDPÉ	Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg
ÉMST	Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ÉSPT	État de stress post-traumatique
ÉT	Événement traumatique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
JGH	Jewish General Hospital
MCS	Mental Components Summary
MOS-SSS	MOS Social Support Survey
MPSS-SR	Modified PTSD Symptom Scale Self-Report
MUHC	McGill University Health Centre
PCQ	Perception of Care Questionnaire
PCS	Physical Components Summary
PES	Parent Expectations Survey
PRIME-MD	Primary care Evaluation of Mental Disorders
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
SCID	Structured Clinical Interview for DSM
SF-36	Short Form Health Survey
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSHRC	Social Sciences and Humanities Research Council of Canada
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TCC	Thérapie cognitive comportementale
TDM	Trouble de dépression majeure
THQ	Trauma History Questionnaire
UQÀM	Université du Québec à Montréal
W-DEQ	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

## RÉSUMÉ

Bien que pour la majorité des mères la grossesse et la naissance d'un enfant soient synonymes de bonheur, pour d'autres l'expérience peut être une source d'angoisse et de tristesse. Les difficultés les plus typiques du post-partum correspondent à la dépression, ainsi qu'à la psychose post-partum. Plus récemment toutefois, les chercheurs en provenance de différents pays se sont intéressés aux réactions de stress post-traumatique à la suite d'un accouchement. Les répercussions possibles de ces troubles sur la mère, le développement affectif et cognitif de l'enfant, ainsi que sur la relation conjugale ne sont pas à négliger. À notre connaissance, il n'existe aucune étude au Québec portant sur l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) relié à l'accouchement. En ce qui concerne la dépression post-partum (DPP), il existe peu d'études prospectives de sorte qu'il est difficile de déterminer si la dépression s'est déclenchée spécifiquement dans un contexte post-partum ou si elle était déjà présente durant la grossesse.

L'objectif principal de ce projet de recherche était d'estimer, dans une première étude, l'incidence et l'évolution des symptômes d'ÉSPT se développant à la suite d'un accouchement et d'identifier les facteurs de risque associés. L'objectif secondaire était d'évaluer, dans une deuxième étude, la prévalence d'une humeur dépressive durant la grossesse versus débutant spécifiquement en post-partum et d'identifier les facteurs de risque associés à chacune de ces périodes. Au total, 574 participantes ont accepté de participer à l'étude et 367 d'entre elles ont retourné leurs premiers questionnaires. Les participantes ont été évaluées à quatre temps de mesure différents : 25-40 semaines de grossesse; 1, 3 et 6 mois après l'accouchement. Les données ont été recueillies entre décembre 2005 et septembre 2009 à l'aide d'une entrevue téléphonique semi-structurée et de questionnaires auto-rapportés.

En somme, les résultats du projet de recherche indiquent que les taux d'ÉSPT obtenus varient en fonction de l'instrument utilisé et du temps de mesure (entre 0 et 7,6%). Ils démontrent aussi que pour beaucoup de femmes déprimées durant le post-partum (16,4%), l'humeur dépressive était déjà présente durant la grossesse. En fait, seulement 6,6% ont développé une humeur dépressive en post-partum. Les résultats de ce projet soulignent aussi l'importance de certaines variables dans le développement des difficultés postnatales. Une expérience de l'accouchement vécue plus négativement qu'attendu s'est avérée prédire à la fois les symptômes d'ÉSPT et de DPP. Pour ce qui est des facteurs spécifiques à chacune de ces difficultés, un historique d'abus sexuels, une plus grande sensibilité à l'anxiété, ainsi qu'un soutien social moins disponible se sont avérés prédire les symptômes d'ÉSPT (complets ou partiels) à 1 mois post-partum. Un historique de difficultés émotionnelles, une humeur dépressive prénatale et un plus faible sentiment d'efficacité parental se sont avérés prédire les cas de femmes nouvellement déprimées à 3 mois post-partum. Les facteurs de risque probants à une humeur dépressive durant la grossesse sont également présentés. Finalement, une discussion générale des résultats obtenus est présentée en prenant soin d'intégrer des implications cliniques, des considérations méthodologiques, des pistes de recherche futures, ainsi que des suggestions pour le transfert des connaissances.

Mots-clés : Accouchement, périnatalité, état de stress post-traumatique, dépression post-partum, humeur dépressive, facteurs de risque, devis prospectif

CHAPITRE I

INTRODUCTION

## INTRODUCTION

### 1.1 Mise en contexte

La venue au monde d'un enfant est un processus complexe. On entend généralement par périnatalité, la période qui s'étend de la conception jusqu'à la première année postnatale. Elle englobe les différentes étapes de la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, les premiers liens avec l'enfant et l'adaptation au rôle parental. La périnatalité est donc une période de grands changements, et ce, à tous les niveaux que ce soit sur le plan physiologique, psychologique ou social. De par le stress qu'elle engendre et l'adaptation qu'elle demande, la période périnatale peut être une période à risque pour le développement ou pour l'exacerbation de difficultés émotionnelles telles que la dépression et les réactions de stress post-traumatiques.

### 1.2 Contenu de la thèse

La thèse se divise en quatre chapitres. Le chapitre I présente une introduction générale faisant état des connaissances dans le domaine de l'ÉSPT et de la dépression, tous deux dans un contexte périnatal. Le chapitre II comprend un premier article empirique qui s'intitule « PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women ». Cet article expose les résultats obtenus concernant l'incidence de l'ÉSPT à la suite d'un accouchement et les facteurs de risque associés à cet état. À notre connaissance, cette étude est la première au Québec et la deuxième au Canada à s'être intéressée à ce sujet. Cette étude est aussi l'une des premières à avoir utilisé une entrevue clinique structurée afin d'évaluer les symptômes d'ÉSPT. Cet article a été accepté et publié en 2012 dans le *Journal of Psychosomatic Research*, 73,(4) 257-263. La décision de la publication se trouve à l'appendice D.

Le chapitre III présente les résultats d'un deuxième article intitulé « Rates and Risk Factors Associated with Depression During Pregnancy and Depression with Postpartum Onset ». Cette étude évalue la prévalence d'une humeur dépressive durant la grossesse ainsi qu'à 3 mois post-partum. Elle examine également les facteurs de risque associés à chacune de ces périodes de la périnatalité en prenant soin de distinguer les cas de dépression se développant spécifiquement dans la période de post-partum. Cet article a été soumis pour publication au *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. L'accusé de réception se trouve à l'appendice D.

En dernier lieu, le chapitre IV consiste en une discussion générale à propos des résultats obtenus dans les deux articles empiriques. Les implications cliniques des résultats sont abordées dans une perspective de prévention, de dépistage et d'évaluation ainsi que de traitement des difficultés postnatales. Également, les limites et les forces méthodologiques du programme de recherche sont argumentées. Enfin, des pistes de recherche futures ainsi que des suggestions pour le transfert des connaissances sont proposées.

### 1.3 L'état de stress post-traumatique

#### 1.3.1 La définition d'un trauma et les critères diagnostiques

Bien qu'une cinquième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) ait été publiée par l'*American Psychiatric Association* (APA) en mai 2013, les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000) seront présentés dans cette section puisque c'est sur la base de ces critères que le présent projet de recherche a été effectué. Les changements apportés par cette nouvelle version du DSM seront toutefois exposés brièvement. Les critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) du DSM-IV-TR (APA, 2000) et du DSM-5 (APA, 2013) se retrouvent à l'appendice A. L'ÉSPT fait partie de la catégorie des troubles anxieux dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) et il se caractérise par une réaction psychologique particulière en réponse à une expérience vécue comme traumatisante. À l'encontre de la plupart des autres troubles du DSM-IV-TR (APA, 2000), l'ÉSPT inclut un facteur étiologique dans ses critères nosologiques, à savoir

l'exposition à un événement dans lequel l'intégrité physique de la personne et/ou celle d'autrui a été menacée (critère A1). La réaction immédiate de la personne à l'événement se manifeste par une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (critère A2). Cependant, le seul fait d'avoir été exposé à un événement traumatique (ÉT) ne suffit pas pour développer un ÉSPT, ce qui souligne l'importance de la réponse individuelle et de l'évaluation subjective du potentiel traumatisant de l'événement par la personne. L'exposition à un ÉT<sup>1</sup> est donc une condition nécessaire, mais non suffisante au développement d'un ÉSPT.

Pour qu'un diagnostic d'ÉSPT soit posé, la personne doit rapporter un certain nombre de symptômes se répartissant en trois critères: le critère B) les reviviscences de l'événement sous forme d'images, de souvenirs, de cauchemars ou de *flashbacks*; le critère C) l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale; et finalement le critère D) l'activation neurovégétative se présentant sous forme d'insomnie, d'irritabilité, de difficultés à se concentrer, d'hypervigilance, ou de sursaut exagéré. Plus précisément, la personne doit présenter au minimum un symptôme parmi le critère B, trois parmi le critère C et deux parmi le critère D. Ces symptômes doivent également persister depuis au moins un mois (critère E) et être accompagnés d'une détresse importante ou d'une altération significative du fonctionnement (critère F). Si l'ÉSPT subsiste depuis plus de trois mois, il est alors considéré comme un état chronique.

La nouvelle version du DSM-5 (APA, 2013) a apporté des changements importants dans les critères diagnostiques de l'ÉSPT. Tout d'abord, l'ÉSPT ne se retrouve plus parmi la catégorie des troubles anxieux, mais dans une catégorie spécifique aux troubles liés aux ÉT. De plus, le critère A est beaucoup plus explicite par rapport à ce qui constitue un ÉT (*voir* l'appendice A) et le critère A2 a été supprimé. Ensuite, au lieu de trois grandes catégories de symptômes, la nouvelle version en répertorie désormais quatre. En effet, le critère C portant sur l'évitement et l'émoussement de la réactivité générale a été scindé en deux créant ainsi un nouveau critère en lien avec les altérations cognitives et émotionnelles négatives. Finalement,

---

<sup>1</sup> L'expression événement traumatique sera utilisée tout au long de cette thèse puisqu'elle est plus concise même si comme expliqué précédemment, l'expression exacte serait événement potentiellement traumatique.

un nouveau critère a été ajouté afin de clarifier que les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une affectation médicale générale et une nouvelle spécification a été développée pour préciser la présence de symptômes dissociatifs.

### 1.3.2 Vue d'ensemble des données épidémiologiques

La prévalence est une mesure de la fréquence d'une pathologie chez une population donnée à un moment ou une période donnée. Le terme prévalence à vie fait référence au pourcentage de personnes qui seront atteintes d'une pathologie au cours de leur vie, alors que la prévalence ponctuelle est quant à elle estimée à un moment précis (p. ex., 3 mois après l'ÉT). L'incidence se distingue de la prévalence de par le fait qu'elle considère le nombre de nouveaux cas sur une période donnée, alors que la prévalence ne fait pas la distinction entre les nouvelles manifestations et les anciennes. Les études épidémiologiques effectuées auprès de la population générale démontrent que l'exposition à des événements traumatiques est courante. Aux États-Unis par exemple, le taux d'exposition à un ÉT au cours d'une vie a été estimé entre 51 et 90% (Breslau et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Cependant, l'étude de Kessler et ses collègues (1995) rapporte que sur 60,7% des hommes et 51,2% des femmes exposés, respectivement 8,1% et 20,4% d'entre eux ont développé un ÉSPT par la suite. Cet exemple illustre ce que nous avons mentionné précédemment, c'est-à-dire que l'exposition à elle seule n'est pas suffisante pour développer un ÉSPT. Les données épidémiologiques les plus récentes estiment le taux de prévalence à vie de l'ÉSPT entre 1,9 et 9,2%, et celui à 12 mois entre 0,9 et 4,6%, avec un taux généralement deux fois plus élevé chez les femmes (Alonso et al., 2004; Kessler, Berglund, et al., 2005; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Oakley Browne, Wells, Scott, & McGee, 2006; Pietrzak, Goldstein, Southwick, & Grant, 2012; Slade, Johnston, Oakley Browne, Andrews, & Whiteford, 2009; Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008; Wells et al., 2006). Les taux d'incidence de l'ÉSPT semblent plus rares, l'étude de Stein et ses collaborateurs (2002) effectuée auprès d'adolescents et de jeunes adultes rapporte un taux d'incidence combiné de l'ÉSPT complet et partiel de 5.0%.

La durée des symptômes d'ÉSPT est variable avec une rémission complète survenant à l'intérieur de trois mois dans environ la moitié des cas, alors que de nombreuses autres personnes ont des symptômes qui persistent plus de 12 mois après le traumatisme (APA, 2000). En fait, il semble que les symptômes d'ÉSPT aient tendance à diminuer naturellement dans le temps, mais que les chances de rémission spontanée soient beaucoup moins probables après que l'ÉSPT soit devenu chronique, particulièrement un à deux ans après son début (Boyer, Marchand, & Guay, 2006). Parmi les études longitudinales et prospectives, celle de Perkonigg et son équipe (2005) observe que sur une période de 34 à 50 mois, 48% des répondants ne présentent aucune rémission significative. L'équipe de Zlotnick quant à elle, estime à 18 % la probabilité qu'une personne se remette complètement d'un ÉSPT chronique sur une période de deux à cinq ans, alors que la probabilité de ne plus satisfaire tous les critères diagnostiques après deux ans est évaluée à 69% (Zlotnick et al., 2004; Zlotnick et al., 1999). La durée du trouble semble donc être une variable importante dans la prédiction de l'évolution des symptômes. Il apparaît toutefois que les symptômes d'un ÉSPT chronique peuvent fluctuer dans le temps et que le diagnostic d'ÉSPT pourra ainsi alterner entre un diagnostic complet et partiel selon les périodes (Wittchen, Gloster, Beesdo, Schonfeld, & Perkonigg, 2009).

### 1.3.3 ÉSPT partiel ou sous-clinique

Dans les écrits scientifiques, les termes d'ÉSPT sous-clinique et partiel sont souvent utilisés de façon interchangeable pour illustrer la présence de symptômes d'ÉSPT sans toutefois remplir l'ensemble des critères diagnostiques du trouble. Une définition de l'ÉSPT partiel proposée par l'équipe de Blanchard (1996) consiste à remplir le critère B, en plus du critère C ou du critère D. Une autre équipe le définit comme la présence d'au moins un symptôme pour chacun des critères (B, C, D) (Stein, Walker, Hazen, & Forde, 1997). Finalement, une autre définition suggérée par Kilpatrick & Resnick (1993) se résume à présenter un symptôme de moins pour le critère C. Certaines études suggèrent que l'ÉSPT partiel ou sous-clinique est associé à une altération considérable du fonctionnement de l'individu, à davantage de comorbidités, à des taux plus élevés d'idéations suicidaires, à une augmentation de l'utilisation des soins de santé, et davantage d'absentéisme au travail

(Breslau, Lucia, & Davis, 2004; Cukor, Wyka, Jayasinghe, & Difede, 2010; Grubaugh et al., 2005; Marshall et al., 2001; Stein et al., 1997; Zlotnick, Franklin, & Zimmerman, 2002). Bref, l'impact que peut avoir l'ÉSPT partiel ou sous-clinique est non négligeable et souligne l'importance de ne pas se restreindre aux diagnostics complets dans l'analyse des effets post-traumatiques. Minimiser l'importance de l'ÉSPT partiel pourrait nous amener à négliger un sous-groupe de la population qui présente une détresse importante, ainsi qu'une altération significative du fonctionnement, et qui peuvent par le fait même, être à risque de développer un ÉSPT complet. Bien que l'évolution de l'ÉSPT partiel semble plus ou moins bien connue chez la population générale, il a été démontré être aussi sinon plus prévalent que l'ÉSPT complet (Stein et al., 1997). Une étude effectuée auprès des travailleurs du 11 septembre 2001 rapporte que sur les 9,7% de gens présentant un ÉSPT partiel entre juillet 2002 et juin 2006, respectivement 29% et 24,5% rencontraient les critères d'un ÉSPT partiel ou complet aux suivis d'une et de deux années plus tard (Cukor et al., 2010).

#### 1.4 L'état de stress post-traumatique et l'accouchement

##### 1.4.1 Mise en contexte

La présence de la symptomatologie traumatique reliée à l'accouchement a d'abord été documentée en France sous le thème de névrose traumatique postobstétricale, avant même l'apparition officielle de l'ÉSPT dans le DSM-III (APA, 1980). Bydlowski et Raoul-Duval (1978) observaient une apparition de cauchemars dans le dernier trimestre de la grossesse chez des femmes avec un historique d'accouchement difficile. Par la suite, d'autres études de cas sont apparues dans les années 90 (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995; Fones, 1996; Moleman, Van der Hart, & Van der Kolk, 1992), mais ce n'est qu'avec l'arrivée du DSM-IV (APA, 1994) que les études quantitatives ont émergé.

Les changements nosologiques apportés lors du passage du DSM-III-R (APA, 1987) au DSM-IV (APA, 1994) constituent un tournant important pour la recherche sur l'ÉSPT. Dans le DSM-III-R (APA, 1987), la personne devait avoir vécu un événement hors du commun tel que la guerre, la torture ou un désastre naturel pour se voir émettre un diagnostic

d'ÉSPT, l'accouchement n'en faisait donc pas partie. Toutefois, selon la définition actuelle du DSM-IV-TR (APA, 2000), un événement plus commun comme un accouchement peut être vécu de façon traumatique si la personne croit que sa vie a été mise en danger ou qu'il existait une menace sérieuse à son intégrité physique ou dans ce cas-ci, à celle de son enfant. Qui plus est, certaines femmes rapportent des émotions intenses lors du travail et de l'accouchement dont une peur extrême, une douleur intense, un sentiment de perte de contrôle et parfois même, une impression d'avoir été traitée de façon inhumaine lors de l'accouchement (Elmir, Schmied, Wilkes, & Jackson, 2010; Harris & Ayers, 2012; Lowe, 2002; Reynolds, 1997). Finalement, malgré l'avancement médical, le risque de blessures et de mortalité pendant l'accouchement demeure fréquent au Canada. Le *Rapport sur la santé périnatale au Canada* publié par l'Agence de santé publique du Canada (2008) rapporte un ratio de mortalité maternelle à la suite de complications obstétricales pendant le travail et l'accouchement de 6,5 pour 100 000 naissances entre les années 1999-2004. Le ratio de mortalité infantile néonatale a été évalué à 3,7 pour 1000 naissances en 2004.

#### 1.4.2 Symptomatologie

Une étude récente note que les moments ayant été vécus de manière plus intense lors de l'accouchement (p. ex., événements obstétricaux ou concernant l'enfant, moment de douleur intense, difficultés interpersonnelles avec le personnel), sont souvent revécus sous forme de reviviscences par la suite (Harris & Ayers, 2012). Sur le plan émotionnel, une gamme d'émotions peut être ressentie face au souvenir de l'accouchement telle que l'anxiété, la panique, la culpabilité, la colère envers le personnel ou envers soi-même, et un sentiment de dépression ou de désespoir pouvant aller jusqu'à la présence d'idées suicidaires (Elmir et al., 2010). À l'opposé, d'autres femmes peuvent avoir une difficulté à être en contact avec leurs émotions et rapporter un sentiment d'engourdissement (Beck, 2004; Moleman et al., 1992). D'autres peuvent être incapables de se rappeler des aspects importants de l'accouchement pouvant suggérer la présence de dissociation lors de l'événement (Reynolds, 1997). En ce qui concerne les symptômes d'évitement, les femmes peuvent éviter de lire sur le sujet, de regarder une femme accoucher à la télévision ou encore de parler de leur accouchement (Fones, 1996). L'enfant peut aussi être un élément rappelant constamment

l'ÉT. Les femmes peuvent ainsi se mettre à éviter les interactions avec leur enfant ou encore présenter un détachement émotionnel envers ce dernier pouvant aller jusqu'à un rejet de l'enfant (Ayers, Eagle, & Waring, 2006). Il est aussi possible d'observer l'évitement des relations sexuelles avec le conjoint par crainte d'une prochaine grossesse (Fones, 1996; Nicholls & Ayers, 2007). Le recours à la césarienne planifiée pour des raisons psychologiques a également été documenté comme pouvant illustrer un symptôme d'évitement typique de l'ÉSPT (Ryding, 1991, 1993). Finalement, en ce qui a trait aux symptômes neurovégétatifs, les femmes peuvent devenir hypervigilantes ou surprotectrices envers l'enfant (Nicholls & Ayers, 2007).

#### 1.4.3 Prévalence et évolution des symptômes

Des chercheurs en provenance de l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie et l'Afrique se sont intéressés au développement de symptômes de stress post-traumatiques à la suite d'un accouchement. De manière générale, les études rapportent qu'entre 19,7 et 47,9% des femmes évaluent leur accouchement comme une expérience traumatique et que jusqu'à 33% d'entre elles rapportent des symptômes d'ÉSPT sans toutefois satisfaire tous les critères diagnostiques (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; Ayers, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009; Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). Les taux d'ÉSPT rapportés varient en fonction de la façon dont la réponse de stress post-traumatique a été conceptualisée et mesurée (p. ex., inclusion du critère A ou non, prévalence versus incidence, temps de mesure et instruments utilisés). Dans l'ensemble, l'incidence de l'ÉSPT est évaluée entre 1,2 et 2,8% à 6 semaines et entre 1,5 et 3,1% à 6 mois après l'accouchement (Alcorn et al., 2010; Ayers & Pickering, 2001). Les prévalences ponctuelles quant à elles peuvent aller de 0 jusqu'à 6,9% dans les 6 premiers mois suivant l'accouchement et jusqu'à 2,4% à 12 mois (Ayers & Pickering, 2001; White, Matthey, Boyd, & Barnett, 2006).

Seulement deux études jusqu'ici ont utilisé une entrevue semi-structurée, plutôt qu'un questionnaire auto-rapporté afin d'évaluer la prévalence de l'ÉSPT (Adewuya, Ologun, & Ibigbami, 2006; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005). L'équipe africaine d'Adewuya (2006) rapporte un taux de 5,9% à 6 semaines et celle de Wenzel (2005), une

équipe américaine, un taux de 0% à 8 semaines suivant l'accouchement, ce qui pourrait suggérer un taux plus élevé dans les pays en voie de développement (Ayers, Joseph, McKenzie-McHarg, Slade, & Wijma, 2008). L'étude de Sorenson et Tschetter (2010) et celle de Zaers, Waschke et Ehlert (2008) rapportent des taux de prévalence plus élevés que les autres études (respectivement de 10,2% à 5 mois et 14,9% à 6 mois post-partum), mais présentent aussi de plus petites tailles échantillonales. Deux autres études ont évalué la prévalence de façon périodique plutôt qu'à un temps précis. L'étude de Beck Gable, Sakala et Declercq (2011) rapporte un taux de 9% et celle de Wijma, Söderquist et Wijma (1997) un taux de 1,7% à un moment donné au cours de la première année post-partum.

Les quelques études qui ont évalué l'évolution des symptômes d'ÉSPT après un accouchement ont démontré des résultats contradictoires. Par exemple, Ayers and Pickering (2001) rapportent que les symptômes d'ÉSPT diminuent avec le temps, alors que d'autres suggèrent que les symptômes augment au cours de la première année du post-partum (Alcorn et al., 2010; Zaers et al., 2008). Finalement, d'autres études observent que les taux d'ÉSPT à la suite d'un accouchement sont passablement stables dans le temps (Söderquist, Wijma, & Wijma, 2006; White et al., 2006). Le tableau B.1 (*voir l'appendice B*) présente une synthèse des taux de prévalence et facteurs de risques retrouvés dans les écrits scientifiques sur l'ÉSPT postnatal.

#### 1.4.4 Facteurs de risque

Dans les écrits, plusieurs facteurs sont maintenant reconnus comme étant des facteurs de risque associés au développement de l'ÉSPT, et ce, auprès de différents types de populations (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Martin, Germain, & Marchand, 2006; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Les divers facteurs de risque associés au développement de l'ÉSPT peuvent se diviser en trois catégories : les variables prétraumatiques, les variables péritraumatiques et les variables post-traumatiques. Bien que les études sur les facteurs de risque de l'ÉSPT relié à un accouchement soient peu nombreuses et qu'il y ait peu de consistances entre elles, une variété de facteurs de risque a été recensée. Seulement les facteurs de risque seront présentés dans cette thèse compte tenu du fait que la littérature s'est

principalement attardée à ce type de facteur plutôt qu'aux facteurs de protection. Par souci de constance, il en sera de même pour la section sur la dépression post-partum (DPP).

#### 1.4.4.1 Les variables prétraumatiques

Les variables prétraumatiques font référence aux caractéristiques présentes avant même que l'ÉT ne survienne. Parmi les variables sociodémographiques, un faible statut socio-économique (Soet, Brack, & DiIorio, 2003; Wijma et al., 1997), ainsi que le fait de donner naissance pour la première fois (Ayers et al., 2009; Wijma et al., 1997) ont été associés au développement de symptômes post-traumatiques à la suite d'un accouchement. Parmi les variables psychosociales, la perception d'un faible soutien social pendant la grossesse (Soet et al., 2003), une histoire de difficultés psychologiques ou psychiatriques antérieures (Czarnocka & Slade, 2000; Söderquist et al., 2006; Wijma et al., 1997), un traumatisme d'ordre sexuel (Soet et al., 2003), des traits d'anxiété ou un niveau élevé d'anxiété en fin de grossesse (Czarnocka & Slade, 2000; Soet et al., 2003; Zaers et al., 2008), une plus grande sensibilité à l'anxiété (Fairbrother & Woody, 2007; Keogh, Ayers, & Francis, 2002), la présence de dépression prénatale (Cohen et al., 2004; Söderquist et al., 2006; Van Son, Verkerk, Van der Hart, Komproe, & Pop, 2005) ainsi qu'une peur sévère de l'accouchement (Söderquist et al., 2006) ont été associés au développement d'un ÉSPT en période postnatale.

#### 1.4.4.2 Les variables péritraumatiques

Les variables péritraumatiques comprennent les caractéristiques internes et externes présentes lors de l'ÉT ou immédiatement après. Le type d'événement, la sévérité de celui-ci (c.-à.-d., menace à la vie, durée, intensité, imprévisibilité, intentionnalité et blessures corporelles) ainsi que les réactions de la personne durant l'expérience traumatique jouent un rôle très important dans le développement de l'ÉSPT (Martin et al., 2006). En ce qui concerne les facteurs liés au type d'accouchement et aux événements néonataux, certaines études observent que les femmes rapportant un accouchement avec complications (p. ex., utilisation de forceps, ventouse obstétricale), une césarienne d'urgence (Ryding, Wijma, &

Wijma, 2000; Söderquist, Wijma, & Wijma, 2002), ou encore un score d'Apgar moins élevé à la naissance chez leur bébé (Fairbrother & Woody, 2007), ont plus de risque de développer un ÉSPT. D'autres études suggèrent que les attentes et réactions face à l'accouchement peuvent jouer un rôle encore plus important que les événements obstétricaux (Bailham & Joseph, 2003; Czarnocka & Slade, 2000; Keogh et al., 2002). Par exemple, avoir eu peur pour sa vie, pour son intégrité ainsi que pour celles du bébé, ou avoir eu un sentiment de perte de contrôle lors du travail ou de l'accouchement semble être des facteurs en lien avec le développement de l'ÉSPT (Adewuya et al., 2006; Czarnocka & Slade, 2000; Soet et al., 2003; Wijma et al., 1997). La présence de dissociation durant l'accouchement (Olde et al., 2005; Van Son et al., 2005), l'évaluation de la naissance comme étant une expérience négative (Lemola, Stadlmayr, & Grob, 2007; Olde et al., 2005), ainsi que la perception des soins obtenus de la part du personnel et du conjoint pendant l'accouchement comme étant inadéquats (Creedy et al., 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Soet et al., 2003; Wijma et al., 1997) sont aussi des facteurs qui ont été associés à l'ÉSPT postnatal.

#### 1.4.4.3 Les variables post-traumatiques

Les variables post-traumatiques incluent les caractéristiques présentes à la suite de l'ÉT qui peuvent maintenir ou moduler les réactions post-traumatiques. En ce qui concerne les variables post-traumatiques après un accouchement, elles sont peu documentées. Parmi les quelques études ayant évalué ce type de facteurs, la plupart d'entre elles ont trouvé qu'une DPP concomitante (Beck et al., 2011; Olde et al., 2005; Zaers et al., 2008) ainsi que la perception d'un faible soutien social (Lemola et al., 2007; Söderquist et al., 2006) étaient associées au développement d'un ÉSPT après l'accouchement. Plus précisément, l'étude longitudinale de Söderquist et coll. (2006) observe que les femmes aux prises avec un ÉSPT post-accouchement perçoivent le soutien social reçu comme diminuant dans le temps, alors que celles qui n'en présentent pas perçoivent une augmentation du soutien reçu au cours des 11 mois de suivi. Les auteurs apportent l'hypothèse que les symptômes d'ÉSPT peuvent avoir un impact négatif sur les relations interpersonnelles et que ces dernières peuvent donc offrir effectivement moins de soutien qu'auparavant.

## 1.5 Le trouble de dépression majeure

### 1.5.1 Critères diagnostiques

Le trouble de dépression majeure (TDM) est une psychopathologie de l'Axe I faisant partie de la catégorie des troubles de l'humeur du DSM-IV (APA, 1994, 2000). La nouvelle version du DSM-5 (APA, 2013) n'a pas modifié les critères diagnostiques retrouvés dans l'ancienne version, mis à part certaines clarifications par rapport à la notion de deuil, de diagnostic différentiel et aux antécédents de manie. Les critères diagnostiques du TDM du DSM-IV-TR (APA, 2000) et du DSM-5 (APA, 2013) se retrouvent à l'appendice A. La caractéristique essentielle de l'épisode dépressif majeur est une humeur dépressive et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir ressentie presque toute la journée, presque à chaque jour et ce, durant au moins deux semaines consécutives. La tristesse et/ou l'anhédonie (incapacité d'éprouver du plaisir) doivent être accompagnées d'un minimum de quatre autres symptômes pour poser un diagnostic de TDM. Des symptômes tels que des changements au niveau de l'appétit (un gain ou perte de poids), des perturbations du sommeil (l'insomnie ou l'hypersomnie), la fatigue ou la perte d'énergie, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessif, une diminution de la capacité à réfléchir ou à prendre des décisions et la présence d'idées suicidaires. Pour émettre le diagnostic du TDM, il importe que les symptômes entraînent une détresse marquée ou une altération du fonctionnement importante chez la personne.

### 1.5.2 Vue d'ensemble des données épidémiologiques

Aux États-Unis, la prévalence du TDM est estimée respectivement à 16,2% et 6,6% pour la prévalence à vie et à 12 mois (Kessler et al., 2003). La dépression toucherait davantage les femmes avec une prévalence à vie se situant entre 10 et 25% pour celles-ci comparativement à une prévalence évaluée entre 5 et 12 % pour les hommes (APA, 2000). Plus précisément, les femmes seraient environ 2 fois plus à risque que les hommes de développer un épisode de dépression majeure au cours de leur vie. Il s'agirait surtout d'un plus grand risque d'apparition du premier épisode, et non un risque associé à la persistance du trouble ou encore à sa récurrence (Kessler, 2003).

Le TDM peut débuter à tout âge, mais il semble y avoir un pic d'apparition entre 18 et 43 ans, ce qui correspond à la période où les femmes sont en âge de procréer, avec un âge médian d'apparition de 30 ans (Kessler, Berglund, et al., 2005). L'évolution des symptômes du TDM est variable. La recension des écrits de Richards (2011) observe que la majorité des personnes aux prises avec un TDM se rétablissent à l'intérieur d'un an, alors qu'un certain groupe de personnes ne montre aucun signe de rémission, et ce, même après plus de cinq ans. Cette même recension souligne également que plus la durée de l'épisode est longue, moins sont grandes les probabilités de rétablissement par la suite (Richards, 2011). L'étude d'Eaton et ses collaborateurs (2008) ayant évalué l'évolution naturelle des symptômes dépressifs pendant 23 ans, observe que 50% des gens présentant un premier épisode de dépression majeure se rétablissent sans présenter d'autres épisodes par la suite, que 15% présentent une dépression chronique dans le temps, et que 35% présentent des épisodes récurrents. Finalement, il semblerait que le nombre d'épisodes antérieurs prédit la survenue d'épisodes dépressifs majeurs ultérieurs, les sujets ayant déjà présenté deux épisodes ayant un risque de 70% d'en présenter un troisième (APA, 2000).

### 1.5.3 Le trouble dépressif mineur

La dépression mineure ou sous-clinique est définie comme un trouble dépressif dont les symptômes sont en nombre insuffisant (au moins deux mais moins de cinq) pour diagnostiquer un TDM. La durée est la même pour les deux troubles, mais la dépression mineure entraîne une déficience moindre. Ce trouble se retrouve dans l'annexe B du DSM-IV-TR (APA, 2000) intitulée « Critères et axes proposés pour des études supplémentaires ». Dans les études, une dépression mineure non traitée a été reconnue comme pouvant prédire le développement éventuel d'une dépression majeure (Cuijpers, de Graaf, & van Dorsselaer, 2004; Fogel, Eaton, & Ford, 2006). Elle a aussi été associée avec une moins bonne qualité de vie, une altération significative du fonctionnement, davantage de comorbidité, un moins bon état de santé général, et une plus grande utilisation des services de soins de santé (Cuijpers et al., 2004; Judd, Paulus, Wells, & Rapaport, 1996; Wagner et al., 2000). En ce qui concerne la population post-partum, l'étude de Weinberg et al. (2001) a démontré que les femmes présentant une dépression sous-clinique rapportaient un fonctionnement psychosocial

similaire aux femmes avec une dépression majeure (p. ex., la présence d'émotions négatives et d'anxiété, une faible estime de soi, et une moins grande confiance en leur rôle maternelle).

## 1.6 La dépression post-partum

### 1.6.1 Spécificité et symptomatologie

À l'heure actuelle, la DPP ne fait pas l'objet d'un diagnostic spécifique dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). La DPP s'inscrit plutôt sous la forme d'une spécification précisant le contexte d'apparition des symptômes dépressifs se greffant ainsi au diagnostic de TDM. Les critères diagnostiques d'une dépression débutant dans la période post-partum sont donc les mêmes que ceux retrouvés dans une dépression apparaissant dans un autre contexte de vie. Bien que les symptômes dépressifs observés en période postnatale ne soient pas spécifiques à cette période, il est tout de même possible de relever certaines caractéristiques propres à la DPP (APA, 2000; Gale & Harlow, 2003; Goodman, 2004). Les symptômes dépressifs du post-partum s'accompagnent souvent d'une labilité ou d'une variabilité de l'humeur, d'une forte irritabilité, d'une anxiété intense surtout en ce qui a trait au bien-être de l'enfant, et d'un important sentiment de culpabilité. La culpabilité est souvent reliée au thème de l'incompétence maternelle et se présente fréquemment sous la forme de ruminations. Les attitudes maternelles envers le bébé sont très variables, mais peuvent comprendre un désintérêt face à l'enfant, une peur d'être seule avec celui-ci ou une sur-stimulation empêchant un repos adapté de l'enfant. Les symptômes de DPP peuvent engendrer une détresse importante et ainsi favoriser l'apparition d'idées suicidaires ou morbides. L'évolution des symptômes dépressifs vers des symptômes de nature psychotique est aussi possible.

Il est important de distinguer la DPP des réactions transitoires souvent appelées le *baby blues* qui peuvent affecter jusqu'à 80% des femmes au cours des premiers 10 jours suivants l'accouchement. Les symptômes incluent une labilité de l'humeur, de l'irritabilité, de l'insomnie, de l'anxiété et une sensibilité interpersonnelle. Ces symptômes sont normaux et ils concordent bien souvent avec une chute hormonale importante, ainsi qu'une période de

stress et de fatigue accrus. Dans la plupart des cas, les symptômes s'estompent d'eux-mêmes sans qu'il y ait d'intervention (Kumar, 1994; O'Hara & Segre, 2008; Patel et al., 2012).

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), la spécification « avec début lors du post-partum » ne peut s'appliquer que si le début de la dépression apparaît au cours des 4 premières semaines après l'accouchement. Le délai de 4 semaines post-partum n'a pas été modifié dans le DSM-5 (APA, 2013). Néanmoins, cette définition ne reflète pas l'opinion de l'ensemble des chercheurs et cliniciens qui situent plutôt la période post-partum comme s'échelonnant sur la première année suivant l'accouchement (Almond, 2009; Austin, 2010). Bien que pour la majorité des femmes la DPP débute dans les premières semaines ou premiers mois du post-partum, elle peut débuter plus tardivement chez d'autres (p. ex., entre 6 et 12 mois post-partum) (Goodman, 2004). Il semble qu'entre 50 et 70% des femmes voient leurs symptômes de dépression apparaître à l'intérieur des trois mois suivant l'accouchement alors que pour 5 à 30%, ils débuteraient après cette période (McIntosh, 1993; Small, Brown, Lumley, & Astbury, 1994).

#### 1.6.2 Prévalence et évolution des symptômes

Plusieurs auteurs ont tenté d'établir la prévalence de la DPP. La méta-analyse d'O'Hara et Swain (1996) évalue le taux de prévalence moyen de la DPP autour de 13%. D'autres rapportent un taux de dépression mineure ou majeure variant entre 6,5 et 12,9% au cours de la première année du post-partum avec un taux le plus élevé à 3 mois pour diminuer graduellement par la suite (Gavin et al., 2005; Gaynes et al., 2005). Une étude canadienne récente rapporte un taux de prévalence de 8% à 12 semaines post-partum (Dennis, Heaman, & Vigod, 2012). Certaines études estiment que le taux de prévalence de la dépression périnatale est similaire aux taux de dépression retrouvés chez les femmes du même groupe d'âge à un autre moment de leur vie (Cooper, Campbell, Day, Kennerley, & Bond, 1988; Cox, Murray, & Chapman, 1993; O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990). D'autres études observent toutefois que la période postnatale semble être une période de plus grand risque pour le déclenchement d'une DPP, avec un risque évalué entre 1 fois et demie à 3 fois plus important (Cox et al., 1993; Vesga-López et al., 2008).

Plusieurs femmes semblent se remettre d'une DPP dans les premiers mois du post-partum. D'autres cependant, peuvent prendre plus d'un an avant de se rétablir si elles ne sont pas traitées que ce soit par l'obtention d'un traitement pharmacologique ou sur la base d'une psychothérapie (Brockington, 1996). Une équipe de chercheurs ont retrouvé le même taux de prévalence (13%) de la DPP entre 5 à 8 semaines et à 6 mois après l'accouchement (Josefsson, Berg, Nordin, & Sydsjo, 2001). Selon d'autres auteurs, pratiquement la moitié des femmes déprimées durant les premiers 3 mois du post-partum le seraient encore 4 à 12 mois plus tard (Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996). Le temps ou le délai avant l'obtention d'un traitement adéquat est un facteur important dans la durée de la DPP (England, Ballard, & George, 1994).

### 1.7 La dépression périnatale

Selon Austin (2010), jusqu'à 30 à 40% des symptômes dépressifs débuteraient pendant la grossesse. D'ailleurs, le terme « post-partum » dans la spécification « avec début lors du post-partum » du DSM-IV-TR (APA, 2000) a été remplacé par le terme « *peripartum* » dans le DSM-5 (APA, 2013) afin de souligner cet aspect. En fait, la plupart des études prospectives ayant étudié à la fois la dépression pré- et postnatale démontrent que les symptômes de dépression sont plus prévalents ou plus sévères durant la grossesse comparativement à la période du post-partum (Evans, Heron, Francomb, Oke, & Golding, 2001; Felice, Saliba, Grech, & Cox, 2004; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Lee et al., 2007; Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006; O'Hara, Neunaber, & Zekoski, 1984). D'autres estiment que le taux de dysphorie (mesurée par l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* ; EPDS) en fin de grossesse serait similaire à celui obtenu en période postnatale (Austin, 2010). En fait, les études prospectives situent le taux de prévalence de la dépression avec un début spécifique en post-partum entre 3,4 et 4,9% (Felice et al., 2004; Gotlib, Whiffen, Mount, Milne, & Cordy, 1989; Gotlib, Whiffen, Wallace, & Mount, 1991; Heron et al., 2004; Sutter-Dallay, Cosnefroy, Glatigny-Dallay, Verdoux, & Rasclé, 2012). En ce qui concerne la grossesse, le taux de prévalence de la dépression mineure ou majeure se situe entre 8,5 et 11% avec un taux plus élevé dans le premier trimestre (Gavin et al., 2005; Gaynes et al., 2005; Melville, Gavin, Guo, Fan, & Katon,

2010). L'étude de Lee et al (Lee et al., 2007) observe une diminution de la sévérité des symptômes de dépression entre le premier et deuxième trimestre de grossesse et une augmentation dans le troisième trimestre (sévérité plus grande au premier et troisième trimestre).

## 1.8 Les facteurs de risque

### 1.8.1 La dépression durant la grossesse

Lancaster et ses collègues (2010) ont recensé différents facteurs de risque ayant été associés à une dépression prénatale dans la littérature. Parmi ceux-ci, la présence d'anxiété concomitante, d'événements de vie stressants, de violence conjugale, de difficultés dans la relation conjugale, d'un soutien social restreint, d'un historique de dépression, et d'une grossesse non planifiée, se sont avérés être parmi les facteurs les plus fortement associés à une dépression présente durant la grossesse. D'autres facteurs de risque, tels qu'un plus jeune âge de la mère (Melville et al., 2010), une citoyenneté étrangère ou faire partie d'un groupe ethnique/race spécifique (Giardinelli et al., 2012; Melville et al., 2010; Mora et al., 2009), une faible estime de soi (Leigh & Milgrom, 2008), un style de pensées négatif (Leigh & Milgrom, 2008), une histoire d'abus (Leigh & Milgrom, 2008; Rodgers, Lang, Twamley, & Stein, 2003), ainsi que la présence de problèmes de santé chronique (Melville et al., 2010), et d'antécédents obstétricaux (Rubertsson, Waldenström, & Wickberg, 2003) ont aussi été reliés à une dépression prénatale. Les facteurs en lien avec le statut marital et socio-économique ont été associés à la dépression prénatale, mais d'une façon moins constante ou avec une ampleur de l'effet faible (Lancaster et al., 2010).

### 1.8.2 La dépression post-partum

Les facteurs de risque associés à la DPP sont nombreux et ont largement été étudiés. Des méta-analyses ont été effectuées afin d'estimer l'ampleur de l'effet relative à chacun des prédicteurs (Beck, 1996, 2001; O'Hara & Swain, 1996; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004). Le tableau B.2 (voir l'appendice B) offre un résumé des amplitudes de l'effet

associées aux principaux prédicteurs étudiés dans ces méta-analyses. Parmi les facteurs recensés, un historique de dépression, la présence d'une dépression et d'anxiété prénatale, l'expérience d'événements stressants, un faible soutien social, un style d'attribution cognitive négatif, une faible estime de soi, une moins grande satisfaction maritale, et un stress élevé relié aux soins de l'enfant, ce sont avérés être les facteurs les plus fortement associés à la DPP (c.-à-d., taille d'effet moyenne à forte) (Beck, 2001; Robertson et al., 2004). Une étude australienne de grande envergure ( $n = 35\ 374$ ) identifie également une dépression anténatale, un historique de dépression ainsi qu'un faible soutien de la part du partenaire comme étant les facteurs les plus fortement associés à une DPP (Milgrom et al., 2008).

D'autres facteurs en lien avec une citoyenneté étrangère, et le fait de ne pas allaiter (Davey, Tough, Adair, & Benzies, 2011), un stress parental élevé (Leigh & Milgrom, 2008), ou un faible sentiment d'auto-efficacité parentale (Davey et al., 2011; Haslam, Pakenham, & Smith, 2006), une peur de l'accouchement prénatale (Söderquist, Wijma, Thorbert, & Wijma, 2009) ont aussi été associés à une DPP. Les facteurs en lien avec le statut marital et socio-économique ont été associés à la dépression postnatale, mais d'une façon moins constante ou avec une plus petite taille d'effet (Beck, 2001; Robertson et al., 2004).

Malgré les nombreux facteurs de risque recensés, très peu d'études ont exclu les cas de dépression prénatale dans leurs analyses, ce qui introduit un biais et ne permet pas d'identifier les facteurs de risque reliés à une dépression débutant spécifiquement durant la période post-partum. Parmi les études qui l'ont fait, un trouble psychiatrique antérieur, une obésité prénatale et le fait de vivre seule (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulff, Åström, & Bixo, 2006), une moins bonne perception des soins parentaux reçus dans l'enfance et une symptomatologie dépressive prénatale élevée (Gotlib et al., 1991), ainsi qu'un recours à des techniques de reproduction artificielle (Giardinelli et al., 2012) se sont avérés prédire les nouveaux cas de dépression se développant durant la période post-partum.

Finalement, un nombre restreint d'études semble avoir comparé les facteurs de risque propres à une dépression présente durant la grossesse à ceux associés au post-partum (Giardinelli et al., 2012; Kitamura et al., 2006; Leigh & Milgrom, 2008; Limlomwongse &

Liabsuetrakul, 2006; Mora et al., 2009). Leigh et Milgrom (2008) identifient une dépression prénatale, un historique de dépression, et un niveau de stress parental plus élevé comme facteurs de risque spécifiques à la DPP. Celle de Mora et al. (2009) cible la cooccurrence de troubles, le fait d'avoir d'autres enfants à la maison, et un niveau moins élevé d'éducation comme facteurs spécifiques à la DPP, alors que l'ambivalence face à la grossesse a été identifiée comme un facteur spécifique à une dépression prénatale. Finalement, les études asiatiques observent que l'insatisfaction reliée au sexe du bébé ou encore le fait de ne pas pratiquer de religion sont des facteurs de risque spécifiques à la DPP (Kitamura et al., 2006; Limlomwongse & Liabsuetrakul, 2006).

### 1.9 Les limites des connaissances actuelles

Ce n'est que tout récemment que l'ÉSPT relié à l'accouchement a suscité l'intérêt des chercheurs. À notre connaissance, il existe qu'une seule étude canadienne s'étant intéressée à cette problématique et aucune étude effectuée auprès des Québécoises. À ce jour, la plupart des recherches dans ce domaine ont tenté de déterminer les taux de prévalence ainsi que les facteurs de risque associés à cette condition. Toutefois, les résultats des études sont parfois ambigus et il existe peu de consistances quant à l'importance relative associée aux facteurs de risque recensés. De plus, peu d'études ont évalué l'évolution des symptômes dans le temps. En ce qui concerne la DPP, peu d'études ont pris soin d'identifier les nouveaux cas de dépression survenant spécifiquement en post-partum. Celles qui l'ont fait, rapportent des taux de prévalence inférieurs suggérant qu'une partie des femmes pourraient déjà être déprimées durant la grossesse. De plus, bien que la littérature scientifique sur la DPP est beaucoup plus vaste que celle sur l'ÉSPT, certains facteurs de risque ont été très peu étudiés à ce jour, tels que l'évaluation de l'expérience de l'accouchement en comparaison aux attentes ainsi que le sentiment d'efficacité parental.

Plusieurs limites conceptuelles et méthodologiques existent dans les études présentées rendant difficile de s'assurer de l'exactitude des taux et des facteurs de risque rapportés et pouvant expliquer le manque de constances observées dans les résultats obtenus à ce jour. Une des principales limites repose sur l'absence d'évaluation systématique des

symptômes d'ÉSPT ou la dépression durant la grossesse, ce qui rend difficile de déterminer si l'ÉSPT ou la dépression est une conséquence directe de l'accouchement ou de la période postnatale. En ce qui concerne l'ÉSPT, seulement deux études se sont intéressées à son incidence en évaluant les symptômes d'ÉSPT durant la grossesse. En ce qui a trait à la DPP, les études prospectives existent, mais elles sont peu nombreuses. De plus, la différence entre les taux de DPP obtenus selon la méthodologie des études souligne l'importance d'étudier de façon prospective le cours de la dépression à travers la période périnatale afin de distinguer les cas débutant en post-partum de ceux débutant durant la grossesse. En dehors de l'exactitude des taux rapportés, l'absence d'évaluation prospective limite également notre habilité à conclure à propos des facteurs de risque prénataux, car l'évaluation rétrospective peut engendrer un biais de mémoire dans la réponse aux questionnaires. Par exemple, une femme déprimée durant la période post-partum pourrait avoir l'impression de ne pas avoir eu suffisamment de soutien durant sa grossesse (les symptômes de dépression engendrant bien souvent une vision plus négative de soi-même, des autres et du monde) alors que ce n'était pas tout à fait sa perception à ce moment précis. Seul un devis prospectif permet de soutenir que les facteurs prénataux prédisent réellement l'apparition d'une difficulté postnatale.

La façon de mesurer et de conceptualiser le construit à l'étude, dans ce cas-ci l'ÉSPT et la dépression s'avère cruciale quand vient le temps de comparer les études entre elles. En fait, certaines études se sont penchées sur la présence de diagnostic qu'il soit complet ou partiel, d'autres ont utilisé un point de coupure à partir d'un questionnaire auto-rapporté afin de déterminer une intensité se rapprochant d'un diagnostic clinique, et d'autres ont identifié la présence de symptômes sans nécessairement respecter tous les critères diagnostiques (p. ex., sans inclure le critère A dans le cas de l'ÉSPT). Les études diffèrent également quant au choix d'instruments utilisés (p. ex., entrevue structurée versus questionnaires auto-rapportés), aux moments de mesure choisis, et quant au type de taux rapporté (p. ex., prévalence périodique ou ponctuelle versus incidence). De plus, certains auteurs ont utilisé des instruments qui n'ont pas nécessairement été validés. À ce jour, seulement deux études à travers le monde ont utilisé une entrevue semi-structurée afin d'évaluer de façon spécifique un diagnostic d'ÉSPT à la suite d'un accouchement. En ce qui concerne la DPP, plusieurs auteurs ont utilisé des instruments non adaptés pour évaluer la spécificité d'une dépression se

présentant dans un contexte post-partum, ce qui peut remettre en question la validité des résultats obtenus sur la base de ces questionnaires. L'EPDS, un des questionnaires les plus utilisés à ce jour, a été validé pour dépister la DPP. Cet instrument cible les symptômes spécifiques à la période post-partum et y exclut les symptômes somatiques probables qui sont fréquents chez les nouvelles mères (p. ex., problèmes de sommeil, perte de poids, baisse de désir sexuel). Outre le type de devis et la façon d'opérationnaliser le construit étudié, d'autres aspects méthodologiques sont à considérer tels que le manque de rigueur dans plusieurs études, l'existence d'interactions non mesurées entre les variables, la difficulté à isoler certaines variables, l'utilisation d'une taille échantillonnale non suffisante, ou encore une évaluation des facteurs de risque basée sur de simples corrélations plutôt que des analyses multivariées.

Des études prospectives et longitudinales sont nécessaires afin d'obtenir plus de précision quant au développement d'un ÉSPT et d'une dépression en période postnatale, et d'identifier les facteurs prévisionnels propres à chacune de ses difficultés. Une meilleure reconnaissance des facteurs de risque propres à l'ÉSPT et aux nouveaux cas de dépression en post-partum nous permettrait d'identifier les femmes plus efficacement et de leur offrir des interventions précoces et adaptées.

#### 1.10 Objectifs de la thèse

Ce projet de recherche vise à déterminer de manière prospective le taux de femmes rapportant des difficultés psychologiques à la suite de l'accouchement, plus particulièrement l'ÉSPT et la DPP. Il a aussi pour but d'évaluer les facteurs de risque associés à chacune de ces difficultés tout en tentant de pallier certaines lacunes méthodologiques existantes dans les écrits scientifiques actuels. L'échantillon de cette étude représente les femmes donnant naissance de manière générale sans égard au fait qu'elles ont une grossesse à risque ou qu'elles donnent naissance pour la première fois. Ce projet de recherche a été subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada et a reçu l'approbation d'un comité d'éthique (*voir l'appendice C*).

Les objectifs spécifiques de la première étude visent à : 1) estimer l'incidence et l'évolution des symptômes de stress post-traumatique (ÉSPT complet et partiel) à 1, 3 et 6 mois suivant l'accouchement en utilisant une entrevue semi-structurée et un questionnaire auto-rapporté; 2) identifier de manière prospective les facteurs de risque associés au développement de symptômes de stress post-traumatique à 1 mois suivant l'accouchement. Les hypothèses sous-tendent que : 1) la proportion de femmes rapportant un ÉSPT diminuera dans le temps; 2) certains facteurs prétraumatiques (p. ex., une sensibilité à l'anxiété plus grande), l'évaluation subjective en ce qui concerne l'expérience de l'accouchement, ainsi que les événements obstétricaux ou néonataux prédiront les cas d'ÉSPT à 1 mois post-partum.

Les objectifs de la deuxième étude tentent : 1) d'évaluer la prévalence de l'humeur dépressive dans le troisième trimestre de la grossesse et à 3 mois post-partum; 2) d'identifier les facteurs de risque associés à une humeur dépressive présente durant la grossesse; 3) de déterminer de manière prospective les facteurs de risque associés à une humeur dépressive débutant spécifiquement durant la période de post-partum. Les hypothèses cherchent à vérifier que : 1) pour 30-40% des femmes déprimées durant la période post-partum, l'humeur dépressive aura débuté pendant la grossesse; 2) les facteurs de risque durant la grossesse seront davantage en lien avec un soutien social restreint et la présence d'anxiété concomitante. Ceux spécifiques à la période du post-partum seront davantage en lien avec une humeur dépressive existante en période prénatale et des facteurs en lien avec l'adaptation au rôle parental.

## CHAPITRE II

L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE À LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT:  
UNE ÉTUDE PROSPECTIVE SUR L'INCIDENCE ET LES FACTEURS DE RISQUES  
AUPRÈS DE FEMMES CANADIENNES (ARTICLE I)

PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian  
women

Nancy Verreault, M.Ps.<sup>a, b, \*</sup>

Deborah Da Costa, Ph.D.<sup>a, c</sup>

André Marchand, Ph.D.<sup>b</sup>

Kierla Ireland, M.A.<sup>a</sup>

Hailey Banack, M.A.<sup>a, c</sup>

Maria Dritsa, Ph.D.<sup>a</sup>

Samir Khalifé, M.D.<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Division of Clinical Epidemiology, McGill University Health Centre, Montreal, Canada

<sup>b</sup> Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada

<sup>c</sup> Department of Medicine, McGill University, Montreal, Canada

<sup>d</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital,  
Montreal, Canada

Published in *Journal of Psychosomatic Research* Volume 73, Issue 4, October  
2012, Pages 257-263.

---

\* Corresponding author: Nancy Verreault; Division of Clinical Epidemiology, McGill University Health Centre, 687 Pine Ave West, Montreal, QC H3A 1A2, Canada; e-mail: verreault.nancy@courrier.uqam.ca; phone: (514) 934-1934 ext: 44723; fax: (514) 934-8293.

## Résumé

**Objectif :** Les objectifs de la présente étude visent à estimer l'incidence et l'évolution des symptômes de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) complets et partiels après un accouchement et à identifier, de façon prospective, les facteurs associés à 1 mois suivant l'accouchement. **Méthodes :** L'échantillon comprend 308 femmes, avec des évaluations à quatre moments de mesure: 25-40 semaines de gestation, 4-6 semaines après l'accouchement, 3 et 6 mois post-partum. L'ÉSPT actuel et passé a été évalué à l'aide d'une entrevue clinique structurée pour le DSM-IV (SCID-I) et l'Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique (ÉMST). **Résultats :** Les taux d'incidence de l'ÉSPT et des symptômes d'ÉSPT (complets ou partiels) varient en fonction du temps de mesure et de l'instrument utilisé. Les taux les plus élevés ont été obtenus à l'aide de l'ÉMST à 1 mois suivant l'accouchement (7.6% et 16.6%, respectivement). La régression logistique multivariée démontre que les facteurs suivants prédisent la présence de symptômes d'ÉSPT 1 mois après l'accouchement : une sensibilité à l'anxiété plus élevée (RC = 1.75; IC 95% = 1.19-2.57,  $p = .005$ ), un historique de traumatisme sexuel (RC = 2.81; IC 95% 1.07 à 7.37,  $p = .036$ ), une expérience de l'accouchement vécue plus négativement qu'attendu (RC = 0.96; IC 95% = 0.94 à 0.98,  $p = .001$ ), et un soutien social jugé comme moins disponible à 1 mois post-partum (RC = 0.40; IC 95% = 0.17 à 0.96,  $p = 0,041$ ). **Conclusion :** Nos résultats indiquent que les antécédents de traumatismes sexuels et la présence de sensibilité à l'anxiété peuvent augmenter la probabilité d'apparition de symptômes d'ÉSPT après l'accouchement. Les résultats mettent en évidence l'importance du dépistage et de l'offre de services plus adaptés pour les femmes à haut risque.

**Mots-clés:** accouchement; incidence; étude prospective; ÉSPT; facteurs de risque

## Abstract

**Objective:** The goals of the present study were to estimate the incidence and course of full and partial Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms following childbirth and to prospectively identify factors associated with the development of PTSD symptoms at 1 month following childbirth. **Methods:** The sample comprised 308 women, with assessments at four time points: 25-40 weeks gestation, 4-6 weeks postpartum, 3 and 6 months postpartum. Current and prior PTSD were assessed by the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) and the Modified PTSD Symptom Scale Self-Report (MPSS-SR). **Results:** Incidence rates of PTSD and PTSD symptoms varied according to time of measurement and instrument used, with higher rates of full and partial PTSD symptoms using the MPSS-SR at 1 month postpartum (7.6% and 16.6%, respectively). Multivariate logistic regression showed that higher anxiety sensitivity (OR = 1.75; 95% CI = 1.19-2.57,  $p = .005$ ), history of sexual trauma (OR = 2.81; 95% CI = 1.07-7.37,  $p = .036$ ), a more negative childbirth experience than expected (OR = 0.96; 95% CI = 0.94-0.98,  $p = .001$ ), and less available social support at 1 month postpartum (OR = 0.40; 95% CI = 0.17-0.96,  $p = .041$ ) independently predicted full or partial PTSD symptoms at 1 month following childbirth. **Conclusion:** Our results indicate that a history of sexual trauma and anxiety sensitivity can increase the probability of developing PTSD symptoms after childbirth. The findings highlight the importance of screening and providing more tailored services for women at high risk.

**Keywords:** Childbirth; Incidence; Prospective; PTSD; Risk factors

## 2.1 Introduction

Childbirth has recently been recognized as an event that could be perceived as traumatic and consequently trigger a Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) reaction [1]. Studies suggest that between 0 and 6.9% of women fulfill criteria for PTSD at 4 to 10 weeks post-delivery, while 1.5 to 33.1% of women may be partially symptomatic in this time period [2-5]. PTSD prevalence rates reported between 3 and 12 months post-delivery range from 0.9 to 14.9% [5, 6]. The few studies that assessed the course of PTSD symptoms have shown conflicting results. Ayers and Pickering [2] reported that PTSD symptoms decrease over time, while others suggest that symptoms increase over the first postpartum year [5, 7].

Partial or subthreshold PTSD refers to the presence of PTSD symptoms below the threshold for Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR) [8] diagnosis. There is accumulating evidence to suggest that partial PTSD is associated with substantial functional impairment, comorbidity, higher rates of suicidal ideation, increased healthcare utilization, and more work absences [9-11]. Discounting the importance of partial PTSD may result in neglecting a subgroup who display significant distress, functional impairment and who may be at risk for developing full PTSD.

The risk factors associated with the development of PTSD symptoms post-delivery can be categorized primarily into vulnerability-related, trauma-related, and postpartum factors. Among variables present at delivery, nulliparity [12, 13], low socioeconomic status [12, 14], perception of poor social support during pregnancy [14], history of psychological/psychiatric problems [6, 12, 15], sexual trauma [16], trait anxiety or anxiety in late pregnancy [5, 14], higher anxiety sensitivity [17, 18], prepartum depression [3, 6, 19], and severe fear of childbirth [6] have all been associated with the development of PTSD.

Several obstetrical and neonatal variables have also been found to be related to symptoms of PTSD in the postpartum. For example, women reporting instrumental delivery or emergency cesarean section [20, 21] and lower Apgar scores for their baby [18] were at higher risk of developing PTSD. With regard to the childbirth experience, having feared for

one's life or for one's infant's life [12, 14, 15], feelings of loss of control [15, 22], peripartum dissociation [19, 23], rating the birth as a negative experience [23, 24], and perception of inadequate intrapartum care from staff or partner [4, 12, 15] were associated with PTSD. Among the few studies assessing postpartum factors, most have found that postpartum depression [5, 23, 25] and poor social support postpartum [6, 24] were associated with the development of PTSD.

Several conceptual and methodological limitations exist in the literature, making it difficult to accurately estimate PTSD rates in the postpartum period and the risk factors associated with PTSD following childbirth. Firstly, the wide range in the rates for PTSD following childbirth found when comparing across studies may be largely related to differences in the way the traumatic stress response has been conceptualized and measured. Several studies have focused primarily on the presence of PTSD symptoms and have not assessed for the presence of diagnostic criterion A [2, 5, 6, 15]. Moreover, studies have differed in measures used to assess PTSD. All studies to date with the exception of Wenzel et al. [26] and Adewuya et al. [22] have relied exclusively on self-report questionnaires to assess PTSD. Many studies have assessed PTSD symptoms using a wide time span varying from 1 to 12 months following childbirth, making it difficult to distinguish between acute and chronic PTSD [12, 25].

Another limitation in this area is the lack of assessment for the presence of PTSD symptoms prior to childbirth [12, 25, 27, 28]. Some women may have PTSD during pregnancy or a trauma history, making it difficult to determine if PTSD is a direct result of birth. Furthermore, cross-sectional studies and retrospective assessment limit our ability to draw conclusions about risk factors present prior to delivery and may reflect general response biases to questionnaires. Clearly, prospective studies assessing the antecedents and risk factors present during pregnancy are necessary to identify the determinants of PTSD following childbirth.

The goals of the present study were to: (a) estimate the incidence and course of full and partial PTSD at 1, 3, and 6 months following childbirth using a semi-structured interview

and a self-report questionnaire, and (b) prospectively identify factors associated with the development of PTSD symptoms at 1 month following childbirth. We hypothesized that psychosocial vulnerability factors, appraisal of the childbirth experience and the occurrence of labor/delivery and neonatal events would be predictive of PTSD symptoms at 1 month postpartum.

## 2.2 Methods

### 2.2.1 Sample recruitment and procedure

Pregnant women were recruited during their prenatal visit in the waiting room of the offices of obstetrician/gynecologists affiliated with the McGill University Health Centre (MUHC) or at the ultrasound department at the Jewish General Hospital (JGH) in Montreal, Canada. Women were eligible to participate if they were in the late second or third trimester of pregnancy (25-40 weeks), at least 18 years of age and able to communicate in French or English. Only women who met these inclusion criteria were approached. The study was approved by the McGill University Faculty of Medicine Institutional Review Board and the Research Ethics Committee of the JGH.

Data for the study were collected from December 2005 to September 2009. Informed consent was obtained by all women interested in participating. Consenting participants were asked to complete the questionnaire battery and return them by mail at four different time points (third trimester, 4-6 weeks [1 month], 3 months, and 6 months after childbirth). Two weeks following the women's due dates, women were contacted to ascertain date of delivery in order to accurately schedule the telephone interview at 1 month following delivery. The telephone interview inquired about the childbirth experience, drinking behavior/substance abuse, and childbirth-related PTSD symptoms using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). PTSD symptoms and health behavior information were re-assessed via telephone interview at 3 and 6 months following delivery. Three clinical interviewers with a minimum bachelor's degree in psychology were trained on the administration procedures of

the SCID-I by a clinical psychologist. The response rates on outcome variables at each time point are shown in **Figure 1**.

### 2.2.2 Measures

The PTSD Module of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) [29] was used to establish the presence of current (childbirth-related) and past PTSD symptomatology. The SCID-I is a widely used semi-structured clinical interview which is considered the “gold standard” for diagnosing PTSD [30, 31]. Good convergent validity with other PTSD measures such as the PTSD Symptom Scale (PSS) [32] has been reported. The diagnosis of full PTSD was made according to the DSM-IV-TR (i.e., when clusters A to F were endorsed). The criteria A1 was considered endorsed by default. We utilized the definition of partial PTSD employed by Zaers et al. [5] which requires that an individual report one or more symptoms in the re-experiencing cluster and one or more symptoms in the avoidance or the arousal cluster. Women had also to fulfill the criteria A and E. This definition was chosen because it uses more stringent criteria compared to the other studies on childbirth which have tended to define partial PTSD as fulfilling at least one of the symptom clusters (e.g., [14]).

The Modified PTSD Symptom Scale Self-Report (MPSS-SR) [33] is a 17-item measure that assesses the DSM-III-R [34] PTSD symptoms in the past two weeks. The items of the questionnaire were adapted to address childbirth as the traumatizing event. Internal consistency of the MPSS-SR in a clinical population and community populations has been well demonstrated (Cronbach’s alpha = .92 and .97, respectively). Validation studies of this scale against the SCID-I have shown it to be highly reliable and conservative (no false positives) [35, 36]. This scale, in its previous (PSS) and current version, has been the most widely used method of assessing PTSD in studies with women following childbirth, allowing us to make comparisons across studies. Furthermore, it has been widely recommended that combining several PTSD assessment methods results in greater diagnostic sensitivity and specificity [30, 31]. In the present study, a symptom was rated as present if the MPSS-SR item corresponding to the symptom was scored 1 or greater (i.e., the symptom is present at least once a week).

The clusters B to D were required to be endorsed to classify a participant as part of the group with full PTSD symptoms (i.e. non-criteria A event). The definition of partial PTSD symptoms was the same as for the SCID-I, with the exception of criteria A and E. The Cronbach's alpha for this sample was .92 at 1 month postpartum.

The Antenatal Questionnaire inquired about demographics, medical and obstetrical history, history of psychological difficulties, parity, current health status and current pregnancy complications, gestational length and due date.

The Trauma History Questionnaire (THQ) [37] was used at study entry to determine to what extent the participants have been exposed to potentially traumatic events in the past. It consists of 24 items addressing a range of potentially traumatizing events in three areas: crime-related, general disaster and trauma, and unwanted physical and sexual experiences. The THQ has been shown to have good stability over a 2-3 month period for reporting of most events.

The Anxiety Sensitivity Index (ASI) [38] is a 16-item questionnaire assessing fear of anxiety-related sensations. Anxiety sensitivity is viewed in itself as a distinct component of trait anxiety. Unlike trait anxiety which reflects a general tendency to respond fearfully to stressors, anxiety sensitivity is a specific tendency to respond fearfully to anxiety symptoms. Higher scores indicate greater levels of anxiety sensitivity. The scale has been shown to have good psychometric properties [39]. The ASI was completed at study entry. The Cronbach's alpha for this sample was .86.

The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [40] measures how people feel generally (trait anxiety) and how they feel presently (state anxiety), using 20 statements for each form of anxiety. Internal consistency coefficients have been shown to be .92 for the STAI-trait and .81 for the STAI-state. The STAI-trait was completed at study entry, while the STAI-state was administered at each data collection point. The Cronbach's alpha for this sample was .89 for the STAI-trait, and .91 for the STAI-state.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [41, 42], a widely used 10-item scale developed for use in the postpartum period and validated for new mothers, was administered at each data collection point. Items inquire about the mother's mood in the past seven days. A cutoff score of 10 has been shown to have a sensitivity of 84 to 100% and a specificity of 76 to 88% when compared to a diagnosis of minor or major depression using a psychiatric interview such as the SCID-I [43-45]. The Cronbach's alpha for this sample was .82.

The MOS Social Support Survey (MOS-SSS) [46] was administered at each time point. This 7-item scale measures perceived support from one's social network. This measure shows good internal consistency (Cronbach's alpha = .88). In this study, the sum scores were severely negatively skewed, and no transformation resulted in a normal score distribution. The variable was thus dichotomized into two groups: a group with social support almost always available versus not. The Cronbach's alpha for this sample was .90.

The Perception of Care Questionnaire (PCQ) [47] assesses the woman's perception of the technical, affective and communicative aspects of the care provided to them by medical and nursing staff, as well as partner support during the delivery. Higher scores reflect higher satisfaction of the care. The internal consistency for this 22-item scale has been shown to be strong (Cronbach's alpha = .90). The Cronbach's alpha for this sample was .88.

The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) [48]. Version A is a 33-item measure assessing a woman's fears about childbirth. Version B mirrors version A but is designed to assess the women's actual birth experience in relation to their expectations. A difference score was calculated between the two versions. Thus, negative scores represented an experience that was more negative than expectations and positive scores revealed a more positive experience. This scale has been shown to have good psychometric properties [14, 48]. The Cronbach's alpha for this sample was .91 for the Version A, and .93 for the Version B.

The Short Form Health Survey (SF-36) [49, 50]. This well-validated, 36-item self-administered measure of health status, assesses eight aspects of health and well-being (e.g., role limitation, general health, vitality). Higher scores reflect better health status. The subscales can be reduced to two psychometrically sound summary measures representing physical (PCS) and mental (MCS) health components [51].

### 2.2.3 Statistical analyses

Descriptive statistics (means, standard deviations, proportions, skewness, and kurtosis) were calculated for all the variables. The MPSS-SR at 1 month was used as the outcome variable as it has been most widely used in childbirth studies. The sum scores on the MPSS-SR were strongly positively skewed, and it was not possible to normalize the variable; thus, women were classified into two groups: full and partial PTSD symptoms versus those reporting no PTSD. Square root transformations were required to normalize the positively skewed distributions of the ASI, EPDS and STAI-trait while a logarithmic transformation was computed to normalize the STAI-state. The PCQ and the SF-36 were both negatively skewed and required a square and a logarithmic transformation, respectively. The sum score of the WDEQ was normally distributed. Cochran's Q tests were used to measure changes in proportion of women presenting PTSD symptoms across time. Group comparisons were performed using independent t-tests for continuous variables and chi-square tests for categorical variables. Multivariate logistic regression was used to examine the demographic, psychosocial, and delivery characteristics contributing to the presence of partial and full PTSD symptoms at 1 month. The pattern of correlations among the predictor variables was also examined to determine the extent of multicollinearity among predictors. The logistic regression model was constructed using the forced entry method. Statistical analyses were performed using the statistical software SPSS version 18.0.

## 2.3 Results

### 2.3.1 Sample characteristics

The characteristics of the 308 participants included in the study are shown in **Table I**. The mean age of the sample was 32.22 years ( $SD = 4.40$ ; range 19–44) and the mean years of school completed was 16.09 ( $SD = 2.08$ ). Most participants were Caucasian (77.7%), and were married or living with a partner (97%). At study entry, 48.1% ( $n = 148$ ) of the participants were primiparous and the mean number of gestational weeks was 32.67 ( $SD = 3.17$ ). Sixteen percent ( $n = 49$ ) of the women reported a sexual trauma history and 2.9% ( $n = 9$ ) a past PTSD. In terms of complications, 20.5% ( $n = 63$ ) of the women reported at least one complication during their current pregnancy (e.g., high blood pressure, gestational diabetes), 7.8% ( $n = 24$ ) reported at least one complication during delivery (i.e., use of forceps or vacuum), and 27.7% ( $n = 85$ ) reported having a cesarean section.

Based on the MPSS-SR, non-responders at 1 month were more likely to have given birth to twins,  $\chi^2(1, N = 307) = 11.70, p = .001$ , and reported higher trait anxiety,  $t(306) = 2.01, p = .046$ , compared to responders. At 3 months, responders were more likely to have delivered by cesarean compared to the group who did not complete the MPSS-SR,  $\chi^2(1, N = 307) = 4.02, p = .045$ . Women who did not complete the MPSS-SR at 6 months were more likely to be multiparous,  $\chi^2(1, N = 308) = 5.54, p = .019$ , and to have met criteria for PTSD symptoms at 1 month postpartum,  $\chi^2(1, N = 223) = 5.22, p = .022$ , compared to responders.

### 2.3.2 Course of postpartum symptoms

The incidence of PTSD and PTSD symptoms at 3 time points postpartum using the SCID-I and the MPSS-SR is shown in **Table II**. Using the MPSS-SR, the incidence ranged from 4.9 to 7.6% and 4.3 to 16.6% for full and partial PTSD symptoms, respectively. A total of 72 women (26%) met criteria for full or partial PTSD symptoms at some point postpartum. Among them, women can be categorized as follows: 31 with PTSD symptoms at 1 month only; 12 chronic state; 3 delayed onset; 7 symptoms increased; and 4 met criteria at 1 and 6

months but not at 3 months. The means MPSS-SR score were 8.0 (SD = 10.61; max.: 72), 6.86 (SD = 12.48; max.:104) and 5.23 (SD = 9.54; max.:76) at 1, 3 and 6 months postpartum, respectively. Among women meeting full or partial PTSD symptoms criteria on the MPSS-SR, 18 (33.3%), 13 (50%) and 6 (35.3%) also scored above 10 on the EPDS assessed at 1, 3 and 6 months postpartum, respectively.

Using the SCID-I, the incidence ranged from 0 to 1.1% and 1.2 to 3.2% for full and partial PTSD, respectively. A total of 17 women (5.6%) met criteria for full or partial PTSD at some point postpartum. Among the 3 women presenting a full PTSD diagnosis at 1 month, one was classified as chronic at 3 months, one discontinued afterward, and one was not symptomatic at 3 but in the partial group at 6 months. Finally, one woman was a new full PTSD case at 3 months postpartum.

Using Cochran's Q test, we found a significant difference in the proportion of women presenting PTSD symptoms (full or partial) across time using the MPSS-SR,  $Q(2, N = 135) = 21.46, p < .001$ . A pairwise comparison using McNemar's tests revealed that significantly more women presented PTSD symptoms at 1 month compared to 3 and 6 months postpartum ( $p < .001$  and  $p = .001$  respectively). There was no significant difference in the proportion of women presenting PTSD symptoms at 3 months compared to 6 months postpartum ( $p = .549$ ). No difference was found using the SCID-I,  $Q(2, N = 170) = 5.20, p = .074$ .

### 2.3.3 Comparisons between women with and without PTSD symptoms

Women who fulfilled criteria for full or partial PTSD symptoms ( $n = 54$ ) using the MPSS-SR at 1 month postpartum were compared with those reporting no PTSD ( $n = 169$ ) on various psychosocial measures. The women classified in the PTSD symptoms group reported less social support during pregnancy,  $\chi^2(1, N = 223) = 8.20, p = .004$  and at 1 month postpartum,  $\chi^2(1, N = 222) = 15.25, p < .001$ . They also reported higher anxiety sensitivity ( $p < .001$ ), higher trait anxiety ( $p = .001$ ), greater depressed mood scores during pregnancy ( $p = .001$ ) a less positive perception of the care they received during delivery ( $p < .001$ ), a more negative childbirth experience than expected ( $p < .001$ ), and significantly more impairment in

both summary component scores (physical and mental health statuses) of the SF-36 at 1 month postpartum ( $p < .001$  respectively). No difference was found regarding delivery mode,  $\chi^2(1, N = 222) = 2.07, p = .150$ . A summary of the  $t$  tests for the significant variables is shown in **Table III**.

#### 2.3.4 Predictors of PTSD symptoms

Multivariate logistic regression was used to identify factors contributing to an increased likelihood of PTSD symptoms (full or partial) using the MPSS-SR at 1 month following childbirth. The 11 independent variables entered into the model are presented in **Table IV**. The full model containing all predictors was statistically significant,  $\chi^2(11, N = 223) = 74.27, p < .001$ , indicating that the model was able to distinguish between women who were classified as having PTSD symptoms and those who did not at 1 month following childbirth. The model explained between 28.3% (Cox and Snell R square) and 42.3% (Nagelkerke R square) of the variance in the presence of PTSD symptoms, and correctly classified 78.9% of cases. Four variables (i.e., history of sexual trauma, ASI, WDEQ, and MOS-SSS 1 month) were significant predictors of PTSD symptoms. Among women who reported a history of sexual trauma, the odds of developing PTSD symptoms were almost three times greater compared to women who did not report a history of sexual abuse (OR = 2.81; 95% CI = 1.07–7.37,  $p = .036$ ). Moreover, each increase of one point on the ASI and the WDEQ was associated with a 1.75-fold (OR = 1.75; 95% CI = 1.19–2.57,  $p = .005$ ) increase in risk and a 0.96-fold (OR = 0.96; 95% CI = 0.94–0.98,  $p = .001$ ) decrease in risk of developing PTSD symptoms, respectively. The odds of 0.40 (OR = 0.40; 95% CI = 0.17–0.96,  $p = .041$ ) for the MOS-SSS at 1 month postpartum was below 1, indicating that more available social support in the postpartum was protective against the development of PTSD symptoms. When social support during pregnancy was entered into the model as a predictor instead of the values obtained at 1 month postpartum, this variable was no longer significant.

## 2.4 Discussion

In the present study, the incidence of PTSD symptoms at 1 month was 7.6% for full and 16.6% for partial. As expected, incidence rates obtained using the SCID-I were lower than those obtained using the MPSS-SR. The SCID-I is based on clinical judgment and assesses clusters A, E and F, whereas the MPSS-SR does not, hence the rates obtained using the SCID-I are considered more specific to a PTSD diagnosis [32, 52]. Other studies that have measured PTSD symptoms in women at 4 to 6 weeks postpartum using self-report scales have found rates between 5.6 and 6.9% for full PTSD symptoms [2, 4, 5]. Using the same definition of partial PTSD, the rates obtained in the present study were lower than the 28% reported by Zaers et al. [5]. Discrepancies in the rates observed across studies may be largely related to inconsistencies in the way the traumatic stress response has been conceptualized and measured.

In terms of the progression of PTSD symptoms over time, the current study shows a decrease in the proportion of women with PTSD symptoms between 1 month and 3 months postpartum using the MPSS-SR, which is consistent with the findings observed in the study by Ayers and Pickering [2]. While our findings suggest that this decrease is maintained at 6 months postpartum, these findings should be interpreted cautiously given the attrition rate (response rates from 72.4 to 60.1%) and that non-responders at 6 months were more likely to report PTSD symptoms at 1 month postpartum. The present study differs from the results of other studies that report an increase in the rate of PTSD symptoms between 1 and 6 months following childbirth [5, 7].

In the present study, four risk factors were predictive of full or partial PTSD symptoms following childbirth. In terms of antecedent variables, a history of sexual trauma emerged as the strongest predictor of the development of PTSD symptoms. Other studies have reported similar findings showing that women with a previous sexual trauma were at higher risk of experiencing their delivery as traumatic [14], of developing PTSD [13] or an increase in the symptoms of re-experiencing or hyperarousal following childbirth [16]. It may be that for these women childbirth may provoke sensations similar to sexual abuse (e.g.,

feelings of lack of control, same physical location and musculature involved) and thus trigger previously repressed memories of sexual trauma [53, 54].

Higher anxiety sensitivity assessed during pregnancy also emerged as a significant predictor in the development of PTSD symptoms. These results are consistent with the general literature on PTSD [55, 56], as well as childbirth studies [17, 18]. Although anxiety sensitivity can fluctuate with psychological treatment, it is considered a relatively stable, trait-like characteristic that can play a role in both the predisposition to, and maintenance of, symptoms of anxiety [57, 58]. In this study, anxiety sensitivity had a stronger effect size compared to trait anxiety in the univariate analysis perhaps because it is more specific. Further studies are necessary to better understand the components of anxiety sensitivity and their role in the development and maintenance of PTSD following childbirth.

A more negative childbirth experience than expected was also associated with the development of PTSD symptoms. This finding is consistent with those of Soet and colleagues [14] and Söderquist et al. [6] and may be explained in terms of women's expectations and their influence on preparation for childbirth. For example, a woman who is less fearful or less aware of her fears regarding childbirth may feel less of a need to prepare for the experience. In the event that her experience of childbirth is worse than expected, she may feel helpless. Future studies should examine the influence of preparation (e.g., prenatal classes, pain-management strategies) on the development of PTSD after childbirth.

In terms of postpartum factors, more available perceived social support was protective against the development of PTSD symptoms. A longitudinal study by Söderquist and colleagues [6] observed that, in women with postpartum PTSD, perceived social support decreased over time, contrary to women without PTSD. One way of interpreting these findings is that social support may be a good predictor of chronicity in this disorder. Another interpretation is that PTSD symptoms may have a negative impact on relationships, which are consequently perceived as less supportive than before. Further longitudinal studies are needed to corroborate those hypotheses. If the second hypothesis is more valid, then additional support should be provided to women with PTSD to help them recover.

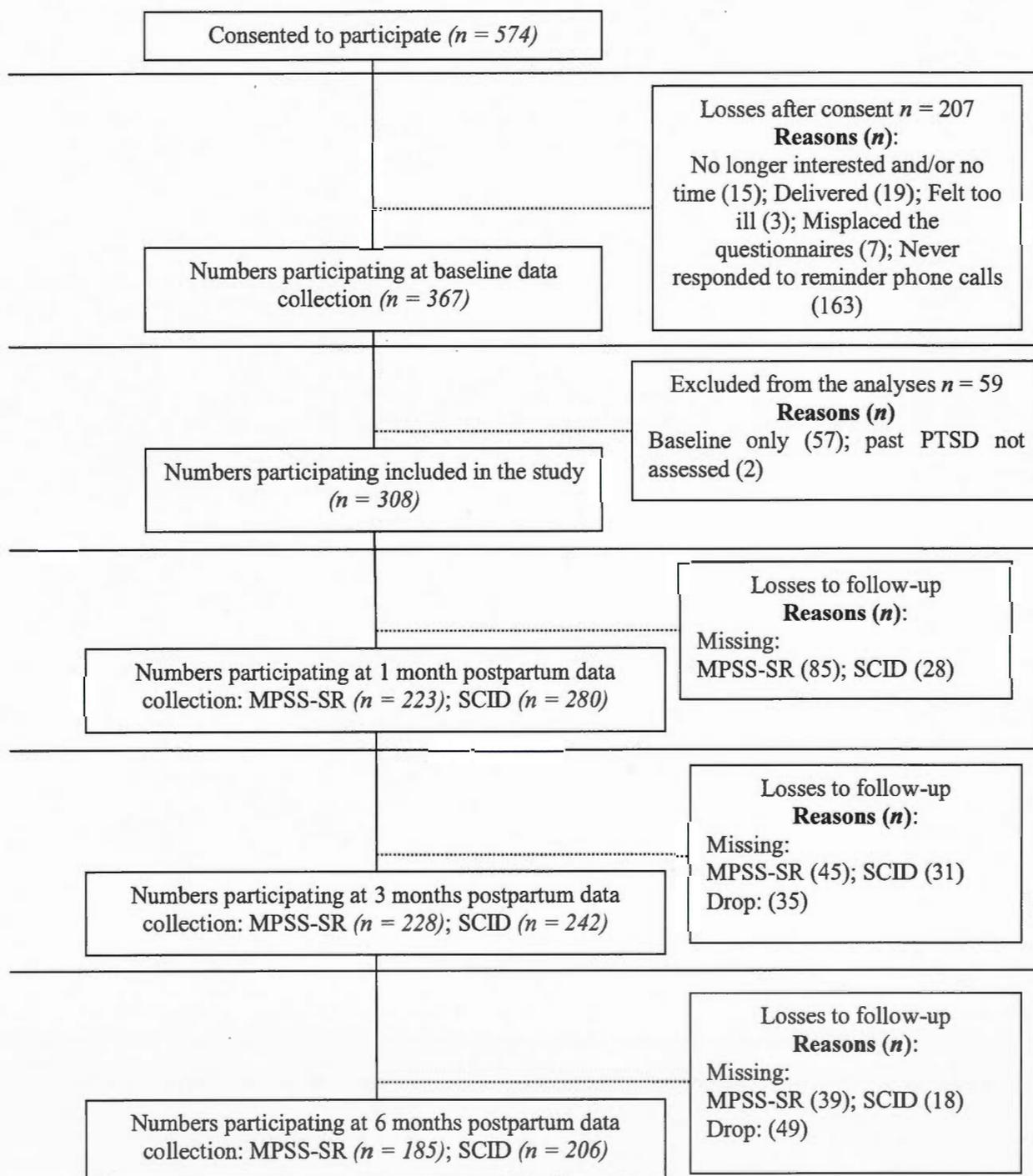
In this study, depression during pregnancy did not emerge as a significant predictor of childbirth-related PTSD symptoms, which is inconsistent with other studies [3, 6, 19]. A possible explanation for this inconsistency may be associated with the way the traumatic stress was measured (continuous score versus specific PTSD symptoms). Common symptoms between PTSD and depression could suggest a state of general distress post-delivery rather than a specific PTSD response. Ayers and colleagues [13] found that intrusive recollections and avoidance are predictors of PTSD, whereas emotional numbing and hyperactivity are strongly associated with depression and anxiety.

Among childbirth-related variables, perception of intrapartum care was not a significant predictor of development of PTSD symptoms, a finding which is in contrast to previous studies [4, 15]. Furthermore, delivery complications and low Apgar score were found to be correlates, but not significant predictors of PTSD symptoms development in the multivariate model. These results are consistent with Söderquist et al.'s [20] hypothesis positing that the fewer the "objective" risks a delivery poses, the more important the role of pre-existing personal variables. Although obstetric events were found to be risk factors in the study by Söderquist et al. [20], those authors noted that most of the women with PTSD had in fact delivered by normal vaginal delivery.

Our study has several limitations, including its observational design, which precludes any definitive conclusions about the direction of a cause and effect relationship. Our sample was more educated [59] and had a higher household income [60] relative to the Canadian population. Therefore the sample is not representative of all women giving birth in Canada. Childbirth experiences were assessed by self-report retrospectively 1 month following the delivery, which may differ from reports obtained immediately following delivery. Using the SCID, the criteria A1 was considered to be endorsed by default and we can not assume that the women felt a threat to their life or to their physical integrity or that of their infant. The logistic regression was performed using the MPSS-SR rather than the SCID. MPSS-SR does not provide a PTSD diagnosis but rather a profile indicating a high likelihood of the disorder. The predictors are thus more related to the presence of a possible diagnosis, which is consistent with most studies in this area.

Despite these limitations, this study shows that full or partial PTSD symptoms can occur following childbirth, which is consistent with the findings of previous studies (e.g., [7, 13]). To our knowledge, this study is the first in Canada to prospectively evaluate the incidence of postpartum PTSD and assess past PTSD using a semi-structured interview over the first 6 months following childbirth. Although the incidence rates found may appear low, it demonstrates that a significant number of women may develop PTSD symptoms in the 4 to 6 weeks following childbirth. In 2008, the number of births in Canada rose to 380,660 [61], 1.1 to 7.6% of which represents 4,188 to 28,931 women nationwide. This does not include those who are only partially symptomatic; for these women rates are as high as 3.2 to 16.6% at 1 month postpartum. Although the proportion of women with PTSD symptoms seems to decrease over time in this study, the impact of PTSD on both the mother and her infant can be considerable.

Our results also showed that antecedent variables including history of sexual trauma and anxiety sensitivity are risk factors for the development of PTSD symptoms following childbirth. For women with a sexual trauma history, it is important to develop interventions for preventing revictimization in traumatized women and for training staff who work with them (e.g., nurses, midwives). To this effect, several recommendations have been put forward in the scientific literature [53, 62]. Screening for anxiety sensitivity and discussing childbirth fears during pregnancy may also be important preventative strategies. For women with high anxiety sensitivity, developing targeted interventions for specific pregnancy and childbirth related worries and fears and teaching stress-management techniques such as relaxation which can be integrated into prenatal classes or internet delivered modules may help women better cope with their anxieties and feel more prepared for childbirth. Psychotherapy could also be used to help women recover from PTSD following childbirth. Although there is limited evidence concerning treatment options for women with childbirth-related PTSD [63], different kinds of psychotherapy (i.e., Cognitive-Behavioral Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing) have been reported to be effective in the general literature on PTSD [64]. Our findings also suggest that PTSD symptoms, in addition to postpartum depression, should be part of routine screening either during mothers' postpartum visits or during infant well-child visit.



**Figure I** Study flow chart to clarify participation.

**Table I**  
*Demographic, psychosocial, and delivery characteristics of the study participants (n = 308)*

	Mean (SD) / %
Age (years)	32.21 (4.40)
Education (years)	16.09 (2.08)
Household income <sup>a</sup>	5.34 (2.00)
Married/cohabiting	97.1%
Primiparous	48.1%
History of sexual trauma (n)	15.9% (49)
Past PTSD (n)	2.9% (9)
Gestational weeks	32.67 (3.17)
Pregnancy complications (n)	20.5% (63)
ASI	13.33 (9.15)
STAI trait	36.22 (8.76)
EPDS	6.95 (4.42)
MOS-SSS	23.06 (4.89)
WDEQ	5.96 (21.51)
Cesarean (n)	27.7% (85)
Forceps or vacuum (n)	7.8% (24)
Apgar score 1 minute	8.45 (1.25)

*Notes.* ASI = Anxiety Sensitivity Scale. STAI = State-Trait Anxiety Inventory. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. MOS-SSS = MOS Social Support Survey. WDEQ = Delivery Expectancy/Experience Questionnaire.

<sup>a</sup> Household income scale 1-8 e.g., 4 = \$41,000-\$60,000; 5 = \$61,000-\$80,000.

**Table II**

*Rates of full and partial PTSD symptoms in women at 3 time points during the first 6 months following childbirth*

<b>Time point following childbirth</b>	<b>1 month</b>	<b>3 months</b>	<b>6 months</b>
	<i>No. (%)</i>	<i>No. (%)</i>	<i>No. (%)</i>
<b>MPSS-SR (n)</b>	223	228	185
Full PTSD symptoms	17 (7.6)	14 (6.1)	9 (4.9)
Partial PTSD symptoms	37 (16.6)	12 (5.3)	8 (4.3)
Total	54 (24.2)	26 (11.4)	17 (9.2)
<b>SCID-I (n)</b>	280	242	206
Full PTSD	3 (1.1)	2 (0.8)	0 (0.0)
Partial PTSD	9 (3.2)	3 (1.2)	6 (2.9)
Total	12 (4.3)	5 (2.1)	6 (2.9)

*Notes.* SCID-I = Structured Clinical Interview for DSM-IV. MPSS-SR = Modified PTSD Symptom Scale Self-Report. Partial PTSD symptoms = One symptom of the re-experiencing cluster and one symptom of the avoidance or the arousal cluster exist. For the SCID-I, women had to fulfill the criteria A and E. The rates were calculated using data available at different time points and are given as descriptive only. Caution should be used when comparing rates.

**Table III**

*Differences between women with and without PTSD symptoms using the MPSS-SR at 1 month following childbirth on psychosocial measures (n = 223)*

<i>Variables</i>		<i>No.</i>	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> <i>Student's t-test</i>	<i>d<sup>a</sup></i>
ASI	No PTSD	169	11.75	8.52	221	<i>p</i> < .001	.70
	PTSD	54	18.76	9.25			
STAI trait	No PTSD	169	34.59	8.61	221	.001	.46
	PTSD	54	38.67	7.50			
EPDS	No PTSD	168	6.31	4.31	220	.001	.45
	PTSD	54	8.52	4.30			
PCQ	No PTSD	168	90.71	11.23	220	<i>p</i> < .001	.52
	PTSD	54	82.94	14.86			
WDEQ	No PTSD	166	10.02	19.71	218	<i>p</i> < .001	.71
	PTSD	54	-6.20	19.97			
SF-36							
PCS	No PTSD	169	50.88	7.81	221	<i>p</i> < .001	.52
	PTSD	54	46.08	8.26			
MCS	No PTSD	169	51.16	8.68	221	<i>p</i> < .001	.59
	PTSD	54	45.03	10.43			

*Notes.* ASI = Anxiety Sensitivity Scale. STAI = State-Trait Anxiety Inventory. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. PCQ = Perception of Care Questionnaire. WDEQ = Delivery Expectancy/Experience Questionnaire. SF-36 = Short Form Health Survey. PCS and MCS = Physical and mental health components.

<sup>a</sup> Effect size is interpreted according to Cohen's guidelines (1988) of *d* = 0.20 (small effect size), *d* = 0.50 (medium effect size), and *d* = 0.80 (large effect size).

**Table IV**  
*Predictors of PTSD symptoms at 1 month following childbirth using the MPSS-SR (n = 223)*

<i>Predictor variables</i>	<i>Standardized B (SE)</i>	<i>Wald</i>	<i>OR</i>	<i>95% CI</i>	<i>p</i>
Household income	0.00 (0.41)	0.00	1.00	0.45 □ 2.24	.996
<b>History of sexual trauma</b>	<b>1.03 (0.49)</b>	<b>4.41</b>	<b>2.81</b>	<b>1.07 □ 7.37</b>	<b>.036</b>
Past PTSD	1.66 (1.18)	1.98	5.27	0.52 □ 53.50	.160
<b>ASI</b>	<b>0.68 (0.24)</b>	<b>7.99</b>	<b>1.75</b>	<b>1.19 □ 2.57</b>	<b>.005</b>
STAI trait	0.20 (0.27)	0.53	1.19	0.75 □ 1.90	.467
EPDS	0.22 (0.27)	0.68	1.26	0.73 □ 2.19	.408
Forceps or vacuum	1.10 (0.68)	2.59	3.00	0.79 □ 11.46	.108
Apgar score 1 minute	-0.57 (0.45)	1.61	0.57	0.23 □ 1.37	.205
<b>MOS-SSS 1 month</b>	<b>-0.91 (0.45)</b>	<b>4.17</b>	<b>0.40</b>	<b>0.17 □ 0.96</b>	<b>.041</b>
<b>WDEQ</b>	<b>-0.75 (0.22)</b>	<b>11.61</b>	<b>0.96</b>	<b>0.94 □ 0.98</b>	<b>.001</b>
PCQ	-0.06 (0.21)	0.09	0.95	0.68 □ 1.33	.763

*Notes.* Model was significant  $\chi^2(11, N = 223) = 74.27, p < .001$ . ASI = Anxiety Sensitivity Scale. STAI = State-Trait Anxiety Inventory. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. MOS-SSS = MOS Social Support Survey. PCQ = Perception of Care Questionnaire. WDEQ = Delivery Expectancy/Experience Questionnaire.

### Acknowledgments

This study was funded by an operating grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) (25933). Nancy Verreault was a recipient of a doctoral scholarship from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC) (752-2007-1936) and the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (105861). The funding source(s) had no involvement in study design; collection, analysis and interpretation of data; the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication.

### Conflict of interest

All authors have completed the Unified Competing Interest form and they have no conflict of interests to report.

## References

- [1] Olde E, Van der Hart O, Kleber R, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clin Psychol Rev* 2006;26:1-16.
- [2] Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001;28:111-8.
- [3] Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health* 2004;13:315-24.
- [4] Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 2000;27:104-11.
- [5] Zaers S, Waschke M, Ehlert U. Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008;29:61-71.
- [6] Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2006;27:113-9.
- [7] Alcorn K, O'Donovan A, Patrick J, Creedy D, Devilly G. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med* 2010;40:1849-59.
- [8] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision* 4th ed. Washington, DC: Authors; 2000.
- [9] Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychol Med* 2004;34:1205-14.
- [10] Grubaugh AL, Magruder KM, Waldrop AE, Elhai JD, Knapp RG, Frueh BC. Subthreshold PTSD in primary care: prevalence, psychiatric disorders, healthcare use, and functional status. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:658-64.
- [11] Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001;158:1467-73.
- [12] Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11:587-97.
- [13] Ayers S, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *J Affect Disord* 2009;119:200-4.
- [14] Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30:36-46.

- [15] Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000;39:35-51.
- [16] Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse Negl* 2009;33:877-87.
- [17] Keogh E, Ayers S, Francis H. Does anxiety sensitivity predict post-traumatic stress symptoms following childbirth? A preliminary report. *Cogn Behav Ther* 2002;31:145-55.
- [18] Fairbrother N, Woody SR. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2007;28:239-42.
- [19] Van Son M, Verkerk G, Van der Hart O, Komproe I, Pop V. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: An empirical study. *Clin Psychol Psychother* 2005;12:297-312.
- [20] Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23:31-9.
- [21] Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *J Reprod Infant Psychol* 2000;18:33-9.
- [22] Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 2006;113:284-8.
- [23] Olde E, Van der Hart O, Kleber RJ, Van Son MJM, Wijnen HAA, Pop VJM. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *J Trauma Dissociation* 2005;6:125-42.
- [24] Lemola S, Stadlmayr W, Grob A. Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *J Reprod Infant Psychol* 2007;25:190-202.
- [25] Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage U.S. national survey. *Birth* 2011;38:216-27.
- [26] Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR. Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *J Anxiety Disord* 2005;19:295-311.
- [27] Leeds L, Hargreaves I. The psychological consequences of childbirth. *J Reprod Infant Psychol* 2008;26:108-22.
- [28] White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *J Reprod Infant Psychol* 2006;24:107-20.

- [29] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, al. Structured Clinical Interview Diagnostic (SCID) for DSM-IV axis I disorders, research version, non patient edition. New York: New York State Psychiatric Institute; 1997.
- [30] Joseph S, Williams R, Yule W. Understanding post-traumatic stress: A psychological perspective on PTSD and treatment. New York: Wiley & Sons; 1997.
- [31] Litz BT, Penk WE, Gerardi RJ, Keane TM. Assessment of posttraumatic stress disorder. In: Saigh PA, editor. Post-traumatic stress disorder, a behavioral approach to assessment and treatment. Boston: Allyn & Bacon; 1992. p. 50-84.
- [32] Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD symptom scale-interview version and the clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress* 2000;13:181-91.
- [33] Falsetti SA, Resnick HS, Resick PA, Kilpatrick DG. The modified PTSD symptom scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Beh Ther* 1993;16:161-2.
- [34] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision. 3rd ed. Washington, DC: Authors; 1987.
- [35] Coffey SF, Dansky BS, Falsetti SA, Saladin ME, Brady KT. Screening for PTSD in a substance sample: psychometric properties of a modified version of the PTSD Symptom Scale Self-Report. *J Trauma Stress* 1998;11:393-40.
- [36] Wohlfarth TD, Van den Brink W, Winkel FW, Ter Smitten M. Screening from posttraumatic stress disorder: An evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychol Assess* 2003;15:101-9.
- [37] Green BL. Psychometric review of Trauma History Questionnaire (Self-report). In: Stamm BH, Varra EM, editors. Measurement of stress, trauma and adaptation. Lutherville: Sidran; 1996. p. 366-9.
- [38] Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986;24:1-8.
- [39] Peterson RA, Reiss S. Anxiety Sensitivity Index Revised test manual. Worthington: International Diagnostic Systems Publishing Corporation; 1992.
- [40] Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
- [41] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
- [42] Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990;8:99-107.

- [43] Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:13-7.
- [44] Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990;157:288-90.
- [45] Zelkowitz P, Milet TH. Screening for post-partum depression in a community sample. *Can J Psychiatry* 1995;40:80-6.
- [46] Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-14.
- [47] Fisher JR. Obstetric intervention: Psychological predictors and psychological consequences. Melbourne: Unpublished doctoral dissertation. University of Melbourne; 1994.
- [48] Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998;19:84-97.
- [49] Ware Jr JE, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: Summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995;33:AS264-AS79.
- [50] Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework for item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
- [51] Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual. 4th ed ed. Boston: The Health Institute; 1994.
- [52] Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1993;6:459-73.
- [53] Hobbins D. Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:485-97.
- [54] Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res* 2006;61:139-51.
- [55] Elwood LS, Hahn KS, Olatunji BO, Williams NL. Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clin Psychol Rev* 2009;29:87-100.
- [56] Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychol Bull* 2010;136:128-50.

- [57] Fedroff IC, Taylor S, Asmundson GJG, Koch WJ. Cognitive factors in traumatic stress reactions: Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behav Cogn Psychother* 2000;28:5-15.
- [58] Taylor S. Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. In: Taylor S, editor. *Advances in the treatment of posttraumatic stress disorder: Cognitive-behavioral perspectives*. Broadway: Springer Publishing Company, Inc; 2004. p. 57-65.
- [59] Statistics Canada. *Visual census: Education, Canada. 2006 Census*. Ottawa. Released December 7, 2010. [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?LANG=ENG&VIEW=C&format=flash&PRCODE=01&TOPIC\\_ID=7](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?LANG=ENG&VIEW=C&format=flash&PRCODE=01&TOPIC_ID=7).
- [60] Statistics Canada. *Visual census: Income and earning, Canada. 2006 Census*. Ottawa. Released December 7, 2010. [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?LANG=ENG&VIEW=C&format=flash&PRCODE=01&TOPIC\\_ID=7](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/fs-fi/index.cfm?LANG=ENG&VIEW=C&format=flash&PRCODE=01&TOPIC_ID=7).
- [61] Statistics Canada, 2011. Births, Catalogue no. 84F0210X. In: Health Statistics Division. Ottawa. <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0210x/84f0210x2008000-eng.pdf>.
- [62] Klaus P. The impact of childhood sexual abuse on childbearing and breastfeeding: The role of maternity caregivers. *Breastfeed Med* 2010;5:141-5.
- [63] Lapp LK, Agbokou C, Peretti C-S, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: A review. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2010;31:113-22.
- [64] Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3.

### CHAPITRE III

TAUX ET FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION DURANT LA  
GROSSESSE ET CELLE SE DÉVELOPPANT EN POST-PARTUM (ARTICLE II)

Rates and Risk Factors Associated with Depression During Pregnancy and Depression with  
Postpartum Onset

Nancy Verreault, M.Ps.<sup>a, b, \*</sup>

Deborah Da Costa, Ph.D.<sup>a, c</sup>

André Marchand, Ph.D.<sup>b</sup>

Kierla Ireland, M.A.<sup>a</sup>

Maria Dritsa, Ph.D.<sup>a</sup>

Samir Khalifé, M.D.<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Division of Clinical Epidemiology, McGill University Health Centre, Montréal, Canada

<sup>b</sup> Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada

<sup>c</sup> Department of Medicine, McGill University, Montréal, Canada

<sup>d</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital,  
Montréal, Canada

---

\* Corresponding author: Nancy Verreault; Division of Clinical Epidemiology, McGill University Health Centre, 687 Pine Ave West, Montreal, QC H3A 1A2, Canada; e-mail: verreault.nancy@courrier.uqam.ca; phone: (514) 934-1934 ext: 44723; fax: (514) 934-8293.

## Résumé

Les objectifs de la présente étude visent à évaluer la prévalence de la dépression pendant le troisième trimestre de grossesse et à trois mois post-partum et à identifier de manière prospective les facteurs de risque associés à la dépression prénatale et celle débutant en post-partum. Trois cent soixante-quatre femmes ont complété les questionnaires pendant la grossesse et 226 au suivi à 3 mois post-partum. L'humeur dépressive a été évaluée à l'aide de l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (ÉDPÉ; résultat  $\geq 10$ ). Le taux d'humeur dépressive durant la grossesse était de 28.3 % et de 16.4% à trois mois post-partum. Parmi les femmes avec une humeur dépressive en post-partum, 6.6 % étaient nouvellement déprimées durant cette période et donc, pas déprimées durant la grossesse. Dans cette étude, un revenu familial moins élevé, un historique de problèmes émotionnels (p. ex., anxiété, dépression) ou d'abus sexuels, une anxiété cooccurrence et une plus grande sensibilité à l'anxiété ont été associés à une humeur dépressive durant la grossesse. Quatre facteurs de risque se sont avérés être des prédicteurs de l'humeur dépressive à trois mois post-partum: une symptomatologie dépressive élevée pendant la grossesse, des antécédents de problèmes émotionnels, un accouchement vécu plus difficilement qu'attendu et un faible sentiment d'efficacité parentale. L'importance d'identifier les femmes à risque d'humeur dépressive en début de grossesse et les implications cliniques sont discutées.

Mots clés: humeur dépressive; période périnatale ; prévalence ; facteurs de risque

## Abstract

The objectives of this study were to evaluate the prevalence of depression in the third trimester of pregnancy and at three months postpartum and to prospectively identify risk factors associated with prenatal depression and depression with postpartum onset. Three hundred sixty four women completed the questionnaires in pregnancy and 226 the 3 months postpartum follow-up. Depressed mood was assessed by the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; score of  $\geq 10$ ). The rate of depressed mood during pregnancy was 28.3% and 16.4% at three months postpartum. Among women with postpartum depressed mood, 6.6% were new postpartum cases. In the present study, lower family income, a history of emotional problems (e.g., anxiety, depression) or of sexual abuse, comorbid anxiety, and higher anxiety sensitivity were associated with depressed mood during pregnancy. Four risk factors emerged as predictors of depressed mood at three months postpartum: higher depressive symptomatology during pregnancy, a history of emotional problems, a delivery that was more difficult than expected, and a lower sense of parenting self-efficacy. The importance of identifying women at risk of depressed mood early in pregnancy and clinical implications are discussed.

**Keywords:** Depressed mood; Perinatal period; Prevalence; Risk factors

### 3.1 Introduction

Depression during pregnancy is common, affecting 8.5- 11% of women<sup>1</sup>. With respect to the postpartum period, a meta-analysis by O'Hara and Swain<sup>2</sup> found an average prevalence rate of 13%, while a more recent meta-analysis by Gavin and colleagues<sup>3</sup> reported rates of minor or major depression in the range of 6.5 to 12.9% over the first year postpartum. The consequences of perinatal depression on both mother and infant are significant and have been well documented.<sup>4-6</sup>

Most prospective studies examining both pre- and post-natal depression have found that depressive symptoms are more prevalent or more severe during pregnancy compared to the postpartum period.<sup>7-12</sup> Prospective studies have found prevalence rates of depression with postpartum onset to be between 3.4- 4.9%.<sup>8;11;13-15</sup> The difference in rates of postpartum depression (PPD) observed across studies with varying methodology highlights the importance of prospectively studying the course of depression during the perinatal period. Lancaster and colleagues<sup>16</sup> conducted a literature review examining the different risk factors associated with prenatal depression. Among these risk factors, the presence of co-morbid anxiety, stressful life events, domestic violence, relationship difficulties, poor social support, a history of depression, and unplanned pregnancy were most strongly associated with depression during pregnancy. Other factors such as younger age,<sup>1</sup> foreign citizenship or membership in a specific ethnic/racial group,<sup>1;17;18</sup> low self-esteem,<sup>19</sup> a negative cognitive style,<sup>19</sup> a history of abuse,<sup>19;20</sup> chronic health problems,<sup>1</sup> and obstetric complications<sup>21</sup> have also been found to be related to prenatal depression. Factors related to marital and socioeconomic status have been found to be associated with both pre- and postnatal depression, but these results have been less consistent and have smaller effect sizes.<sup>18;22;23</sup>

Risk factors associated with PPD are numerous and have been widely studied. Meta-analyses have been carried out to estimate the magnitude of the effect size for each factor.<sup>2;17;24;25</sup> Among the factors studied, a history of depression, prenatal depression and/or anxiety, stressful life events, poor social support, negative cognitive style, low self-esteem, lower marital satisfaction, and higher childcare stress have been found to be most strongly associated with PPD (i.e., moderate to strong effect sizes)<sup>24;25</sup>. Despite the numerous risk factors that have emerged in the literature, very few studies have excluded prenatal depression from their analyses, thus

incorporating a source of bias. Among studies that have specifically excluded prenatal depression, previous psychiatric problems, pre-pregnancy obesity, living alone,<sup>18</sup> a more negative perception of parental care in one's own childhood, elevated prenatal depressive symptomatology,<sup>15</sup> and using assisted reproductive technology<sup>19</sup> have been found to predict depression with postpartum onset.

A limited number of studies have compared risk factors for depression during pregnancy with risk factors for PPD.<sup>10;19-21;26</sup> Leigh and Milgrom<sup>26</sup> identified prenatal depression, a history of depression and a higher level of parental stress as risk factors specific to PPD. Mora et al.'s<sup>20</sup> study found comorbid mental health problems, having other children in the household, and a lower educational level as factors specific to PPD, while ambivalence toward pregnancy was a risk factor for prenatal depression.

In conclusion, very few studies have prospectively evaluated the prevalence of perinatal depression by distinguishing between the percentage of women experiencing depression during pregnancy from those who have a new depressive episode with onset in the postpartum period. Moreover, while some studies have evaluated risk factors for pre- or postnatal depression, very few have compared the risk factors specific to each stage. A better understanding of the risk factors associated with depression at each stage of the perinatal period would permit a more effective identification of at-risk women and the earlier development of tailored interventions.

The goals of this study were: a) to evaluate the prevalence of depression in the third trimester of pregnancy and at three months postpartum and b) to prospectively identify risk factors associated prenatal depression and depression with postpartum onset.

## 3.2 Materials and Methods

### 3.2.1 Participants

Pregnant women in the late second or third trimester of pregnancy (25-40 weeks) were recruited at the offices of obstetrician/gynecologists affiliated with the McGill University Health Centre (MUHC) or at the ultrasound department at the Jewish General Hospital (JGH) in

Montreal, Canada. Women were at least 18 years of age and able to communicate in French or English. The study was approved by the McGill University Faculty of Medicine Institutional Review Board and the Research Ethics Committee of the JGH.

### 3.2.2 Procedure

The procedure of this study, designed to assess post-traumatic stress symptoms related to childbirth, has been previously published (Verreault et al. 2012). Briefly, consenting participants were asked to complete the questionnaire battery and return them by mail at four different time points (third trimester, 1, 3, and 6 months postpartum). Reminder phone calls were made to participants whose questionnaires had not been received within 2 weeks of mailing. Data were collected from December 2005 to September 2009. The present study focused on data collected in the third trimester of pregnancy and at 3 months postpartum.

### 3.2.3 Measures

The *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*,<sup>22,23</sup> a widely used 10-item measure of postpartum depression, validated for use during pregnancy and the postpartum, was used to assess depressive symptomatology. Items inquire about the mother's mood in the past seven days. Somatic symptoms likely to occur during this period are not included. A cutoff score of 10 has been shown to have a sensitivity of 84 to 100% and a specificity of 76 to 88% when compared to a diagnosis of minor or major depression using a psychiatric interview such as the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID).<sup>28-30</sup> The Cronbach's alpha for this sample was .84.

The *Trauma History Questionnaire (THQ)*<sup>31</sup> was used at study entry to assess the history of sexual trauma. It consists of 24 items addressing a range of potentially traumatizing events in three areas: crime-related, general disaster and trauma, and unwanted physical and sexual experiences. The THQ has been shown to have good stability over a 2-3 month period for reporting of most events.

The *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*<sup>32</sup> measures how people feel generally (trait anxiety) and how they feel presently (state anxiety), using 20 statements for each form of anxiety. Internal consistency coefficients have been shown to be .92 for the STAI-trait and .81 for the STAI-state. The STAI-trait was completed at study entry, while the STAI-state was administered at each time point. The Cronbach's alpha for this sample was .90 for the STAI-trait, and .91 for the STAI-state.

The *Anxiety Sensitivity Index (ASI)*<sup>33</sup> is a 16-item questionnaire assessing fear of anxiety-related sensations. Higher scores on the ASI indicate greater levels of anxiety sensitivity. This scale has been shown to have good psychometric properties.<sup>34</sup> The ASI was completed at study entry. The Cronbach's alpha for this sample was .86.

The *Life Stress Event Scale* (modified version)<sup>35</sup> was used at study entry to assess stressful life events. This questionnaire lists 10 major life events that could have occurred in the past 6 months. The questionnaire shows good internal consistency (Cronbach alpha = 0.87).

The *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)*<sup>36</sup>: Version A was administered in the third trimester and Version B was administered 1 month after childbirth. Version A is a 33-item measure assessing a woman's fears about childbirth. Version B mirrors version A but is designed to assess women's actual birth experience in relation to their expectations. A difference score was calculated between the two versions. Thus, negative scores represented an experience that was more negative than expectations and positive scores reflected a more positive experience. This scale has been shown to have good psychometric properties.<sup>36;37</sup> The Cronbach's alpha for this sample was .92 for the Version A, and .93 for the Version B.

The *Parent Expectations Survey (PES)*<sup>38</sup> was used to measure self-efficacy in early parenting. This 25-item instrument assesses the mother's confidence in her ability to meet the demands and responsibilities of parenthood. Initial studies suggest adequate psychometric properties. There are two versions available: Version A, which assesses self-efficacy in expectant mothers and Version B, which assesses self-efficacy during the postpartum. The Cronbach's alpha for this sample was .94 for the Version A, and .91 for the Version B.

The *MOS Social Support Survey (MOS-SSS)*<sup>39</sup> was administered at each time point. This 7-item scale measures perceived support from one's social network. This measure shows good internal consistency (Cronbach alpha = .88). In this study, the sum scores were severely negatively skewed, and no transformation resulted in a normal score distribution. The variable was thus dichotomized into two groups: a group with social support almost always available versus not. The Cronbach's alpha for this sample was .91.

The *Antenatal Questionnaire* inquired about demographics, medical and obstetrical history, history of psychological difficulties, and current health status and pregnancy complications. Information about labour and delivery complications, and mode of delivery were also obtained by telephone interview at 4-6 weeks postpartum.

#### 3.2.4 Statistical analyses

Descriptive statistics (means, standard deviations, proportions, skewness, and kurtosis) were calculated for all the variables. Prior to analyses, the distributions of all variables were examined for normality. Square root transformations were required to normalize the positively skewed distributions of the ASI and STAI-trait while a logarithmic transformation was required to normalize the STAI-state. Both version of the PES were negatively skewed and needed a logarithmic transformation. The sum score of the WDEQ had a normal distribution. A cutoff score of 10 and above on the EPDS was used as the outcome variable at both time points. This cutoff point was chosen to include women with symptoms suggestive of minor depression. Women with depressed mood in pregnancy were removed from the postpartum analyses to focus specifically on new postpartum cases of depressed mood. Group comparisons were performed using paired or independent t-tests for continuous variables and chi-square or fisher's exact tests for categorical variables. Multivariate logistic regression was used to examine the predictors contributing to depressed mood at both time points. The pattern of correlations among the potential predictor variables was also examined to determine the extent of multicollinearity. The logistic regression models were constructed using the forced entry method. Significant demographic variables were entered in the first block in each model (with the EPDS score during pregnancy for the second model) to determine the contribution of the main potential predictor

variables over and above possible confounding factors. Statistical analyses were performed using the SPSS statistical software, version 18.0.

### 3.3 Results

#### 3.3.1 Sample characteristics

Of the 574 participants who agreed to participate in this study, 367 (64%) returned their self-report questionnaires. Three participants were excluded from the analyses because they had incomplete data.

The characteristics of the 364 participants included in the final study sample are shown in Table I. The mean age of the sample was 32.10 years ( $SD = 4.49$ ) and the mean years of school completed was 15.96 ( $SD = 2.22$ ). Most participants were Caucasian (76.4%), and were married or living with a partner (96.7%). At study entry, 46.2% ( $n = 168$ ) of the participants were primiparous and the mean number of gestational weeks was 32.61 ( $SD = 3.18$ ). Sixteen percent ( $n = 59$ ) of the women reported a sexual trauma history, and 25.5% ( $n = 93$ ) a history of emotional difficulties (e.g., depression, anxiety). In terms of complications, 21.4% ( $n = 78$ ) of the women reported at least one complication during their current pregnancy (e.g., gestational hypertension, gestational diabetes).

Of the 364 participants who completed the pre-partum questionnaires, 226 (62.1%) returned their completed questionnaire package at 3 months postpartum. Nonresponders at 3 months postpartum were more likely to be single (fisher,  $p = .012$ ), and to belong to an ethnic group,  $\chi^2(1, N = 360) = 10.88, p = .001$ , compared to responders. Nonresponders did not differ from those who completed the questionnaires in terms of the psychosocial variables assessed. On average, women gave birth approximately 5 days prior to the scheduled date ( $-5.29; SD = 12.88$ ). Two women gave birth before completing their 32th week of gestation (earliest: 29 weeks). A total of 13 (5.8%) women gave birth prior to the 37th week of pregnancy which is considered premature. In terms of delivery complications 8.0% ( $n = 18$ ) reported at least one complication

during delivery (i.e., use of forceps or vacuum), and 30.5% ( $n = 69$ ) reported having a cesarean section.

### 3.3.2 Rates of depressed mood

In pregnancy, 103 (28.3%) women obtained a score of  $\geq 10$  on the EPDS. Among them, 41 (39.8%) recovered to non-elevated symptom levels ( $< 10$  on EPDS) at 3 months postpartum. At 3 months postpartum, 37 (16.4%) women obtained a score of  $\geq 10$  on the EPDS. Among them, 40.5% ( $n = 15$ ) were new postpartum cases of depressed mood, and 59.5% ( $n = 22$ ) had already been depressed in pregnancy. Among women completing the questionnaires at both the pre- and postpartum assessment, 65.5% ( $n = 148$ ) did not report elevated levels of depressed mood both during pregnancy and in postpartum. Overall, the mean EPDS score decreased significantly from pre- (mean = 6.88, SD = 4.30) to postpartum (mean = 5.26, SD = 4.58), paired  $t(225) = 5.85$ ,  $p < .001$ .

### 3.3.3 Comparisons between women with and without depressed mood

Univariate comparisons between women with and without depressed mood in pregnancy and at 3 months postpartum on various psychosocial measures are displayed in Table II. In pregnancy, depressed women were more likely to be single ( $p = .006$ ), belong to an ethnic group ( $p = .048$ ), have a lower household income ( $p = .001$ ), report a history of sexual trauma ( $p = .001$ ), and at least one stressful life event in the past 6 months ( $p < .001$ ). They also reported higher anxiety sensitivity ( $p < .001$ ), and a greater fear of childbirth ( $p < .001$ ).

At 3 months postpartum, the new onset of PPD cases were more likely to report pregnancy complications ( $p = .025$ ), lower infant Apgar score (fisher,  $p = .030$ ), greater depressed mood scores in pregnancy ( $p = .013$ ), and a more negative childbirth experience than expected ( $p = .012$ ). They also reported higher state anxiety ( $p < .001$ ), and less parental self-efficacy ( $p < .001$ ) at 3 months postpartum. No statistically significant difference was found regarding delivery complications, although a trend was observed (fisher,  $p = .051$ ).

Both groups of women (depressed mood in pregnancy and in postpartum, respectively) were more likely to reported past emotional difficulties ( $p = .004$  and  $p = .002$ ), and less available social support in their respective measuring time ( $p < .001$  and  $p = .004$ ). They also reported higher state anxiety ( $p < .001$  and  $p = .015$ ), and less parental self-efficacy in pregnancy ( $p = .007$ , and  $p = .043$ ).

### 3.3.4 Predictors of depressed mood

Table III shows the multivariate logistic regression models to identify predictors of depressed mood in pregnancy and onset of depressed mood in the postpartum. The regression model examining depressed mood in pregnancy showed that lower income ( $p = .025$ ), past emotional difficulties ( $p = .049$ ), a history of sexual trauma ( $p = .004$ ), higher state anxiety ( $p < .001$ ), and higher anxiety sensitivity ( $p = .013$ ) were significant factors contributing to an increased likelihood of depressed mood during pregnancy. The model was statistically significant, explained between 29.5% (Cox and Snell R-square) and 42.4% (Nagelkerke R-square) of the variance in the presence of depressed mood during pregnancy, and correctly classified 81.6% of cases.

The regression model examining onset of depressed mood in the postpartum showed that past emotional difficulties ( $p = .026$ ) and higher depressed mood scores in pregnancy ( $p = .039$ ) were significant factors contributing to the onset of depressed mood in the postpartum. In addition, higher parental self-efficacy ( $p = .005$ ) and more positive childbirth experience ( $p = .047$ ) were protective against the onset of depressed mood at 3 months postpartum. The model was statistically significant, explained between 22.7% (Cox and Snell R-square) and 49.4% (Nagelkerke R-square) of the variance in the onset of depressed mood in the postpartum, and correctly classified 92.6% of cases.

### 3.4 Discussion

In the present study, the rates of depressed mood among pregnant women were found to be 28.3% during the third trimester and 16.4% at three months postpartum. Among women with postpartum depressed mood, 6.6% were new postpartum cases.

The studies which used the same cutoff score as the current study ( $\geq 10$  on EPDS) obtained lower rates in pregnancy (17-21.9%) but similar rates in postpartum (13-16.8%).<sup>10;19;40</sup> Another study by Andersson et al.<sup>18</sup> obtained pregnancy and postpartum rates very similar to ours, but this team evaluated the prevalence of depression and/or anxiety using the PRIME-MD (29.2% during pregnancy and 16.5% in the postpartum). Given the high comorbidity of symptoms of anxiety and depression in this population it is not surprising that the rates would be similar, since the EPDS takes into account symptoms of anxiety.

In terms of the course of depressive symptoms, we observed significant reductions in the intensity of depressive symptoms from pregnancy to the postpartum in women who completed the postnatal follow-up. This decrease in depressive symptoms from pregnancy to postpartum has also been found in other studies.<sup>7</sup> However, it is difficult to generalize this finding to single women or those of ethnic minority groups, as they were proportionally underrepresented among those who responded in the postnatal period.

In the present study, lower family income, a history of emotional problems or of sexual abuse, comorbid anxiety, and higher anxiety sensitivity were associated with depressed mood during pregnancy. These results are largely consistent with those obtained from other studies on prenatal depression risk factors.<sup>16</sup> However, some of the factors identified in the present study have received little empirical attention, most notably anxiety sensitivity. To our knowledge, no prior study to date has examined the association between anxiety sensitivity and prenatal depression. However, it has been previously associated with postnatal depression.<sup>41</sup> In other populations, anxiety sensitivity has been examined as a predisposing factor for depression, in particular as a component of fear of cognitive dyscontrol.<sup>42-44</sup> Further research is needed to better understand the relationship between anxiety sensitivity and prenatal depression.

A history of sexual abuse was also identified as a predictor of depressed mood during pregnancy, which is consistent with findings of a recent study.<sup>45</sup> It is likely that pregnancy and its implications (e.g., vaginal examinations, bodily changes, feelings of losing control over one's body) may reactivate painful memories in women who were victims of sexual abuse.<sup>46-48</sup> It is common to observe an increase in symptoms of anxiety and depression during this period, as well as a tendency to avoid prenatal care. It is clear that women with a history of sexual abuse have specific needs for follow-up care.

Four risk factors emerged as predictors of depressed mood at three months postpartum: higher depressive symptomatology during pregnancy, a history of emotional problems, a delivery that was more difficult than expected, and a lower sense of parenting self-efficacy. Some of these factors have been widely established in the literature as putting women at risk for PPD, such as prenatal depression and a history of depression.<sup>25;49-51</sup> However, other factors have been less studied to date and add to our understanding of PPD. Childbirth fear when measured in the prenatal period has previously been associated with PPD.<sup>52</sup> In our study, having experienced a more difficult childbirth than expected was independently associated with PPD. An incongruence between maternal expectations and the actual experience in addition to feelings of loss, are themes often found in women with PPD.<sup>53</sup> Our findings suggest that a more negative childbirth experience than initially expected may also contribute to the development of PPD.

Lower levels of parental self-efficacy have previously been associated with a higher risk of minor PPD, while higher levels have been associated with decreased risk.<sup>51;54</sup> In the present study, parental self-efficacy was related to new cases of PPD when measured in the postpartum, but not the prepartum period. However, PPD and self-efficacy were measured concurrently, and thus the direction of the relationship cannot be determined. Although it is not possible to establish whether depression influences feelings of parental self-efficacy or if lower self-efficacy increases a woman's risk of depression, this variable requires attention.

Our study has several limitations, including its observational design, which precludes any definitive conclusions about the direction of a cause-and-effect relationship. The women in this sample are more educated and have a higher income relative to the Canadian population. Single women are also under-represented. Thus, the sample may not generalize to all women

giving birth in Canada. Cases of depressed mood during pregnancy and in the post-partum period were identified using a self-report questionnaire, which is not equivalent to a diagnosis established on the basis of a semi-structured interview. Thus, in this study, we refer to the probability of a diagnosis of depression with the term depressed mood. Results of predictors are not specific to the type of depression (minor or major), but to an amalgam of the two. We do not know whether depressed mood was present prior to pregnancy and for how long, or whether onset was actually during pregnancy. Finally, there may have been a negative response bias in the questionnaires assessing risk factors for women concurrently experiencing depressed mood.

Certain risk factors during pregnancy, such as depressed mood and history of emotional difficulties, can help identify women who are at risk of developing PPD. In these cases, a more tailored follow-up could be implemented. For example, Zlotnick et al.<sup>55</sup> found in a pilot study that an interpersonally oriented group intervention during pregnancy was efficacious in women at high-risk in preventing PPD. Considering the possible consequences of perinatal depression on both mother and infant, interventions should occur as early as possible. Furthermore, the length of delay to adequate treatment is a significant factor in the duration of PPD.<sup>24</sup> Strategies to improve parental self-efficacy may also help women to feel more equipped and confident in their role as parents. It may also be important to consider women's expectations, fears, and experiences of childbirth. Finally, certain forms of psychotherapy (e.g., cognitive-behavioural therapy, interpersonal therapy) have been found to be more effective than routine medical care in treating PPD.<sup>56</sup> These treatment options should be considered for women experiencing PPD.

**Table 1.** Demographic characteristics at study entry

	Mean (SD) / %
Age (years)	32.10 (4.49)
Education (years)	15.96 (2.22)
Household income <sup>a</sup>	5.22 (1.98)
Marital Status	
Married/cohabiting (n)	96.7% (352)
Ethnic group	
Caucasian	76.4% (275)
Parity	
Primiparous (n)	46.2% (168)
Gestational weeks	32.61 (3.18)
Pregnancy complications (n)	21.4% (78)
Past professional help (n)	25.5% (93)
Sexual trauma history (n)	16.3% (59)
State anxiety	34.93 (10.03)
ASI	13.37 (9.31)
Life stress	3.63 (4.34)
MOS-SSS	22.88 (5.07)
WDEQ	54.10 (20.10)
PES	8.13 (1.19)

*Notes.* ASI = Anxiety Sensitivity Scale. MOS-SSS = MOS Social Support Survey. WDEQ = Delivery Expectancy/Experience Questionnaire. PES = Parent Expectations Survey.

<sup>a</sup> Household income scale 1-8 e.g., 4 = \$41,000-\$60,000; 5 = \$61,000-\$80,000.

Table 2. Comparisons between women with and without depressed mood during pregnancy and at 3 months postpartum

	Pregnancy				Postpartum			
	Not Depressed (n = 261)		Depressed (n = 103)		Never been depressed (n = 148)		New cases (n = 15)	
	% (n)	% (n)	$\chi^2/F$	p-value	% (n)	% (n)	$\chi^2/F$	p-value
Single	1.5 (4)	7.8 (8)		.006				
Ethnic groups	20.8 (54)	30.7 (31)	3.90	.048	17 (25)	6.7 (1)		.469
Past professional help (yes)	21.5 (56)	35.9 (37)	8.13	.004	20.9 (31)	60 (9)		.002
Sexual trauma (yes)	12.3 (32)	26.2 (27)	10.48	.001	12.8 (19)	13.3 (2)		1.000
Social support (p; less)	20.4 (53)	47.6 (49)	26.99	p < .001	27 (18.2)	26.7 (4)		.489
Life Events (yes)	63.6 (166)	84.5 (87)	15.17	p < .001	64.2 (95)	60 (9)	0.10	.748
P. complications (yes)	19.9 (52)	25.2 (26)	1.24	.265	14.9 (22)	40 (6)		.025
Social support (3m)					18.2 (27)	53.3 (8)		.004
	<b>Mean (SD)</b>	<b>Mean (SD)</b>	<b>t-test</b>	<b>p-value</b>	<b>Mean (SD)</b>	<b>Mean (SD)</b>	<b>t-test</b>	<b>p-value</b>
Age	32.37 (4.37)	31.41 (4.74)	1.85	.065	32.29 (4.35)	34.13 (3.96)	1.58	.117
Income	5.46 (1.91)	4.65 (2.05)	3.49	.001	5.34 (1.90)	6.07 (1.82)	1.38	.171
EPDS (p)					4.60 (2.49)	6.87 (2.39)	2.51	.013
Sate anxiety (p)	31.76 (7.58)	42.96 (10.99)	-10.42	p < .001	31.15 (7.62)	36.47 (8.12)	2.46	.015
ASI	11.70 (8.58)	17.59 (9.78)	-5.74	p < .001	11.84 (9.02)	14.87 (9.37)	1.29	.199
WDEQ	50.59 (19.24)	62.93 (19.58)	-5.45	p < .001	6.06 (19.93)	-8.07 (24.92)	-2.54	.012
PES (p)	8.23 (1.17)	7.88 (1.20)	2.73	.007	8.37 (1.10)	7.51 (1.83)	-2.04	.043
State anxiety (3m)					29.08 (7.02)	45.73 (9.34)	7.30	p < .001
PES (3m)					8.93 (0.84)	7.89 (0.84)	-4.38	p < .001

Notes. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. ASI = Anxiety Sensitivity Scale. WDEQ = Delivery Expectancy/Experience Questionnaire. PES = Parent Expectations Survey. F = Fisher. P = pregnancy. 3m = 3 months.

**Table 3.** Multivariate logistic regression models for pre- and postpartum depressed mood

	Predictors	B (SE)	Wald	OR	CI 95%	p-value
Prepartum depression	Age	-0.04 (0.03)	1.55	0.96	0.90 – 1.03	.213
	Income	-0.17 (0.08)	5.02	0.84	0.72 – 0.98	.025
	Ethnicity	0.50 (0.35)	2.06	1.64	0.83 – 3.23	.151
	Marital status	-0.30 (0.87)	0.12	0.74	0.13 – 4.11	.729
First block : Pseudo R <sup>2</sup> = 4.8 – 6.9%						
	Past professional help	0.66 (0.33)	3.87	1.93	1.00 – 3.72	.049
	Sexual trauma history	1.11 (0.38)	8.48	3.04	1.44 – 6.43	.004
	State anxiety	0.13 (0.02)	45.05	1.14	1.09 – 1.18	<i>p</i> < .001
	ASI	0.32 (0.13)	6.22	1.38	1.07 – 1.78	.013
$\chi^2(8, N = 364) = 127.25, p < .001$						
Postpartum depression	EPDS baseline	1.75 (0.85)	4.26	5.76	1.09 – 30.42	.039
	Age	0.05 (0.09)	0.25	1.05	0.87 – 1.25	.616
	Income	0.03 (0.20)	0.03	1.03	0.70 – 1.54	.868
First block : Pseudo R <sup>2</sup> = 7.7 – 16.8%						
	Past professional help	1.76 (0.79)	4.93	5.81	1.23 – 27.48	.026
	P. complications	1.53 (0.83)	3.44	4.63	0.92 – 23.41	.063
	WDEQ	-0.03 (0.02)	3.94	0.97	0.94 – 1.00	.047
	PES (3 months)	-7.28 (2.60)	7.87	0.001	0.00 – 0.11	.005
$\chi^2(7, N = 163) = 41.87, p < .001$						

Notes. EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale. ASI = Anxiety Sensitivity Index. WDEQ = Delivery Expectancy/Experience Questionnaire. P = pregnancy. PES = Parent Expectations Survey. Pseudo R<sup>2</sup> = Cox and Snell R-square and Nagelkerke R-square, respectively.

### Acknowledgments

We thank all the women who took the time to participate in this study.

### Disclosure of Interests

None of the authors has a conflict of interest to declare. This study was funded by an operating grant from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) (25933). Nancy Verreault was a recipient of a doctoral scholarship from the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada (SSHRC) (752-2007-1936) and the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (105861).

#### Current knowledge on this subject

- Depression during pregnancy and the postpartum is common, under-recognized and poorly treated.
- Specific demographic, clinical and psychosocial variables have been differentially associated with depression during pregnancy and postpartum depression, however few studies have evaluated risk factors associated to depression with onset in the postpartum.

#### What this study adds

- The rate of depressed mood during pregnancy was 28.3 %, and 16.4% at 3 months postpartum. Among women with postpartum depressed mood, 6.6% were new cases with onset in the postpartum.
- Logistic regression analysis showed that lower family income, a history of emotional problems or of sexual abuse, comorbid anxiety, and higher anxiety sensitivity were associated with depressed mood during pregnancy. Predictors of depressed mood with postpartum onset included higher depressive symptomatology during pregnancy, a history of emotional problems, a delivery that was more difficult than expected, and a lower sense of parenting self-efficacy.
- These findings may help to identify and better tailor interventions for women at risk of depression during pregnancy and the postpartum.

## References

- (1) Melville JL, Gavin' A, Guo Y, Fan MY, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol* 2010 Nov;116(5):1064-70.
- (2) O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 1996;8(1):37-54.
- (3) Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-83.
- (4) Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 Sep;48(9):919-27.
- (5) Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2011 Mar;14(1):1-27.
- (6) Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects and interventions: a review. *Infant Behav Dev* 2010 Dec;33(4):409-18.
- (7) Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001 Aug 4;323(7307):257-60.
- (8) Felice E, Saliba J, Grech V, Cox J. Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *J Affect Disord* 2004 Oct 15;82(2):297-301.
- (9) Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007 Nov;110(5):1102-12.
- (10) Limlomwongse N, Liabsuetrakul T. Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6-8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Arch Womens Ment Health* 2006 May;9(3):131-8.
- (11) Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* 2004 May;80(1):65-73.

- (12) O'Hara MW, Neunaber DJ, Zekoski EM. Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors. *J Abnorm Psychol* 1984 May;93(2):158-71.
- (13) Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989 Apr;57(2):269-74.
- (14) Sutter-Dallay AL, Cosnefroy O, Glatigny-Dallay E, Verdoux H, Rasclé N. Evolution of perinatal depressive symptoms from pregnancy to two years postpartum in a low-risk sample: the MATQUID cohort. *J Affect Disord* 2012 Jun;139(1):23-9.
- (15) Gotlib IH, Whiffen VE, Wallace PM, Mount JH. Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *J Abnorm Psychol* 1991 May;100(2):122-32.
- (16) Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010 Jan;202(1):5-14.
- (17) Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996 Sep;45(5):297-303.
- (18) Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(8):937-44.
- (19) Giardinelli L, Innocenti A, Benni L, Stefanini MC, Lino G, Lunardi C, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Arch Womens Ment Health* 2012 Feb;15(1):21-30.
- (20) Mora PA, Bennett IM, Elo IT, Mathew L, Coyne JC, Culhane JF. Distinct trajectories of perinatal depressive symptomatology: evidence from growth mixture modeling. *Am J Epidemiol* 2009 Jan 1;169(1):24-32.
- (21) Kitamura T, Yoshida K, Okano T, Kinoshita K, Hayashi M, Toyoda N, et al. Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* 2006 May;9(3):121-30.
- (22) Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987 Jun;150:782-6.
- (23) Murray D, Cox J. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh depression scale. *J Reprod Infant Psychol* 1990;11:119-25.

- (24) Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 2001 Sep;50(5):275-85.
- (25) Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004 Jul;26(4):289-95.
- (26) Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008;8:24.
- (27) Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, et al. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research* 2012;In Press.
- (28) Harris B, Huckle P, Thomas R, Johns S, Fung H. The use of rating scales to identify post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1989 Jun;154:813-7.
- (29) Murray L, Carothers AD. The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *Br J Psychiatry* 1990 Aug;157:288-90.
- (30) Zerkowitz P, Milet TH. Screening for post-partum depression in a community sample. *Can J Psychiatry* 1995 Mar;40(2):80-6.
- (31) Green BL. Psychometric review of Trauma History Questionnaire (Self-report). In: Stamm BH, Varra EM, editors. *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville, MD: Sidran; 1996.
- (32) Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1983.
- (33) Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 1986;24(1):1-8.
- (34) Peterson R, Reiss S. *Anxiety Sensitivity Index Revised test manual*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems Publishing Corporation; 1992.
- (35) Hurst MW, Jenkins CD, Rose RM. The assessment of life change stress: a comparative and methodological inquiry. *Psychosom Med* 1978 Mar;40(2):126-41.
- (36) Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998 Jun;19(2):84-97.
- (37) Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003 Mar;30(1):36-46.

- (38) Reece SM. The parent expectations survey: a measure of perceived self-efficacy. *Clin Nurs Res* 1992 Nov;1(4):336-46.
- (39) Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32(6):705-14.
- (40) Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Mar;80(3):251-5.
- (41) Fairbrother N, Woody SR. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007 Dec;28(4):239-42.
- (42) Cox BJ, Enns MW, Freeman P, Walker JR. Anxiety sensitivity and major depression: examination of affective state dependence. *Behav Res Ther* 2001 Nov;39(11):1349-56.
- (43) Rector NA, Szacun-Shimizu K, Leybman M. Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behav Res Ther* 2007 Aug;45(8):1967-75.
- (44) Taylor S, Koch WJ, Woody S, McLean P. Anxiety sensitivity and depression: how are they related? *J Abnorm Psychol* 1996 Aug;105(3):474-9.
- (45) Rich-Edwards JW, James-Todd T, Mohllajee A, Kleinman K, Burke A, Gillman MW, et al. Lifetime maternal experiences of abuse and risk of pre-natal depression in two demographically distinct populations in Boston. *Int J Epidemiol* 2011 Apr;40(2):375-84.
- (46) Courtois CA, Courtois RC. Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: implications for care. *Birth* 1992 Dec;19(4):222-3.
- (47) Leeners B, Richter-Appelt H, Imthurn B, Rath W. Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *J Psychosom Res* 2006 Aug;61(2):139-51.
- (48) Seng JS, Hassinger JA. Relationship strategies and interdisciplinary collaboration. Improving maternity care with survivors of childhood sexual abuse. *J Nurse Midwifery* 1998 Jul;43(4):287-95.
- (49) Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord* 2008 May;108(1-2):147-57.
- (50) O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:379-407.

- (51) Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzies KM. Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Matern Child Health J* 2011 Oct;15(7):866-75.
- (52) Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 2009 Apr;116(5):672-80.
- (53) Beck CT. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res* 2002 Apr;12(4):453-72.
- (54) Haslam D, Pakenham, KI, Smith, A. Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal* 2006;27(3):276-91.
- (55) Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001 Apr;158(4):638-40.
- (56) O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol* 2009 Dec;65(12):1258-69.

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION GÉNÉRALE

## DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre présente une discussion générale concernant les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse. Il se compose de huit sections. La première offre une synthèse des résultats obtenus dans les deux articles empiriques. La deuxième traite des modèles étiologiques proposant certaines explications quant au développement et maintien de l'ÉSPT et de la dépression dans un contexte postnatal. La présentation de chacun des modèles est suivie d'une discussion portant sur les variables ayant été démontrées comme jouant un rôle significatif dans ce projet de recherche. Puis, la troisième section présente une réflexion sur les liens qui peuvent exister entre l'ÉSPT et la dépression, ainsi que sur la cooccurrence de ces difficultés. À la lumière des résultats obtenus, des implications cliniques sont par la suite proposées dans la quatrième section suivie par un cinquième segment dans lequel les forces et les limites méthodologiques du projet de recherche sont discutées. La sixième section offre quant à elle des pistes de recherches futures, alors que la septième section présente des suggestions concernant le transfert des connaissances relatives à la dissémination des résultats de la présente étude. Enfin, une brève conclusion générale fait l'objet du dernier segment.

### 4.1 Synthèse des principaux résultats

#### 4.1.1 ÉSPT et accouchement

Le premier volet de cette étude visait à évaluer les taux d'incidence et l'évolution des symptômes d'ÉSPT complet et partiel, et ce, à 1, 3 et 6 mois après l'accouchement. Il visait également à évaluer de manière prospective les facteurs associés au développement des symptômes d'ÉSPT un mois après l'accouchement. Le premier article de cette thèse confirme que des symptômes d'ÉSPT sont possibles après un accouchement. Les taux d'incidence des symptômes d'ÉSPT varient en fonction du temps de mesure et de l'instrument utilisé. Tel

qu'attendu, les taux obtenus à l'aide du SCID (entre 0 et 1,1%) sont moins élevés que ceux obtenus à l'aide du questionnaire auto-rapporté (entre 4,9 et 7,6%). À ces nombres, s'ajoute un certain pourcentage de femmes partiellement symptomatiques. Plus précisément, entre 1,2 et 3,2% des femmes évaluées à l'aide du SCID et entre 4,3 et 16,6% évaluées à l'aide de l'ÉMST ont rapporté des symptômes d'ÉSPT partiel. En ce qui concerne l'évolution des symptômes d'ÉSPT, les résultats démontrent une diminution de la proportion des femmes présentant des symptômes d'ÉSPT entre 1 mois et 3 mois ainsi qu'entre 1 mois et 6 mois post-partum. Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec précaution puisqu'un plus grand pourcentage de femmes présentant des symptômes d'ÉSPT à 1 mois a abandonné l'étude à 6 mois. De plus, ces résultats s'appliquent seulement aux femmes ayant complété tous les moments de mesure et il est impossible de se prononcer sur la trajectoire des femmes avec des données incomplètes. En ce qui concerne les facteurs prévisionnels du développement de symptômes d'ÉSPT (complets ou partiels) à 1 mois post-partum, une sensibilité à l'anxiété plus élevée, ainsi qu'un historique de traumatisme sexuel se sont avérés être des facteurs de risque, alors qu'une expérience de l'accouchement vécue positivement et un soutien social jugé comme disponible à 1 mois post-partum se sont avérés être des facteurs de protection. Ces résultats concordent avec les résultats d'autres études retrouvés dans les écrits scientifiques et chacune de ces variables sera discutée en détail dans la prochaine section (Ayers et al., 2009; Fairbrother & Woody, 2007; Keogh et al., 2002; Lev-Wiesel et al. 2009; Söderquist et al., 2006; Soet et al., 2003). Par contre, d'autres variables ne se sont pas avérées significatives dans cette étude contrastant ainsi avec les résultats d'autres études (Creedy et al., 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Fairbrother & Woody, 2007; Söderquist et al., 2002). En effet, la perception des soins et du soutien reçus lors de l'accouchement, le type d'accouchement (p. ex., utilisation d'instruments obstétricaux ou césarienne), ainsi que les résultats au test d'Apgar ne se sont pas avérés être des prédicteurs significatifs du développement de symptômes d'ÉSPT suite à l'accouchement. Ces variables étaient toutefois corrélées avec la présence de symptômes d'ÉSPT, mais n'étaient plus significatives lors des analyses multivariées. Nous n'avons également retrouvé aucune association entre la durée du travail et le développement de symptômes d'ÉSPT. Ces résultats soulignent l'importance des variables personnelles en comparaison aux caractéristiques de l'ÉT.

Autre fait intéressant, la dépression pendant la grossesse ne s'est pas avérée significative dans la prédiction de symptômes d'ÉSPT lié à l'accouchement. Ce résultat ne concorde pas avec d'autres études dans le domaine (Cohen et al., 2004; Söderquist et al., 2006; Van Son et al., 2005). Une hypothèse permettant d'expliquer cette discordance repose sur la façon dont la réaction de stress post-traumatique a été mesurée (c.-à-d., à l'aide d'un score continu versus sur la base de symptômes spécifiques de l'ÉSPT). En effet, la plupart des études précédemment citées ont mesuré la présence de l'ÉSPT sur la base d'un score continu. Toutefois, le chevauchement de symptômes communs entre la dépression et l'ÉSPT pourrait suggérer un état de détresse générale plutôt qu'une réaction spécifique d'ÉSPT. Finalement, il est important de préciser qu'une taille échantillonnale plus élevée aurait peut-être permis d'obtenir des résultats différents et donc similaires à ces études.

#### 4.1.2 Dépression périnatale

Le deuxième volet de la présente thèse visait à évaluer la prévalence de la dépression, et ce, au cours du troisième trimestre de la grossesse ainsi qu'à trois mois post-partum. Il visait également à identifier de manière prospective les facteurs de risque associés à chacune de ces périodes de la périnatalité en prenant soin de distinguer les cas de dépression se développant spécifiquement dans la période post-partum. Dans le deuxième article, le taux de femmes présentant une humeur dépressive a été évalué à 28,3% autour du troisième trimestre de grossesse et à 16,4% à 3 mois post-partum. Parmi les femmes déprimées en post-partum, 6,6% ne l'étaient pas durant la grossesse. En ce qui concerne le cours des symptômes de la dépression, il a été possible d'observer une diminution significative de l'intensité des symptômes dépressifs de la grossesse au post-partum chez les femmes qui ont complété le suivi postnatal. De plus, les résultats permettent d'observer qu'un revenu familial moins élevé, un historique de problèmes émotionnels (p. ex., anxiété, dépression) et d'abus sexuels, un état d'anxiété concomitant, ainsi qu'une plus grande sensibilité à l'anxiété constituent des prédicteurs probants de la présence d'une humeur dépressive durant la grossesse. Ces résultats concordent en majeure partie avec les facteurs de risque recensés dans la recension des écrits de Lancaster et ses collaborateurs (2010). Par contre, certains facteurs de risque tels qu'un historique d'abus sexuels, ainsi qu'une plus grande sensibilité à l'anxiété ont reçu

moins d'attention dans les écrits scientifiques à ce jour. À notre connaissance, il ne semble pas exister d'étude ayant associé la sensibilité à l'anxiété à une dépression prénatale. Chez d'autres populations toutefois, la sensibilité à l'anxiété a été considérée comme un facteur prédisposant à la dépression surtout en ce qui concerne la composante de la peur de perte de contrôle cognitif (Cox, Enns, Freeman, & Walker, 2001; Rector, Szacun-Shimizu, & Leybman, 2007; Taylor, Koch, Woody, & McLean, 1996). D'autres études sont nécessaires afin de mieux comprendre le lien entre la sensibilité à l'anxiété et la dépression auprès de cette population. Un historique d'abus sexuels a aussi été identifié comme prédisant une humeur dépressive durant la grossesse, ce qui concorde avec les résultats d'une autre étude (Rich-Edwards et al., 2011). Comme la grossesse peut venir réactiver certains souvenirs de l'abus chez les femmes qui en ont été victimes, il n'est pas rare d'observer une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression durant cette période. Ce résultat comporte certaines implications cliniques qui seront discutées dans la section appropriée à cet effet.

Qui plus est, quatre facteurs de risque se sont avérés prédire les nouveaux cas d'humeur dépressive à trois mois post-partum. Il s'agit d'une symptomatologie dépressive plus élevée durant la grossesse, d'un historique de problèmes émotionnels, d'un accouchement vécu plus difficilement qu'attendu et d'un plus faible sentiment d'efficacité parentale. Ces résultats concordent avec ceux observés dans les méta-analyses sur la DPP révélant que la dépression prénatale représente un facteur prévisionnel majeur de la DPP, alors que des antécédents de dépression ou d'autres difficultés émotionnelles représentent un facteur prévisionnel modéré (Beck, 1996, 2001; O'Hara & Swain, 1996; Robertson et al., 2004). Par contre, un accouchement vécu plus difficilement qu'attendu, ainsi qu'un faible sentiment d'efficacité parentale sont des variables qui ont reçu moins d'attention dans les écrits scientifiques à ce jour. Ces variables seront discutées plus en détail dans la section suivante.

Plusieurs conceptualisations étiologiques de l'ÉSPT et de la dépression ont été proposées à ce jour. Il serait intéressant de vérifier jusqu'ou les résultats obtenus dans ce projet de recherche peuvent s'intégrer aux modèles théoriques existants. Il serait aussi pertinent de s'interroger sur ce qui peut distinguer ces deux troubles de manière générale,

mais dans un contexte postnatal en particulier. Les prochaines sections de cette thèse tenteront d'adresser ces éléments en présentant un modèle étiologique de l'ÉSPT et de la DPP ainsi qu'en tentant de répondre à la question suivante : qu'est-ce qui peut faire en sorte qu'une femme développera un ÉSPT à la suite de son accouchement alors qu'une autre développera une DPP ou encore une cooccurrence de ces deux difficultés?

#### 4.2 Étiologie et modèles conceptuels

Cette section a pour but de favoriser une meilleure compréhension de l'étiologie des difficultés postnatales présentées et donc, une bonne intégration des facteurs qui prédisposent et favorisent l'apparition et le maintien de ces difficultés. Elle a également pour but de vérifier jusqu'où les résultats obtenus dans ce projet de recherche peuvent s'intégrer aux modèles théoriques existants. Bien qu'il manque d'appui théorique en ce qui concerne l'ÉSPT postnatal, le choix des modèles présentés repose sur leur capacité à mettre de l'avant l'influence de facteurs prévisionnels reconnus dans les écrits scientifiques à ce jour. Les modèles théoriques de cette section seront présentés selon un format précis qui tiendra compte des principaux facteurs en jeu dans le développement des difficultés émotionnelles. Les facteurs de vulnérabilités personnelles seront d'abord présentés (facteurs prédisposants ou prétraumatiques), suivis par la suite de la présentation des facteurs déclencheurs dans le cas de la DPP et des facteurs péritraumatiques dans le cas de l'ÉSPT, pour terminer par les facteurs de maintien.

##### 4.2.1 Modèle ÉSPT et accouchement

Il ne semble exister aucun modèle théorique spécifique et soutenant l'ÉSPT se développant à la suite d'un accouchement. Considérant le manque d'appui théorique, l'auteure a jugé pertinent de proposer un modèle conceptuel afin de mettre en lumière les résultats obtenus dans ce domaine, et plus particulièrement dans le dit projet de recherche. Le modèle a non seulement été élaboré à partir de la recension des écrits portant sur l'ÉSPT postnatal, mais il s'inspire également de certains modèles étiologiques existants (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000; Horowitz, 1986; Jones & Barlow, 1990;

Joseph, Williams, & Yule, 1995). L'ÉT est conceptualisé dans ce modèle à la fois comme un événement ne pouvant pas être intégré ou assimilé immédiatement en raison d'une surcharge d'information (émotionnelle et cognitive), ainsi que comme un stimulus inconditionnel hautement aversif. L'information est donc en quelque sorte figée et stockée dans la mémoire sous forme de souvenirs plus ou moins conscients. L'individu ayant vécu l'ÉT tentera de l'intégrer après coup à partir de ces souvenirs. Le modèle présenté inclut une combinaison de facteurs de risque, tels que les facteurs de vulnérabilité personnelle et le type d'accouchement. Il inclut aussi certaines variables modératrices qui viendront influencer le développement et le maintien des symptômes d'ÉSPT.

Les facteurs de vulnérabilité personnelle présents avant l'accouchement jouent un rôle majeur dans ce modèle, car ils rendent compte des différences individuelles quant aux façons de réagir à un événement et de s'adapter à celui-ci. Les facteurs prétraumatiques comprennent entre autres la vulnérabilité biologique, les difficultés émotionnelles présentes avant l'accouchement (p. ex., anxiété, dépression), l'histoire personnelle et les expériences et traumatismes antérieurs (p. ex., abus sexuels passés), les traits de personnalité, le style cognitif et les schémas existants, ainsi que les capacités d'adaptation propre à chacune des personnes. Ces variables auront une grande influence sur la façon dont la personne réagira lors de l'accouchement, ainsi que sa façon d'interpréter son expérience par la suite. Comme l'accouchement est un événement prévisible dans le temps, la femme aura aussi le temps de prévoir, d'anticiper et de se préparer à l'événement, ce qu'on ne peut retrouver chez d'autres types de populations qui vivront un ÉT. Le rôle des attentes est donc à considérer auprès de cette population.

La sévérité ou le type d'accouchement (p. ex., complications, césarienne d'urgence), sera aussi un facteur à examiner dans le développement ou non de l'ÉSPT de par l'intensité émotionnelle qu'il peut susciter. Les réactions de la femme lors de cet accouchement vont également influencer la modulation des réactions post-traumatiques par la suite. Pendant l'accouchement, la femme vivra une panoplie d'émotions (p. ex., peur, panique, colère, honte, tristesse, déception, etc.) et de sensations physiques (p. ex., douleur). Ces sensations pourront être d'intensités diverses selon les différences individuelles et le type

d'accouchement. La femme évaluera également de façon cognitive l'événement, c'est-à-dire la menace perçue à sa vie ou à son intégrité physique ou encore à celle de son enfant. Elle évaluera également son niveau de contrôle sur la situation ou sa capacité à faire face à la situation. L'interprétation cognitive qu'elle fera de son accouchement aura des impacts sur ses émotions. De la même manière, les émotions vécues pendant l'événement viendront influencer l'interprétation cognitive que la femme fera de celui-ci (p. ex., une douleur intense ressentie durant l'accouchement pourrait accentuer la perception de danger). Généralement, pour qu'un accouchement soit vécu de façon traumatique, il doit susciter une charge émotionnelle intense. Bien que les réactions aient été décrites en détail dans ce paragraphe, la femme n'aura certainement pas le temps de tout saisir sur le coup, surtout en cas de détresse, et certaines de ses réactions pourront être ressenties, emmagasinées, mais pas nécessairement comprises et intégrées.

Après l'accouchement, la femme essaiera de comprendre cette charge émotive et de donner un sens à l'événement dans le but de mieux l'intégrer. Plus précisément, un processus cognitif d'accommodation<sup>2</sup> ou d'assimilation<sup>3</sup> de la nouvelle information sera mis en branle afin de permettre l'intégration. Si l'événement engendre des éléments trop conflictuels avec les schémas et conceptions de soi et du monde préexistants ou s'il réactive un traumatisme passé, le travail d'intégration sera exigeant. Ce processus d'intégration cognitif, mais aussi émotionnel pourra engendrer diverses réactions et symptômes tout dépendant des mécanismes d'adaptation de la personne. L'exposition à un ÉT entraîne bien souvent l'émergence d'émotions puissantes et envahissantes. À l'autre bout du continuum toutefois, les émotions peuvent être complètement niées. La notion de processus est ici très importante, car elle fait référence à une transformation progressive dans le temps. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène statique, mais bel et bien en mouvement et l'intégration ne se fera pas de façon linéaire. Au départ, la personne se sentira peut-être envahie par des souvenirs intrusifs qu'elle n'arrivera pas à contrôler. Les stimuli internes (p. ex., symptômes physiques d'anxiété) et externes (p. ex., personnel médical, salle d'accouchement, le bébé) présents lors de l'accouchement pourront également être associés par conditionnement classique à la

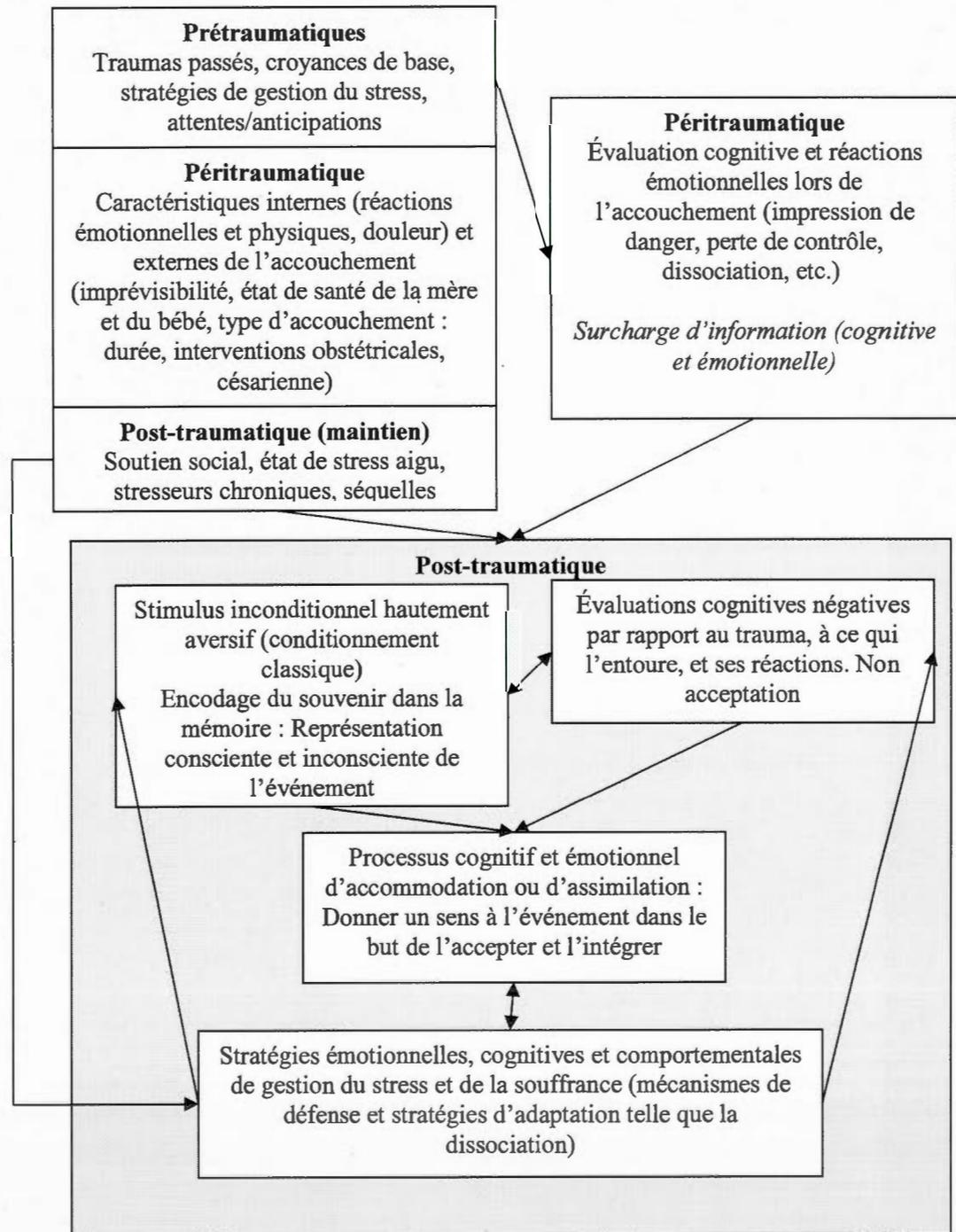
---

<sup>2</sup> Modification des conceptions préexistantes pour qu'elles puissent accepter la nouvelle expérience traumatique

<sup>3</sup> Modification du sens de l'événement pour qu'il puisse s'intégrer aux conceptions préexistantes

réaction de peur ou de détresse ressentie lors de l'accouchement et devenir eux-mêmes générateurs de fortes réactions émotionnelles. Les interprétations et le sens que la femme attribuera à son accouchement influenceront également ses réactions émotionnelles et pourront contribuer à la détresse. Bref, la détresse engendrée par les symptômes intrusifs, les divers éléments rappelant le traumatisme, et les interprétations que fera la personne suite à l'événement amènera cette dernière à utiliser différentes stratégies afin d'apaiser sa souffrance.

Les variables modératrices telles que les modes de gestion du stress et des émotions ainsi que le soutien social auront un impact non négligeable dans le développement et le maintien des symptômes d'ÉSPT. Les diverses stratégies émotionnelles, cognitives et comportementales mises en place afin de gérer la détresse vécue pourront soit être efficaces (p. ex., recherche du soutien social, entreprendre une psychothérapie) ou encore rendre l'intégration moins favorable (p. ex., consommation d'alcool, dissociation, déni, détachement des affects, isolement). Bien que l'être humain puisse avoir une tendance naturelle à éviter les sensations désagréables, l'utilisation de l'évitement à long terme empêchera l'ÉT de s'intégrer. De plus, le soulagement ressenti lors de l'évitement contribuera au maintien de cette stratégie, par renforcement négatif et par le fait même, au maintien des symptômes d'ÉSPT. Finalement, le soutien social peut être vu dans ce modèle comme une variable faisant partie du contexte environnemental de la victime. Donc, la recherche du soutien peut être définie comme une stratégie active de gestion du stress/détresse et ainsi atténuer ou accentuer le niveau de stress/détresse. Le soutien de l'entourage peut également influencer l'individu dans son interprétation de l'événement et sa façon de l'intégrer. Toutefois, l'interprétation que l'individu fait du soutien social reçu n'est pas à négliger. Les interactions positives ou négatives avec les autres peuvent ainsi induire des interprétations négatives chez la victime.



Les flèches indiquent l'influence des variables les unes sur les autres

**Figure 4.1** Modèle intégratif de l'ÉSPT lié à l'accouchement.

#### 4.2.1.1 Historique d'abus sexuels

Dans ce projet, une histoire de traumatisme sexuel s'est avérée être le prédicteur le plus fortement relié au développement d'un ÉSPT. D'autres études ont rapporté un lien similaire démontrant que les femmes ayant subi un trauma de nature sexuelle étaient plus à risque de juger leur accouchement comme étant traumatique et de présenter un ÉSPT ou du moins une augmentation des symptômes de reviviscence et d'hyperactivation (Ayers et al., 2009; Lev-Wiesel, Daphna-Tekoah, & Hallak, 2009; Soet et al., 2003). Selon Brillon (2007), il n'est pas rare qu'un ÉT provoque une exacerbation des symptômes et des émotions reliés à un traumatisme antérieur qui n'a jamais été intégré psychologiquement auparavant. Et ce, surtout si les deux événements comportent certaines similarités et que le traumatisme antérieur était grave et s'est produit en bas âge. Les victimes d'abus sexuels dans l'enfance, peuvent avoir eu recours et avoir encore recours aujourd'hui, à divers mécanismes de défense ou d'adaptation pour se protéger émotionnellement de cette expérience inconcevable, tels que la dissociation ou le refoulement. Selon l'APA (2000), la dissociation consiste en une altération de certaines fonctions normalement intégrées telles que l'identité, la mémoire, la conscience ou la perception de l'environnement. Elle peut être soudaine ou progressive, transitoire ou chronique. Les victimes d'abus peuvent aussi avoir refoulé en partie ou en totalité les souvenirs de l'abus hors du champ de leur conscience. Ce mécanisme permet aux victimes de poursuivre leur vie sans constamment revivre ou être en contact avec les sensations intolérables du passé. Toutefois, l'utilisation de tels mécanismes peut engendrer des mémoires vagues et fragmentées faisant en sorte qu'une partie de l'information n'est pas accessible. Pour cette raison, il peut être difficile pour la femme de faire un lien conscient entre l'abus et l'accouchement. Il semble toutefois que l'accouchement de par le fait qu'il partage des sensations similaires avec l'abus (p. ex., sentiment d'impuissance, manque de contrôle sur les sensations physiques, sensations vaginales de toutes sortes, douleur, nudité, etc.), puisse raviver les souvenirs refoulés d'un traumatisme sexuel passé, ce qui peut avoir un impact majeur sur le déroulement de l'accouchement (Hobbins, 2004; Leeners, Richter-Appelt, Imthurn, & Rath, 2006). La femme qui n'est pas consciente de ces éléments pourra être surprise de ses réactions lors de l'accouchement et être replongée dans une détresse du passé qui se rejoue dans le présent (détresse non mentalisée, mais enregistrée

dans le corps). Ces aspects soulignent l'importance de l'histoire personnelle dans l'interprétation et la façon de vivre l'ÉT.

#### 4.2.1.2 Sensibilité à l'anxiété

La sensibilité à l'anxiété, évaluée pendant la grossesse, s'est avérée être un prédicteur significatif au développement d'un ÉSPT. Ces résultats rejoignent la littérature générale sur l'ÉSPT (Asmundson & Stapleton, 2008; Elwood, Hahn, Olatunji, & Williams, 2009; Naragon-Gainey, 2010) ainsi que celle portant spécifiquement sur l'accouchement (Fairbrother & Woody, 2007; Keogh et al., 2002). La sensibilité à l'anxiété fait référence à la peur des sensations d'anxiété et à la croyance que ces sensations puissent avoir des conséquences néfastes pour l'individu sur le plan physique, mental ou social. Bien qu'elle puisse fluctuer après un traitement, elle est considérée comme un trait relativement stable pouvant jouer un rôle dans la prédisposition et le maintien des symptômes d'anxiété (Fedroff, Taylor, Asmundson, & Koch, 2000; Taylor, 2004). Sur le plan clinique, quelques hypothèses permettent d'expliquer le lien entre la sensibilité à l'anxiété et l'ÉSPT. D'abord, il semble que la sensibilité à l'anxiété puisse contribuer à l'amplification de la réaction émotionnelle (Taylor, 2004). En effet, en plus d'être anxieux face aux événements stressants, les gens étant plus sensibles à l'anxiété auront également tendance à s'inquiéter de leur réaction d'anxiété, ce qui amplifie leur réponse émotionnelle. De plus, il est possible que la sensibilité à l'anxiété puisse amener un individu à éviter davantage les stimuli remémorant l'ÉT, ce qui ne permet pas d'intégrer l'ÉT ainsi que les émotions qui y sont reliées.

La sensibilité à l'anxiété a aussi été démontrée comme jouant un rôle important dans la façon de vivre et de percevoir la douleur auprès de différentes populations. Elle a été associée à l'expérience d'un niveau plus élevé de douleur pendant le travail et l'accouchement. (Lang, Sorrell, Rodgers, & Lebeck, 2006). Certains modèles théoriques permettent d'expliquer comment l'anxiété et la peur peuvent exacerber la douleur (Norton & Asmundson, 2003). Brièvement, il est suggéré qu'une personne plus sensible à l'anxiété aura tendance à adopter certains comportements/attitudes qui exacerbent la douleur tels que l'évitement, les pensées catastrophiques à propos de la douleur et la non-acceptation

de celle-ci. D'abord, une personne plus sensible à l'anxiété portera davantage à la douleur ressentie lors de l'accouchement et elle aura tendance à interpréter ses sensations comme menaçante ou dangereuse. Un cercle vicieux pourra s'installer de sorte que la peur et l'anxiété conduiront à une plus grande tension musculaire et activation physiologique confirmant ainsi que les sensations sont dangereuses, ce qui augmentera l'anxiété et la douleur ressentie en retour. En résumé, la sensibilité à l'anxiété pourrait jouer un rôle dans la gestion de la douleur et l'interprétation des sensations physiques lors de l'accouchement, ainsi que dans le maintien de l'ÉSPT en raison d'une tendance à l'évitement.

#### 4.2.1.3 Évaluation cognitive

Une expérience de l'accouchement vécue plus négativement qu'attendu a aussi été associée au développement d'un ÉSPT. Ce résultat confirme ce qui a été trouvé dans l'étude de Soet et ses collègues (2003). Il ne semble toutefois pas exister d'autre étude ayant mesuré le construit de cette façon. Sur le plan clinique, le résultat obtenu dans la présente étude pourrait s'expliquer en fonction du rôle des attentes et de leur influence sur le niveau de préparation. Par exemple, une femme qui est moins consciente de ses peurs par rapport à l'accouchement ou qui utilise davantage des stratégies de *coping* axé sur l'évitement ou le déni ressentira probablement moins la nécessité de se préparer. Advenant le cas où l'accouchement se déroule moins bien que ce qui était attendu, il est fort possible qu'elle se sente plus démunie. Cette variable pourrait aussi refléter que la femme a été confrontée à une expérience surprenante et intense qui a engendré une surcharge émotionnelle qu'elle n'a pas pu gérer sur le coup.

L'évaluation subjective que fait la personne pendant et après l'événement joue un rôle important dans le développement et le maintien d'un ÉSPT. Comme l'accouchement est un événement prévisible, la femme aura le temps de l'anticiper et de s'y préparer. La peur de l'accouchement ou l'anticipation négative face au déroulement de celui-ci peut faire référence à une expérience passée difficile ou encore à des variables personnelles (p. ex., peur d'avoir peur) et peut conduire à divers comportements d'évitement (p. ex., demande d'une césarienne planifiée). Par la suite, les interprétations que la femme entretiendra à propos du

déroulement de son accouchement pourront avoir un rôle central à jouer dans le maintien de l'ÉSPT (p. ex., le fait de se blâmer). Les résultats de l'équipe de Ford, Ayers et Bradley (2010) ayant testé le modèle cognitif d'Ehlers et Clark (2000) révèlent en effet que les cognitions post-traumatiques que la personne entretient à propos de soi et du monde ont un effet direct sur les symptômes d'ÉSPT à 3 semaines post-partum.

#### 4.2.1.4 Soutien social

Dans ce projet de recherche, le soutien social évalué comme étant moins accessible 1 mois après l'accouchement s'est avéré être un prédicteur du développement d'un ÉSPT. Ceci n'a toutefois pas été le cas du soutien social évalué pendant la grossesse. Le soutien social fait référence aux comportements des proches en réponse aux besoins de l'individu. Il existe deux formes principales de soutien social, soit le soutien structurel faisant référence à la quantité des contacts sociaux réguliers et le soutien fonctionnel référant à la qualité des ressources disponibles en ce qui concerne l'accomplissement de certaines tâches sur le plan émotionnel, informationnel et instrumental. Dans cette étude, nous avons évalué le soutien social fonctionnel perçu par les femmes. Le soutien social a reçu beaucoup d'attention dans les écrits scientifique sur l'ÉSPT ces dernières années. Les méta-analyses démontrent qu'un soutien social restreint ou inadéquat est l'un des facteurs de risque les plus importants en ce qui a trait au développement et maintien des symptômes d'ÉSPT (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Plus précisément, ces méta-analyses rapportent que la force de la relation entre le soutien social et l'ÉSPT est plus importante auprès de populations présentant un ÉSPT chronique (p. ex., militaires) ou encore lorsque la période de temps écoulé entre l'évaluation et le trauma est plus longue, ce qui peut suggérer que le soutien social agit comme facteur de protection contre la chronicisation des symptômes d'ÉSPT. Bien qu'il existe très peu d'étude dans le domaine du post-partum qui ont évalué le soutien social, une étude va dans le même sens que cette hypothèse. L'équipe de Söderquist et al. (2006) observe que la perception du soutien social reçu par les femmes présentant un ÉSPT suite à l'accouchement diminue dans le temps contrairement à celles n'en présentant pas. Le soutien social pourrait donc être vu comme un facteur de protection contre la chronicisation. Toutefois, il pourrait aussi être possible que les symptômes d'ÉSPT influencent la perception du soutien social reçu.

#### 4.2.2 Modèle de la dépression post-partum

Il existe une variété de modèles étiologiques de la dépression variant en fonction des approches théoriques. Toutefois, selon Akiskal (1985) la dépression n'est pas un phénomène étiologiquement unitaire, mais une voie finale commune qui résulte de l'interaction de multiples facteurs de risque selon un modèle diathèse-stress. La diathèse est une vulnérabilité génétique qui pourrait s'associer à des traits de personnalité, des facteurs sociodémographiques et des facteurs de développement individuel (p. ex., séparations précoces, perte d'un ou des deux parents avant 15 ans, etc.). Le stress quant à lui fait référence à certains événements de vie stressants qui représenteraient des facteurs déclencheurs. Il s'agit notamment de stressseurs psychosociaux tels un deuil, une séparation, des changements brusques de style de vie, un échec professionnel. Le modèle diathèse-stress se rapproche en fait du modèle biopsychosocial accepté par la plupart des chercheurs et cliniciens dans le domaine de la DPP. En effet, bien que l'étiologie de la DPP soit encore mal élucidée, les auteurs s'entendent pour dire qu'il n'existe pas de cause unique, mais bel et bien une combinaison de facteurs qui peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement de la DPP. Les facteurs déclencheurs peuvent être de nature physique, hormonale, sociale, psychologique ou affective et varier selon les personnes.

##### 4.2.2.1 Le modèle biopsychosocial de la dépression postnatale

L'équipe de Milgrom (2001) a développé un modèle biopsychosocial intéressant qui permet d'apporter certaines pistes explicatives quant aux facteurs de déclenchement et maintien de la DPP. Ce modèle s'appuie sur les principaux facteurs de risque recensés dans la littérature sur la DPP. Cependant, ce modèle n'aborde pas directement les facteurs de protections. Il intègre également les dimensions cognitives et comportementales présentes dans la DPP et justifie donc la pertinence de les cibler dans une TCC<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Les approches comportementales conçoivent la dépression comme résultant d'une perte de renforcement positif ou encore d'une impuissance acquise. En ce qui concerne les approches cognitives, elles la voient plutôt comme une perturbation dans le traitement de l'information liée elle-même à des schémas cognitifs dysfonctionnels. Ces schémas cognitifs inconscients seraient situés dans la mémoire à long terme qui filtre l'information.

Les facteurs de vulnérabilités personnelles démontrent que certaines femmes sont plus à risque de développer une DPP et de réagir au stress non seulement à cause de facteurs psychologiques, mais aussi en raison de prédispositions génétiques et biologiques. Les facteurs psychologiques peuvent inclure entre autres le fait d'avoir eu un modèle parental pauvre ou inadéquat, les schémas cognitifs, croyances et le style de penser dysfonctionnels ou irréalistes, les attentes qu'entretient la femme par rapport à sa grossesse, l'enfant à naître, et son rôle de mère, ainsi que les mécanismes d'adaptation propre à chacune des personnes.

Les facteurs de vulnérabilités peuvent interagir par la suite avec les facteurs déclencheurs pour susciter l'apparition de la DPP. Ces facteurs peuvent être de nature psychologique (p. ex., naissance traumatique, événements de vie stressant, conflits avec le partenaire) ou bien biologique (p. ex., chute brutale du taux d'œstrogène après la naissance). Toutefois, bien que les changements hormonaux qui surviennent après l'accouchement soient considérés comme ayant un rôle à jouer dans la DPP, aucune étiologie hormonale spécifique n'a encore été identifiée (Flores & Hendrick, 2002). Bien entendu, d'autres variables peuvent venir moduler le développement des symptômes dépressifs. Par exemple, la disponibilité d'un soutien social de qualité peut être un facteur de protection. À l'inverse, un style de pensée négatif peut venir augmenter l'impact d'un événement de vie difficile. Par exemple, une femme qui a tendance à interpréter les événements de manière catastrophique plutôt que d'opter pour l'utilisation de stratégies de résolutions de problème a plus de risques de vivre la naissance et ce qui l'entoure (p. ex., césarienne non planifiée, adaptation au rôle de mère, etc.) comme des événements pénibles. Le tempérament de l'enfant peut aussi avoir un rôle non négligeable dans le déclenchement de la DPP.

Lorsque la dépression s'installe, plusieurs variables peuvent favoriser une aggravation de l'humeur ou son maintien, c'est ce que l'on nomme les facteurs d'entretien. Encore une fois, le style cognitif de la femme et sa façon d'interpréter les événements influencera les émotions ressenties face à son rôle de mère et ce qui entoure la maternité. Par exemple, une femme qui se perçoit comme étant inadéquate aura plus de risque de vivre des émotions négatives. Les symptômes de dépression peuvent aussi avoir un impact sur la

relation conjugale qui elle peut être perçue à son tour comme procurant moins de soutien. De la même manière, des difficultés dans la relation mère-enfant peuvent entretenir la dépression ainsi que les émotions négatives telles qu'un sentiment de culpabilité et d'incompétence. Ainsi, un bébé qui commence à éviter le regard en réaction à l'indisponibilité de la mère fera en sorte qu'elle se sente inadéquate et encore plus déprimée. Tous ces éléments peuvent engendrer un cercle vicieux et maintenir les symptômes dépressifs.

Finalement, le modèle considère l'apport des facteurs socioculturels dans un cadre plus étendu. Les croyances sociales diffusent souvent à tort l'idée que la maternité est une expérience positive en soi. Cette image véhiculée par la société peut favoriser l'apparition d'un sentiment de culpabilité, d'inadéquation ou encore une perte d'estime de soi chez les femmes pour qui ce n'est pas nécessairement le cas.

En résumé, bien que le modèle soit spéculatif et incomplet, il souligne la complexité de la DPP ainsi que l'interaction des facteurs en cause dans cette problématique. Il est possible de croire que plus il y a de facteurs de risque et peu de facteurs de protections, plus une réaction dépressive est probable, mais pas nécessairement. Par exemple, un événement déclencheur de faible intensité pourrait déclencher une DPP chez une femme hautement vulnérable, alors qu'il ne déclencherait pas cette réaction chez une femme moins vulnérable. Par contre, cette dernière pourrait développer une dépression à la suite d'un grand nombre d'événements stressants survenant simultanément.

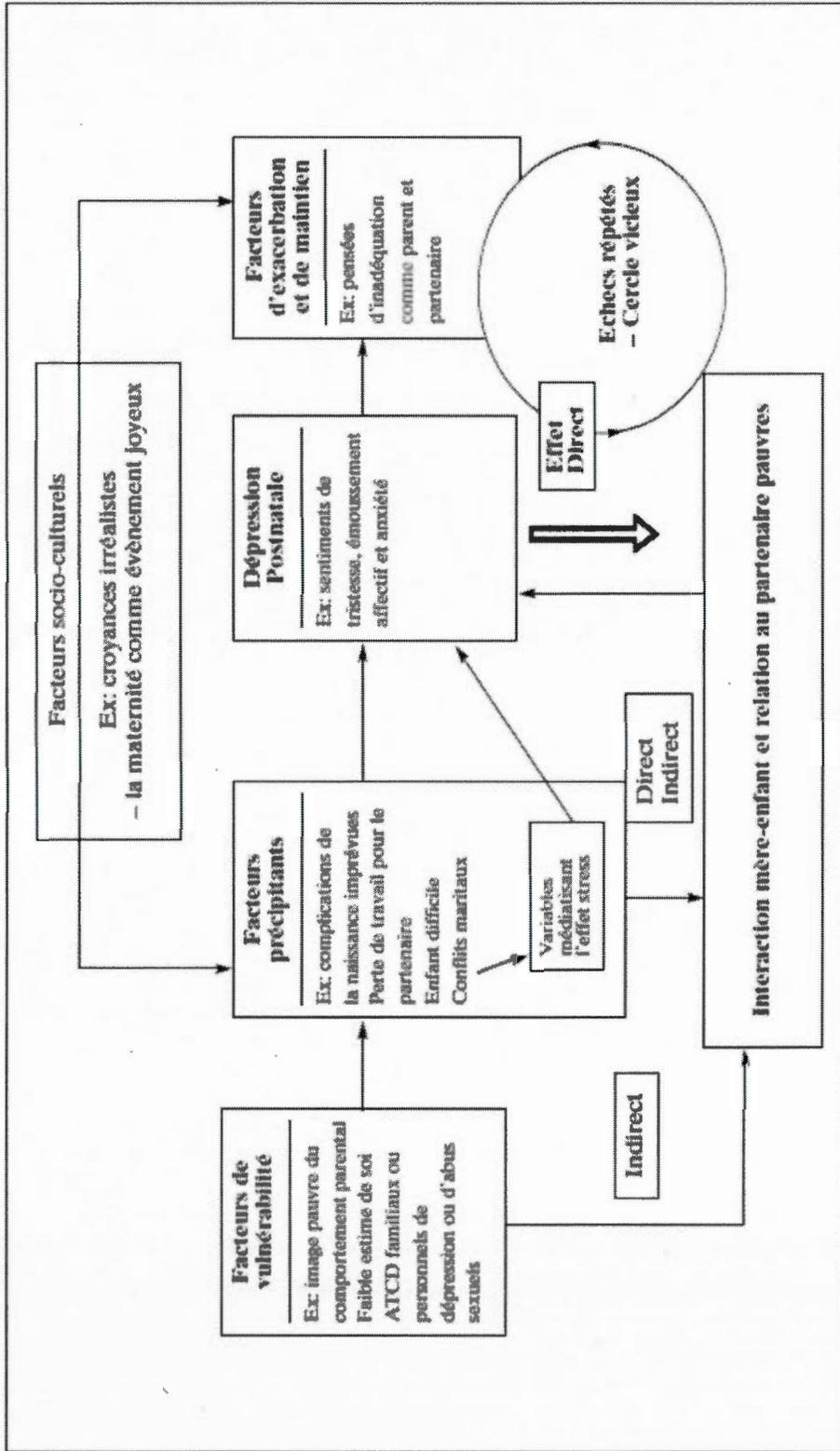


Figure 4.2 Modèle biopsychosocial de la dépression postnatale de Milgrom (2001).

#### 4.2.2.2 Histoire de dépression et dépression prénatale

Un historique de dépression ou d'autres difficultés émotionnelles, ainsi qu'une dépression prénatale sont parmi les facteurs de risque de la DPP les plus reconnus à ce jour. Ces facteurs présentent également des ampleurs de l'effet les plus élevées dans les méta-analyses (Beck, 2001; Robertson et al., 2004). Les études ont démontré de manière constante que le fait d'avoir déjà présenté des symptômes dépressifs dans le passé (non seulement relié à la période post-partum) augmente considérablement le risque de développer une DPP. Malgré la reconnaissance de ces facteurs de risque, il est difficile de déterminer sur la base des données existantes si le risque est attribuable à une vulnérabilité génétique à la dépression ou tout simplement aux effets environnementaux et affectifs (p. ex., grandir dans une famille souffrant de difficultés émotionnelles auprès de laquelle notre personnalité s'est forgée). Il a d'ailleurs été démontré que certains styles de personnalité peuvent rendre les personnes plus sujettes à la dépression (p. ex., personnalité limite, dépendante, anxieuse et autocritique, faible estime de soi) (Corruble, 2009).

#### 4.2.2.3 L'évaluation cognitive

Tout comme pour l'ÉSPT, une expérience de l'accouchement vécue plus négativement qu'attendu a aussi été associée au développement d'une DPP. Ce facteur de risque a reçu très peu d'attention à ce jour dans ce domaine et il mérite une attention particulière. En référence au modèle présenté, il est considéré que des complications imprévues à la naissance peuvent agir à titre de facteur déclencheur dans le développement d'une DPP. Il peut aussi être avancé que l'évaluation subjective que la femme fera de son accouchement, son attitude et ses attributions face aux complications pourront moduler l'apparition et le maintien de la DPP. Une femme avec des exigences élevées ou des attentes irréalistes par exemple pourra avoir du mal à accepter que l'accouchement ne se soit pas déroulé comme elle l'aurait souhaité. Si cette femme souhaitait accoucher de façon naturelle, mais que cela ne s'est pas produit pour diverses raisons et qu'elle fait des attributions internes, stables dans le temps et globales à sa personne par la suite (p. ex., « je ne suis pas une vraie femme si je n'ai pas eu un accouchement par voie naturelle ») il est fort possible

que cela engendre des émotions négatives et qu'elle se sente déprimée. Il a d'ailleurs été suggéré qu'une incongruence entre les attentes et la réalité par rapport à l'accouchement ainsi qu'une sensation de perte (p. ex., perte de contrôle par rapport à soi et à sa vie) puissent avoir un impact dans le développement et le maintien des symptômes de dépression (Beck, 2002). D'autres auteurs soutiennent que pendant la grossesse, la femme se crée une image de l'enfant à venir et qu'après la naissance, la mère est confrontée à un travail de « deuil » : deuil de son état de grossesse (passage d'un état de plénitude à un vide) et de l'enfant imaginaire qui ne correspond pas vraiment à la réalité (Masmoudi, Trabelsi, Charfeddine, & Jaoua, 2006). Ainsi, une incongruence marquée entre les attentes et la réalité pourrait être un facteur déclencheur de la DPP.

#### 4.2.2.4 L'auto-efficacité parentale

Le sentiment d'efficacité personnelle est un concept qui a d'abord été introduit par Bandura (1986). Il réfère à la croyance que possède un individu en sa capacité à atteindre des buts ou à faire face à différents événements. Le sentiment d'efficacité personnelle influence les accomplissements et le bien-être de plusieurs façons. Règle générale, un fort sentiment d'efficacité amène à se fixer de meilleurs buts, à faire plus d'efforts, à persévérer davantage et à mieux se remettre des échecs. Un faible sentiment d'efficacité peut souvent rendre les gens plus vulnérables au stress et à la dépression. Dans les écrits scientifiques sur la DPP, un sentiment d'efficacité parentale plus faible a été associé à un plus grand risque de DPP mineure, alors qu'un sentiment d'efficacité plus élevé à une diminution du risque (Davey et al., 2011; Haslam et al., 2006). Reece (1992) a aussi démontré qu'un sentiment d'efficacité parentale élevé est associé à une diminution du stress perçu et favorise ainsi l'adaptation de la mère en post-partum. Bref, il semble que le sentiment d'efficacité personnelle puisse jouer un rôle important dans l'adaptation de la mère à son rôle parental et ainsi affecter son humeur. Plusieurs variables présentes avant l'accouchement peuvent certainement influencer le sentiment d'efficacité parental tel que l'estime de soi de la mère et la relation mère-enfant. Dans le modèle présenté, un faible sentiment d'efficacité parental fait partie des facteurs d'exacerbation et de maintien de la DPP.

En résumé, comme il ne semble exister à ce jour aucun modèle conceptuel spécifique au développement de l'ÉSPT à la suite d'un accouchement et que celui présenté dans le cadre de cette thèse est purement hypothétique, il importe de poursuivre les recherches dans le domaine de la conceptualisation de ce trouble auprès de cette population. Malgré tout, les modèles existants sur l'ÉSPT semblent pouvoir s'appliquer jusqu'à un certain point à cette population et ont permis une intégration des facteurs de risque retrouvés dans le présent projet de recherche. En ce qui concerne la DPP, le modèle présenté a permis de mettre l'accent sur l'influence de plusieurs variables reconnues dans les écrits scientifiques dans le développement et le maintien de la DPP. Il a aussi permis de mettre en lumière la plupart des résultats obtenus dans le présent projet de recherche. Ce modèle pourrait toutefois être raffiné davantage afin d'inclure certaines variables retrouvées dans ce projet qui ne sont pas nommées de façon explicite dans le modèle. C'est le cas entre autres d'un accouchement vécu plus négativement qu'attendu ainsi qu'un faible sentiment d'efficacité parental. Il serait aussi important d'obtenir une meilleure compréhension des variables modératrices et médiatrices en jeu dans la DPP. Il serait également pertinent de poursuivre les recherches sur les facteurs prévisionnels associés au développement d'une dépression débutant spécifiquement dans la période post-partum. Finalement, les deux modèles gagneraient à porter une plus grande attention et à intégrer davantage les facteurs de protection. Il importe de pouvoir distinguer les facteurs qui influencent le développement et le maintien des difficultés postnatales de ceux qui favorisent une meilleure adaptation en prévenant l'apparition de symptômes ou en atténuant leur intensité.

#### 4.3 Distinction entre les troubles reliés au post-partum

Cette section présente une réflexion sur les liens qui peuvent exister entre l'ÉSPT et la dépression, ainsi que sur la cooccurrence de ces difficultés. Elle a pour but de souligner l'importance d'une bonne compréhension de chacune des particularités des troubles dans le but d'être en mesure d'établir un diagnostic différentiel. Une bonne connaissance des troubles et des facteurs prévisionnels associés permet une meilleure conceptualisation de ceux-ci et de guider ainsi les cliniciens vers les traitements appropriés. En ce qui concerne la population à l'étude, il est important de bien distinguer l'ÉSPT des symptômes d'anxiété et de dépression

pouvant représenter une détresse d'ordre plus générale en période postnatale. Toutefois, la distinction n'est pas toujours simple à faire, et ce, pour diverses raisons. Le premier obstacle concerne le chevauchement et le partage de symptômes communs entre certains troubles mentaux comme c'est le cas entre autres pour l'ÉSPT et le TDM. Dans les écrits scientifiques, il n'y pas de consensus sur le nombre de symptômes qui sont communs aux deux troubles. De manière générale, on retrouve l'insomnie, la perte de plaisir, les difficultés de concentration, l'agitation psychomotrice, le sentiment de détachement et d'avenir bouché, ainsi que la restriction des affects (APA, 2000; Blanchard, Buckley, Hickling, & Taylor, 1998; Shalev et al., 1998; Ducrocq, Vaiva, Cottencin, Molenda, & Bailly, 2001). En ce qui a trait à la période périnatale, il est également commun d'observer un chevauchement entre les symptômes d'anxiété (p. ex., attaques de panique) et de dépression chez les femmes aux prises avec une DPP (APA, 2000, 2013). Dans l'étude d'Ayers et ses collègues (2009) par exemple, les symptômes de reviviscence et d'évitement se sont avérés être des prédicteurs d'un ÉSPT post-accouchement alors que ceux reliés à une restriction des affects et à une hyperactivation neurovégétative étaient fortement associés avec la dépression et l'anxiété. La façon dont l'ÉSPT est évalué est donc d'une importance capitale. Une évaluation basée seulement sur un score continu pourrait refléter une détresse générale dans la période post-partum plutôt qu'une réponse spécifique d'ÉSPT si un diagnostic différentiel n'a pas été effectué.

Un autre obstacle à la distinction des deux troubles concerne la comorbidité. La comorbidité fait référence à la coexistence temporelle de deux ou plusieurs troubles psychiatriques ou de la personnalité. Bien que l'ÉSPT puisse être le trouble le plus fréquemment associé à l'exposition à un ÉT, il ne représente seulement qu'une partie du tableau clinique (Foa, Stein, & McFarlane, 2006). En fait, l'ÉSPT se présente souvent en cooccurrence avec d'autres troubles et parmi ceux-ci, la dépression majeure est l'une des conditions les plus concomitantes (Kessler, Chiu, et al., 2005; Kessler et al., 1995). Les résultats du premier article de cette thèse révèlent que parmi les femmes présentant des symptômes d'ÉSPT (partiel ou complet) respectivement à 1, 3 et 6 mois, 18 (33.3%), 13 (50%) et 6 (35.3%) des femmes ont également obtenu un score  $\geq 10$  sur l'EPDS. Ces résultats concordent avec ceux retrouvés des les autres études ayant évalué l'humeur

dépressive et les réactions de stress post-traumatique auprès de la population à l'étude (Czarnocka & Slade, 2000; Lyons, 1998; White et al., 2006; Zaers et al., 2008). En effet, malgré la coexistence de l'ÉSPT et de la DPP, ces chercheurs observent que ces troubles se présentent également de manière indépendante, c'est-à-dire que certaines femmes présentent un ÉSPT sans présenter de DPP et vice versa. La cooccurrence des deux troubles peut donc complexifier l'évaluation et la distinction entre les troubles reliés au post-partum. Certains auteurs postulent toutefois que l'existence de symptômes similaires parmi les critères diagnostiques de l'ÉSPT et du TDM pourrait laisser croire que la dépression serait un artéfact de l'ÉSPT (Blanchard et al., 1998). Selon cette hypothèse, ces deux troubles pourraient donc être des manifestations inter reliées d'un seul construit (réponse au trauma) et il serait pertinent de conceptualiser la cooccurrence du TDM et de l'ÉSPT à la suite d'un trauma comme un seul et même construit. Par contre, une autre hypothèse veut cependant que les deux troubles représentent deux réponses distinctes à la suite d'une exposition à un ÉT et donc, deux construits différents. Dans ce cas-ci, l'ÉSPT tout comme la dépression pourrait se présenter de manière indépendante à la suite d'une exposition à un ÉT. La dépression pourrait également être secondaire à l'ÉSPT. Dans le contexte postnatal, nous pouvons supposer que les deux troubles soient distincts, bien qu'ils puissent se présenter en comorbidité, compte tenu du fait que l'accouchement n'est pas évalué comme une expérience traumatisante par toutes les femmes et que pour certaines, c'est la période postnatale à proprement dit qui est source de difficultés.

Un autre élément ne facilitant pas la distinction entre les troubles concerne une vulnérabilité partagée entre ceux-ci. En considérant les deux modèles théoriques présentés, il est facile de constater qu'il existe une vulnérabilité partagée entre les deux difficultés postnatales présentées. En effet, plusieurs facteurs sont des facteurs de risque à la fois pour le TDM et l'ÉSPT (Breslau et al., 1998; Carlson & Rosser-Hogan, 1991; Kendler, Gardner, & Prescott, 2002). La présence de symptômes d'un des troubles semble d'ailleurs augmenter le risque de développer l'autre à plus long terme. Qui plus est, certains traits de personnalité peuvent prédisposer un individu à la fois à la dépression et l'ÉSPT. Prenons par exemple, la sensibilité à l'anxiété qui a été associée dans ce projet de recherche à une humeur dépressive durant la grossesse ainsi qu'au développement de symptômes d'ÉSPT après l'accouchement.

Il est possible que la sensibilité à l'anxiété reflète une dimension plus large de la personnalité comme le névrosisme qui est considéré comme une tendance à être instable émotionnellement et à éprouver des affects négatifs (p. ex., inquiétude, dépression, colère, vulnérabilité). Ce style de personnalité pourrait représenter une vulnérabilité de base, voire même un trait psychobiologique de personnalité qui prédisposerait à la fois pour l'anxiété et la dépression (Cottraux, 2006). Une vulnérabilité partagée pourrait expliquer en partie le chevauchement de certains symptômes et la cooccurrence de certains troubles complexifiant ainsi la distinction entre les troubles. Par contre, bien qu'il puisse exister une vulnérabilité partagée entre les troubles, ce ne sont pas nécessairement les mêmes facteurs de risque qui se sont avérés prédire les mêmes difficultés. Il s'avère toutefois important d'être prudent dans cette comparaison puisque les temps de mesure comparés dans le présent chapitre ne sont pas les mêmes. Cet aspect permet quand même d'émettre l'hypothèse qu'il pourrait y avoir des facteurs de risque d'ordre plus général et d'autres facteurs plus spécifiques à chacune des difficultés.

Les variables personnelles sont donc très importantes dans la distinction des troubles puisqu'elles font référence à l'unicité de chaque individu. Comme mentionné précédemment, les victimes d'un ÉT ne réagissent pas toutes de la même façon à ce dernier. En effet, l'intensité et les caractéristiques de l'événement expliquent bien souvent qu'une partie de la variance des symptômes. Il est toutefois supposé que plus l'événement est grave, moins les variables personnelles modèrent les symptômes d'ÉSPT. Cependant, pour d'autres types d'événements, les variables personnelles présentes avant l'événement influencent plus profondément les symptômes d'ÉSPT. Nous pouvons penser qu'il en va de même pour l'accouchement qui est considéré comme un événement de manière générale assez commun. En effet, dans cette étude un historique d'abus sexuels s'est avéré être le prédicteur des cas présentant des symptômes d'ÉSPT le plus saillant alors que la perception des soins et du soutien reçus lors de l'accouchement, ainsi que les variables en lien avec l'intensité et les caractéristiques de l'accouchement (interventions obstétricales, césarienne, durée du travail, résultats au test d'Apgar) ne se sont pas avérées être des prédicteurs significatifs du développement de symptômes d'ÉSPT. Les résultats de cette étude ajoutent donc aux résultats observés antérieurement soutenant que les réactions face à l'accouchement peuvent

jouer un rôle plus important que les interventions obstétricales (Bailham & Joseph, 2003; Czarnocka & Slade, 2000; Keogh et al., 2002). Ces résultats rejoignent l'hypothèse que moins l'accouchement comporte de risques « objectifs », plus les variables personnelles présentent avant l'accouchement peuvent jouer un rôle important dans le développement de l'ÉSPT.

En ce qui concerne la DPP, plusieurs facteurs spécifiques sont à considérer tel que la relation mère-enfant et l'histoire affective de la mère. En effet, bien qu'un modèle cognitivo-comportemental de la DPP ait été présenté, d'autres approches ont apporté des hypothèses intéressantes portant une attention particulière sur la singularité de chaque individu selon son histoire. Ces théories ne seront pas élaborées dans la présente discussion, mais notons seulement qu'elles portent une attention particulière sur ce qui peut se rejouer du passé dans l'expérience actuelle de la maternité. Les troubles psychiques mentaux du post-partum sont donc souvent associés selon ces approches à la confrontation des différentes représentations imaginaires et fantasmatiques de l'enfant à celui réel ou encore à des conflits d'origine ancienne qui entraînent des ratés dans la relation avec l'enfant (Cramer, 2002; Masmoudi et al., 2006).

En somme, la notion de spécificité est très importante en ce qui concerne la distinction des troubles reliés au post-partum, car elle fait référence à ce que l'accouchement ou la période postnatale peut représenter pour chacun des individus en fonction de son histoire personnelle. D'un côté, l'aspect traumatique pourrait faire référence à une réactivation d'un traumatisme similaire passé tel que l'abus ou encore à une peur extrême pour sa vie et celle de son enfant. L'aspect dépressif en période postnatale pourrait être associé outre le contexte de stress et de fatigue, à une perte de plaisir et un manque de valorisation dans son rôle de mère ou encore à ce que peut représenter devenir mère selon le modèle parental reçu.

#### 4.4 Implications cliniques

Les résultats de ce projet de recherche mettent en lumière des retombées cliniques en ce qui concerne la prévention, le dépistage, l'évaluation et le traitement des deux difficultés postnatales discutées. La prévention primaire des troubles mentaux vise à réduire l'incidence de la maladie en agissant sur les facteurs de risque qui menacent la santé mentale des personnes avant même que les problèmes apparaissent. La prévention secondaire quant à elle vise à diminuer la prévalence d'une maladie et donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. On parle donc de dépistage précoce et de traitement des premiers symptômes. Finalement, la prévention tertiaire vise à réduire les incapacités fonctionnelles consécutives à la maladie. Elle concerne donc le traitement des individus aux prises avec un problème de santé mentale. L'auteure suggère dans cette section des stratégies de prévention et d'intervention issues des écrits scientifiques qui prennent en considération les facteurs de risque retrouvés dans le présent projet de recherche.

##### 4.4.1 Prévention primaire

L'accouchement est un événement qui se distingue des autres événements à potentiel traumatique de par le fait qu'il est relativement prévisible dans le temps, ce qui nous permet d'intervenir sur certains facteurs de risque avant que celui-ci ne survienne. Les résultats de ce projet de recherche ciblent deux facteurs de risque prénataux, c'est-à-dire un historique d'abus sexuels et une plus grande sensibilité à l'anxiété. Des interventions appropriées pourraient être élaborées afin de mieux préparer les femmes à faire face à leur accouchement.

L'impact des abus sexuels passés sur la grossesse, l'accouchement et les réactions du post-partum est encore peu documenté. Pourtant, cette clientèle possède des particularités dont on devrait tenir compte en matière de périnatalité. Les femmes qui ont subi de l'abus pendant leur enfance sont de manière générale plus à risque de développer une dépression à l'âge adulte. Il semble également qu'une grossesse et ce qu'elle implique (p. ex., examen vaginal, changements corporels et impression de perdre le contrôle sur son corps) peuvent venir réactiver des souvenirs douloureux chez les femmes qui ont été victimes d'abus sexuels.

(Courtois & Riley, 1992; Leeners et al., 2006; Seng & Hassinger, 1998). De ce fait, il n'est pas rare d'observer une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression durant cette période, ainsi qu'une tendance à éviter les soins prénataux. Le fait d'identifier pendant leur grossesse, les femmes ayant été victimes d'abus sexuels, nous permettrait de voir à ce qu'elles aient des soins spécifiques et adaptés à leurs conditions. Il serait également important de développer des interventions permettant de prévenir une revictimisation lors de l'accouchement et de former le personnel travaillant auprès de cette clientèle (p. ex., infirmières, sages-femmes). Certaines recommandations ont déjà été formulées dans les écrits scientifiques à ce sujet (Cole, Scoville, & Flynn, 1996; Hobbins, 2004; Klaus, 2010; Rhodes & Hutchinson, 1994). Par exemple, Rhodes & Hutchinson (1994) décrivent quatre principaux styles de travail lors de l'accouchement observés chez les femmes avec un historique d'abus sexuels : « *fighting* », « *taking control* », « *surrendering* », « *retreating* ». Le lecteur peut se référer au tableau E.1 (voir l'appendice E) pour une description des styles. Une bonne connaissance de ces styles par les infirmières et les sages-femmes et le fait de pouvoir les aborder ouvertement avec leur patiente (p. ex., lors de rencontres préparatoires) leur permettrait d'identifier ensemble des interventions visant à promouvoir la pleine participation de la patiente dans le processus de la naissance. D'autres suggestions par rapport à la façon d'être et d'intervenir auprès de cette clientèle ont été effectuées comme aider les femmes à regagner une confiance en leur corps et à développer des habilités leur permettant de vivre un accouchement positif, prendre soin d'expliquer chacune des procédures et demander la permission aux femmes avant d'intervenir, valider les femmes et les supporter, revoir les stratégies d'adaptation au stress avec elles, avoir une attitude de non jugement et faire attention au langage utilisé lors de l'accouchement afin de ne pas rappeler l'abus (p. ex., « *laisse-toi faire* ») (Hobbins, 2004).

La sensibilité à l'anxiété est aussi un facteur prédisposant les femmes à développer des symptômes d'ÉSPT après leur accouchement. Il serait donc pertinent de l'évaluer pendant le suivi de grossesse puisqu'elle pourrait également avoir un impact sur la gestion de la douleur lors de l'accouchement. Pour les femmes avec une sensibilité à l'anxiété élevée, des interventions ciblant les inquiétudes spécifiques à la grossesse et l'accouchement pourraient être développées. Le fait de pouvoir discuter de ses peurs/attentes face à

l'accouchement durant la grossesse dans un contexte de groupe ou individuel pourrait être bénéfique en soi. L'enseignement de techniques de gestion du stress et de la douleur (telles que la respiration, la relaxation, la visualisation, la méditation ou toutes autres stratégies issues de la pleine conscience), mettant une emphase particulière sur l'attitude, pourrait aussi être bénéfique pour ces femmes. Le yoga prénatal par exemple inclut beaucoup de ces techniques. Ces méthodes pourraient aider les femmes à mieux faire face à leurs angoisses et à se sentir plus préparées pour l'accouchement.

En ce qui concerne la DPP, les résultats découlant des études sur les programmes de prévention révèlent que ceux qui ciblent les femmes à risques élevés plutôt que l'ensemble des femmes, ainsi que les programmes de prévention qui démarrent durant la grossesse et se poursuivent dans la période post-partum, sont les plus prometteurs et les plus susceptibles d'être rentables (O'Hara, 2009, 2013). Par exemple, l'équipe de Zlotnick (2001) a révélé à l'aide d'une étude pilote que des rencontres de groupe de thérapie interpersonnelle structurées (quatre sessions) débutant durant la grossesse et ciblant les femmes à risques élevés (c.-à-d., antécédents de dépression, faible revenu) étaient plus efficaces qu'un traitement usuel pour prévenir la DPP.

#### 4.4.2 Dépistage et évaluation

Le dépistage est une activité de prévention secondaire qui vise à identifier une maladie donnée chez une population cliniquement asymptomatique qui est aux premiers stades de la maladie (phase préclinique). Il peut se faire de manière systématique lors d'examen de routine ou de manière occasionnelle. Il peut être de masse ou sélectif, c'est-à-dire concerner les individus jugés à risque par les cliniciens en raison de la présence de plusieurs facteurs de risque. Le dépistage constitue une mesure préliminaire pouvant potentiellement mener à une évaluation plus exhaustive permettant de poser un diagnostic et d'intervenir précocement afin de prévenir les complications ou la détérioration de la condition. L'efficacité du dépistage dépend toutefois de la disponibilité d'outils valides, de l'utilisation adéquate de ces outils et de la capacité des services à répondre à la demande

d'évaluation diagnostique et de traitement (Institut national de santé publique du Québec, 2008).

Les résultats de ce projet de recherche suggèrent que les symptômes d'ÉSPT devraient être évalués systématiquement, en plus de la dépression, lors des visites postnatales. Une meilleure connaissance, des troubles reliés au post-partum, et des facteurs de risque associés, par les professionnels de la santé permettrait de dépister les femmes à risque. Il serait d'ailleurs pertinent de développer et de valider des outils diagnostiques propres à cette population. Ceci nous permettrait d'identifier plus adéquatement les femmes susceptibles de développer un ÉSPT, de faire des diagnostics plus précis et de dépister précocement les troubles ou une cooccurrence entre ceux-ci. L'observation faite par certains auteurs en ce qui concerne la coexistence de symptômes d'ÉSPT et de DPP suite à un accouchement souligne que cela pose un défi considérable en ce qui a trait à la reconnaissance de l'ÉSPT. Comme la DPP est une problématique davantage reconnue par les professionnels de la santé et qu'il existe un chevauchement entre les symptômes de la DPP et de l'ÉSPT, ce dernier pourrait semble-t-il passer inaperçu. Il s'avère crucial d'être en mesure d'identifier de façon appropriée l'ÉSPT dans un contexte postnatal et de le distinguer de la dépression. Une méconnaissance des troubles mentaux mène souvent à la multiplication des diagnostics et elle nuit également à la conceptualisation et au traitement efficace des cas (p. ex., traitement de la pathologie secondaire seulement). Ainsi, il s'avère crucial d'être en mesure de faire un diagnostic différentiel des troubles du post-partum afin d'offrir un traitement approprié.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec souligne dans sa *Politique de périnatalité 2008-2018 (Gouvernement du Québec, 2008a)* la pertinence des mesures préventives s'adressant à l'ensemble des femmes enceintes dès la période prénatale afin de mieux agir sur les facteurs de risque et de protection de la santé mentale. La détection précoce des signes ou symptômes pouvant indiquer la présence ou l'aggravation d'un trouble mental fait partie des orientations ministérielles visant l'organisation des services et la formation des intervenants dans le but d'assurer un soutien adéquat aux femmes avec des antécédents de troubles mentaux ou des facteurs de risque et de mettre en place ou consolider des services afin d'y parvenir.

Comme mentionné précédemment, la DPP est un problème mieux connu par les professionnels et certaines recommandations ont déjà été formulées en ce qui a trait à l'importance de dépister les individus à risque. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a recommandé, dans un avis scientifique récent (2008), le dépistage systématique de la dépression pré- et postnatale lors d'examens annuels ou périodiques. L'INSPQ souligne aussi l'importance que cette mesure de dépistage soit combinée à une intervention pharmacologique ou psychosociale brève visant l'amélioration de l'humeur de la mère et la qualité de la relation mère-enfant. Ces pratiques cliniques préventives ont été mises à jour dans le *Programme de santé publique du Québec 2003-2012* en 2008 (Gouvernement du Québec, 2008b) afin qu'elles puissent guider dans le futur l'élaboration d'une offre de services destinée aux cliniciens de la première ligne. Toutefois, malgré les recommandations de l'INSPQ, l'implantation du programme exige la collaboration de l'ensemble des acteurs du système de santé et des services sociaux et il appartient à chacune des régions de mettre en place les mécanismes de concertation les plus pertinents. Il est donc difficile de voir comment ces recommandations s'implanteront de manière concrète et dans combien de temps elles seront mises en place.

#### 4.4.3 Interventions post-immédiates et psychothérapies

Malgré l'émergence récente des connaissances en ce qui concerne l'ÉSPT postnatal, la prévalence et les facteurs de risque associés à cette condition sont tout de même bien décrits dans la littérature scientifique. Il existe cependant des lacunes importantes en ce qui concerne les connaissances sur le développement d'interventions ainsi que leur efficacité pour l'ÉSPT lié à l'accouchement. Une recension des écrits récente dévoile toutefois l'existence de près d'une dizaine d'études s'étant intéressées aux interventions spécifiques reliées à cette problématique (Lapp, Agbokou, Peretti, & Ferreri, 2010). À ce jour, les principales interventions ayant fait l'objet d'une étude concernent le débriefing<sup>5</sup> ou le *counseling*, la thérapie cognitive comportementale (TCC) et l'*Eye Movement Desensitization*

---

<sup>5</sup> Malgré l'existence de termes français appropriés tels que « séance de verbalisation » ou « bilan post-traumatique », le terme anglais *debriefing* est assez couramment employé en français; l'apparition de la graphie *débriefing* témoigne d'ailleurs d'une certaine implantation du terme en français selon l'Office québécois de la langue française. Le terme « débrefage » semble également de plus en plus utilisé au Québec.

*and Reprocessing* (EMDR). De manière générale, les résultats semblent concordants avec ceux obtenus auprès d'autres populations aux prises avec un ÉSPT (Bisson & Andrew, 2007). Les résultats par rapport à l'efficacité du débriefing sont pour l'instant non concluants, alors que la TCC et l'EMDR sembleraient efficaces (Lapp et al., 2010). Il s'avère toutefois important d'être prudent en ce qui concerne cette constatation, car les études à ce sujet sont limitées et la méthodologie des études existantes ne nous permet pas de tirer de conclusion solide. En effet, les études disponibles sur l'efficacité de la TCC et de l'EMDR dans le traitement des réactions post-immédiates après l'accouchement reposent sur une étude de cas et une étude pilote. Des études randomisées de plus grande envergure sont nécessaires afin de pouvoir tirer davantage de conclusion à ce sujet. Sur le plan clinique, le développement d'interventions validées afin de traiter l'ÉSPT après un accouchement semble essentiel pour soulager les mères et réduire l'impact sur la famille (p. ex., relation conjugale, relation mère-enfant).

En ce qui concerne les traitements de la DPP, certains types de psychothérapie prennent en considération les particularités d'une dépression survenant dans ce contexte de vie. En effet, l'arrivée d'un enfant engendre des responsabilités qui sont souvent associées à une période de stress et à une fatigue accrue reliée au manque de sommeil. Sur le plan des rôles sociaux, la période postnatale amène beaucoup d'ajustements au niveau des rôles et sur le plan des relations avec l'entourage (partenaire, amis, etc.). La psychothérapie interpersonnelle adresse spécifiquement la difficulté des femmes dans leur transition de rôle ainsi que les difficultés dans les relations avec l'entourage. La TCC quant à elle cible l'importance du manque de renforcement positif qui peut être présent dans cette période stressante, ainsi que les distorsions cognitives (p. ex., par rapport à ses capacités ou aux demandes du nouveau-né) pouvant engendrer une augmentation du stress ou encore une diminution de l'humeur. Ces deux types de thérapie en combinaison ou non avec un antidépresseur ont été démontrés comme étant les plus efficaces auprès de cette population (Gaynes et al., 2005; O'Hara, 2009). Toutefois, tel que recommandé dans l'avis scientifique de l'INSPQ (2008) et par l'équipe de Milgrom (2001), il est essentiel que les interventions intègrent et adressent les interactions avec le bébé et le conjoint et qu'elles ne portent pas seulement sur l'individu. Il semble donc pertinent d'intégrer les pères dans les interventions.

Elles doivent aussi être sensibles à la réalité postnatale, c'est-à-dire être plus flexibles, pragmatiques et adaptées aux besoins des mères et des familles. Par exemple, des interventions réalisées sur Internet pourraient être très prometteuses puisqu'elles sont peu coûteuses, accessibles, et peuvent être diffusées sur une plus grande échelle au cours de la période périnatale. Ces interventions doivent également renforcer le sentiment d'efficacité et de compétence parentale.

#### 4.5 Considérations méthodologiques

##### 4.5.1 Les limites

La méthodologie du présent projet de recherche comporte certaines limites dont il faut tenir compte dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, le devis de recherche corrélationnel de ce projet ne permet pas d'inférer de liens de cause à effet entre les variables, mais une force d'association entre celles-ci. De plus, l'échantillon de ce projet est un échantillon de convenance qui ne semble pas tout à fait représentatif de la totalité des femmes donnant naissance au Québec ou au Canada. En effet, l'échantillon de ce projet est plus scolarisé et il possède un revenu relativement plus élevé que la population canadienne. Il représente également très peu les femmes célibataires. Il pourrait être possible que les femmes provenant de milieu sociodémographique plus démunis puissent être davantage à risque. Qui plus est, bien qu'il s'agisse d'un devis de recherche prospectif, certaines mesures ont été prises de façon rétrospective. Par exemple, l'expérience de l'accouchement a été évaluée 4 à 6 semaines suivant l'accouchement et elle peut différer de celle qui aurait été effectuée toute de suite après l'accouchement. L'évaluation rétrospective peut diminuer la validité et la fiabilité du jugement des participants, car elle peut produire des biais de mémoire ou de rappel et ainsi influencer les réponses aux questionnaires (fréquence et intensité des symptômes). De plus, l'évaluation simultanée de certains facteurs de risque et de la variable dépendante limite l'interprétation qu'on peut tirer quant à la valeur prédictive des facteurs de risque. D'une autre part, il est important de mentionner que la trajectoire des symptômes d'ÉSPT ne peut être évaluée que pour les gens ayant complété chacun des temps de mesure et que la prudence est de mise lorsque l'on compare les taux obtenus aux différents

temps de mesure post-partum. En ce qui a trait à la façon de mesurer la variable dépendante, l'humeur dépressive pré- et postnatale a été évaluée à l'aide d'un questionnaire auto-rapporté, ce qui n'équivaut pas un diagnostic établi sur la base d'une entrevue semi-structurée, mais plutôt une probabilité de diagnostic de dépression. En ce qui concerne l'humeur dépressive durant la grossesse, nous ne pouvons pas savoir depuis combien de temps elle est présente et si elle est réellement apparue durant la grossesse. En ce qui a trait à l'ÉSPT, bien que le critère A2 ait été évalué sur la base du SCID, l'absence d'évaluation du critère A1 nous empêche de nous prononcer sur le fait que les femmes ont ressenti une menace à leur intégrité lors de l'accouchement. Certaines femmes pourraient donc avoir satisfait tous les autres critères nécessaires, mais ne pas avoir évalué leur accouchement de façon traumatique. Les taux d'ÉSPT présentés dans cette thèse représentent donc une estimation puisqu'on ne peut s'assurer de la présence systématique du critère A1. De plus, bien qu'une entrevue semi-structurée ait été utilisée, l'évaluation des prédicteurs a été réalisée sur la base d'un questionnaire auto-rapporté dans le but d'obtenir davantage de puissance statistique. À l'instar de la dépression, on ne peut établir de diagnostic d'ÉSPT sur la base d'un questionnaire auto-rapporté. Par ailleurs, le score de 1 utilisé afin d'opérationnaliser les cas d'ÉSPT à l'aide du questionnaire aurait pu être plus rigoureux, ce qui explique probablement l'écart avec les taux obtenus sur la base du SCID. Qui plus est, les gens souffrant partiellement de symptômes d'ÉSPT ont été inclus dans le groupe de gens présentant des symptômes complets, de sorte que les résultats sur les prédicteurs ne sont pas spécifiques à un ÉSPT complet. On ne peut tenir pour acquis que les facteurs de risque soient les mêmes pour l'ÉSPT complet et l'ÉSPT partiel. Il est en de même pour l'humeur dépressive pour laquelle la dépression d'intensité mineure et majeure a été combinée. Finalement, la taille échantillonnale aurait pu être plus grande compte tenu de la rareté du phénomène à l'étude, ce qui aurait permis d'obtenir davantage de puissance statistique et ainsi réduire le risque de commettre une erreur de type II (faux négatif). En effet, la taille des groupes dans ce projet était inégale et le nombre de participantes avec des difficultés postnatales limité. Les résultats de ce projet de recherche peuvent aussi être biaisés par la probabilité de faire une erreur de Type I (faux positif) puisqu'aucune correction n'a été effectuée pour les comparaisons multiples.

#### 4.5.2 Les forces

Malgré les limites mentionnées précédemment, le présent projet de recherche possède plusieurs forces sur le plan méthodologique. Tout d'abord, il s'agit d'un projet novateur surtout en ce qui concerne l'évaluation de l'ÉSPT suivant l'accouchement. Malgré l'aspect controversé de cette difficulté postnatale, les résultats de cette étude démontrent que des symptômes d'ÉSPT sont possibles après un accouchement. Bien que 1,1% peut sembler un faible taux d'incidence, il n'en demeure pas moins qu'un nombre significatif de femmes peuvent développer des symptômes d'ÉSPT 4 à 6 semaines suivant l'accouchement. En 2007, le nombre de naissances déclarées au Canada s'élevait à 380 660 selon Statistique Canada (2011), ce qui représente un total de 4188 femmes à travers le pays, et ce, sans compter les femmes partiellement symptomatiques. À notre connaissance, cette étude est la deuxième à être effectuée sur ce sujet au Canada et la première au Québec. Cette étude est aussi une des rares à travers le monde à avoir utilisé une entrevue semi-structurée et à avoir évalué l'incidence des symptômes d'ÉSPT et donc la présence d'un ÉSPT passé. Par ailleurs, le devis prospectif de ce projet de recherche est une autre force majeure qu'il faut prendre en considération. Seul un devis prospectif permet d'affirmer que les facteurs prénataux permettent de prédire la survenue de l'ÉSPT puisqu'ils surviennent véritablement avant l'apparition des symptômes de l'ÉSPT. En ce qui a trait à la DPP, les études prospectives existent, mais elles sont peu nombreuses et peu d'entre elles ont effectué leurs analyses en ciblant spécifiquement les nouveaux cas de dépression en post-partum. Un devis prospectif nous a ainsi permis, dans la seconde étude, de distinguer les cas de dépression présente durant la grossesse de ceux débutant durant la période post-partum. Outre son devis prospectif, ce projet de recherche comporte plusieurs autres forces sur le plan méthodologique tel que l'utilisation de questionnaires validés afin d'évaluer les réactions post-partum ainsi que de nombreux facteurs de risque associés dont certains d'entre eux ont été très peu étudiés à ce jour. L'aspect longitudinal ajoute également aux connaissances dans le domaine de l'ÉSPT postnatal puisque les études sont peu nombreuses à avoir évalué le cours des symptômes. Finalement, l'utilisation d'analyses multivariées a permis de déterminer l'impact de divers prédicteurs en plus de la force d'association entre les facteurs de risque et la symptomatologie.

#### 4.6 Pistes de recherche futures

Bien que l'étude de l'ÉSPT à la suite d'un accouchement est en pleine émergence, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un domaine de recherche passablement récent et il reste encore beaucoup à découvrir à ce sujet. D'autres études prospectives permettant d'évaluer l'incidence de l'ÉSPT postnatal sont nécessaires. De plus, rares sont les études qui ont utilisé une entrevue semi-structurée. Des études évaluant tous les critères diagnostiques (incluant le critère A1) à l'aide d'entrevues structurées sont nécessaires afin d'obtenir des taux d'incidence plus précis. En effet, le fait d'évaluer l'ÉSPT sur la base de questionnaires ne permet pas d'établir de diagnostic. Comme peu d'études ont évalué l'ÉSPT sur la base d'une entrevue structurée, il est essentiel de poursuivre la recherche sur l'ÉSPT postnatal afin de s'assurer qu'il s'agit réellement d'une difficulté postnatale particulière et de voir si une autre étiquette serait plus appropriée pour ce type de réaction. Dans le même sens, il serait important d'étudier davantage la comorbidité des troubles du post-partum et de voir s'il y a lieu de distinguer l'ÉSPT d'autres réactions post-traumatiques possibles pouvant refléter une détresse d'ordre plus générale (p. ex., dépression, anxiété). Considérant les résultats obtenus, il serait nécessaire d'étudier davantage le lien entre l'abus sexuel et l'accouchement dans les recherches à venir. D'autres études sont également nécessaires afin de mieux comprendre les composantes de la sensibilité à l'anxiété en jeu dans le développement et le maintien de l'ÉSPT. Bien qu'elle ait été effectuée auprès d'un petit échantillon, l'étude de Keogh et al. (2002) a révélé que la crainte des conséquences sociales était la sous-échelle la plus fortement reliée aux symptômes d'ÉSPT. Il serait donc intéressant de répéter cette étude avec un plus grand nombre de sujets. Il serait également pertinent de considérer, dans les recherches futures, l'influence de la préparation à l'accouchement (p. ex., méthode de gestion de la douleur) sur le développement d'un ÉSPT suivant l'accouchement. De plus, bien que le soutien social soit reconnu comme une variable jouant un des rôles les plus importants dans les écrits scientifiques sur l'ÉSPT, peu d'étude ont porté attention à cette variable dans le domaine de l'ÉSPT postnatal. Des études s'imposent à ce sujet. D'autres variables méritent une attention particulière telle que la dissociation péritraumatique ayant été rapportée comme un facteur de risque important dans le développement de l'ÉSPT en général (Ozer et al., 2003). Il serait aussi pertinent d'accorder une plus grande importance aux facteurs de

protection qui favorisent l'adaptation des individus à la suite de leur accouchement et de les distinguer des facteurs de risque. Il semble également pertinent de comparer en quoi l'ÉSPT postnatal se distingue ou non de l'ÉSPT associé à d'autres événements potentiellement traumatiques, ainsi qu'en quoi il se distingue de la DPP. L'état actuel des connaissances sur l'ÉSPT se développant après un accouchement manque encore à ce jour de fondement théorique bien établi. Il serait donc essentiel de développer un modèle étiologique spécifique à cette problématique et d'obtenir des appuis empiriques en ce sens. Sur le plan méthodologique, il serait aussi important de valider un instrument de mesure propre à cette population. Jusqu'à présent, il existe une grande étendue de questionnaires qui ont été adaptés, mais aucun ne semble avoir été validé pour cette population. Les résultats obtenus en ce qui concerne l'évolution des symptômes d'ÉSPT à travers le temps sont conflictuels dans la littérature scientifique et cet aspect est encore peu étudié à ce jour. Finalement, les études portant sur les conséquences de l'ÉSPT sur la femme et sa famille ainsi que sur les traitements efficaces sont peu nombreuses et il reste beaucoup à découvrir en ce sens.

Bien que la DPP soit un phénomène plus connu, il est important de poursuivre les recherches dans ce domaine puisque cette difficulté postnatale engendre bien souvent une invalidité associée à des risques pour le développement de l'enfant. Les devis des études actuelles ne permettent pas toujours de distinguer l'incidence de la prévalence ainsi qu'un début spécifique de la dépression dans la période post-partum. Il existe également peu d'études épidémiologiques à grande échelle et la plupart des études utilisent un échantillon de convenance. Il reste également encore beaucoup à faire en ce qui concerne la prévention et le traitement de la DPP. Malgré la démonstration de l'efficacité de certains traitements pour la DPP, il existe encore beaucoup de besoins en ce qui a trait au développement de traitements pouvant être implantés de façon réaliste et pratique pour les nouvelles mères. En effet, comme discuté précédemment, le contexte postnatal possède ces particularités et les traitements doivent être adaptés à ce contexte (c.-à-d. manque de temps en raison des nouvelles responsabilités, sorties de la maison plus complexes, etc.). Des études portant sur l'efficacité d'interventions contrant ces difficultés (p. ex, interventions délivrées par l'entremise d'Internet ou à la maison) sont nécessaires. De plus, des études évaluant les interventions qui adressent la parentalité des mères aux prises avec une DPP pourraient être

pertinentes, ainsi que celles évaluant les effets d'un traitement pour la mère sur l'enfant. Il pourrait aussi être intéressant d'en savoir davantage sur les conséquences à long terme de la DPP pour l'enfant, ainsi que les mécanismes sous-jacents en causes. Finalement, il serait pertinent d'inclure les pères dans les études puisque la dépression semble aussi les affecter pendant la période post-partum, et ce, surtout si la mère est déprimée également (Paulson & Bazemore, 2010). Certaines études ont démontré que les conséquences de la dépression paternelle chez l'enfant (surtout chez les garçons) sont encore plus grandes que lorsque la mère est la seule à être déprimée (Ramchandani, Stein, Evans, & O'Connor, 2005).

#### 4.7 Suggestions pour le transfert des connaissances

La communauté clinique et scientifique pourrait être informée des connaissances tirées de ce projet de recherche par l'entremise de divers moyens tels que la publication d'articles et la présentation par affichages lors de congrès scientifiques. À ce jour, certaines actions ont été mises en place. Tout d'abord, les résultats du premier article ont été publiés dans le *Journal of Psychosomatic Research* à l'automne 2012. Ces résultats ont également été présentés par affiche lors d'une conférence internationale intitulée : « *Pour l'excellence dans la recherche sur le genre, le sexe et la santé* » de l'Institut de la santé des femmes et des hommes faisant partie des IRSC à l'Hôtel Hilton Bonaventure à Montréal le 29 et 30 octobre 2012. Par la suite, deux entrevues ont été accordées dans les journaux : une auprès du *National Post*<sup>6</sup> de Toronto parue le 27 septembre 2012 et l'autre auprès du Journal UQÀM<sup>7</sup> parue en mars 2013. Ces entrevues sont toujours disponibles sur le web et ont permis de diffuser l'information à une plus grande échelle. En ce qui concerne les résultats du deuxième article, ils ont été soumis pour publication au *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Il est également prévu de présenter les résultats par affichage lors d'un congrès à venir. D'autres moyens pourraient être utilisés afin de transmettre les connaissances issues de ce projet de recherche auprès de la communauté clinique et du grand public, tels que les conférences d'informations à travers les institutions gouvernementales, la participation à des

<sup>6</sup> <http://news.nationalpost.com/2012/09/27/childbirth-can-be-as-stressful-as-war-study/>

<sup>7</sup> [http://www.uqam.ca/entrevues/entrevue.php?id=1238?utm\\_campaign%3DUQAMHEBDO&utm\\_medium=email&utm\\_source=25MARS2013&utm\\_content=choc-naissance](http://www.uqam.ca/entrevues/entrevue.php?id=1238?utm_campaign%3DUQAMHEBDO&utm_medium=email&utm_source=25MARS2013&utm_content=choc-naissance)

émissions télévisées ou radiodiffusées et le développement de site internet spécialisé. Il semble également important de sensibiliser les différents paliers gouvernementaux à l'importance de la prévention et de l'intervention précoce en ce qui à trait aux difficultés postnatales afin de réduire l'impact sur les familles. Il serait possible d'offrir de l'aide à ces différents paliers afin de mettre en place une offre de services spécialisés quant au dépistage et de veiller à la formation des intervenants quant aux difficultés postnatales et au diagnostic différentiel.

#### 4.8 Conclusion générale

Pour conclure, les résultats de ce projet de recherche vont dans le sens des orientations ministérielles concernant la *Politique de périnatalité 2008-2018* qui visent la prévention de l'apparition ou l'aggravation des troubles mentaux chez l'ensemble des femmes enceintes, et ce, dès la période prénatale. La prévention passe d'abord et avant tout par une bonne connaissance des troubles du post-partum et des facteurs de risque associés permettant de mieux agir sur ceux-ci à l'aide d'interventions spécifiques. En effet, bien que les résultats de ce projet indiquent que des symptômes d'ÉSPT sont possibles à la suite d'un accouchement, cette difficulté postnatale est encore très peu connue des professionnels et elle peut, pour diverses raisons discutées, être identifiée à tort comme étant une DPP. Or, une mauvaise reconnaissance des troubles nuit à l'obtention d'un traitement approprié. Les services de première ligne doivent donc être disponibles et organisés en fonction de l'atteinte de cet objectif de prévention visé par la politique ministérielle et les intervenants formés en ce sens.

## APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET DU  
TROUBLE DE DÉPRESSION MAJEURE SELON LE DSM-IV-TR ET LE DSM-5

**Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-IV-TR**

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans le quel les deux éléments suivants étaient présents :
- 1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
  - 2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
- 1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions
  - 2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
  - 3) Impression ou agissement soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication
  - 4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
  - 5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause
- C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
- 1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme

- 2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
- 3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
- 4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
- 5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
- 6) Restriction des affectes (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- 7) Sentiment d'avenir bouché (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- 1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- 2) Irritabilité ou accès de colère
- 3) Difficultés de concentration
- 4) Hypervigilance
- 5) Réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

*Spécifier si :*

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus

*Spécifier si :*

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur stress

### Critères diagnostiques du trouble de dépression majeure selon le DSM-IV-TR

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les auteurs (p. ex., pleure)
- 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
- 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentatives de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.

- C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (p ex., hyperthyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

## Critères diagnostiques de l'état de stress post-traumatique selon le DSM-5

### Posttraumatic Stress Disorder

#### Diagnostic Criteria

309.81 (F43.10)

#### Posttraumatic Stress Disorder

**Note:** The following criteria apply to adults, adolescents, and children older than 6 years. For children 6 years and younger, see corresponding criteria below.

- A. Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence in one (or more) of the following ways:
1. Directly experiencing the traumatic event(s).
  2. Witnessing, in person, the event(s) as it occurred to others.
  3. Learning that the traumatic event(s) occurred to a close family member or close friend. In cases of actual or threatened death of a family member or friend, the event(s) must have been violent or accidental.
  4. Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse).
- Note:** Criterion A4 does not apply to exposure through electronic media, television, movies, or pictures, unless this exposure is work related.
- B. Presence of one (or more) of the following intrusion symptoms associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred:
1. Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s).  
**Note:** In children older than 6 years, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed.
  2. Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the traumatic event(s).  
**Note:** In children, there may be frightening dreams without recognizable content.
  3. Dissociative reactions (e.g., flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings.)  
**Note:** In children, trauma-specific reenactment may occur in play.
  4. Intense or prolonged psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).
  5. Marked physiological reactions to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event(s).
- C. Persistent avoidance of stimuli associated with the traumatic event(s), beginning after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by one or both of the following:
1. Avoidance of or efforts to avoid distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).
  2. Avoidance of or efforts to avoid external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).
- D. Negative alterations in cognitions and mood associated with the traumatic event(s), beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:
1. Inability to remember an important aspect of the traumatic event(s) (typically due to dissociative amnesia and not to other factors such as head injury, alcohol, or drugs).

2. Persistent and exaggerated negative beliefs or expectations about oneself, others, or the world (e.g., "I am bad," "No one can be trusted," "The world is completely dangerous," "My whole nervous system is permanently ruined").
  3. Persistent, distorted cognitions about the cause or consequences of the traumatic event(s) that lead the individual to blame himself/herself or others.
  4. Persistent negative emotional state (e.g., fear, horror, anger, guilt, or shame).
  5. Markedly diminished interest or participation in significant activities.
  6. Feelings of detachment or estrangement from others.
  7. Persistent inability to experience positive emotions (e.g., inability to experience happiness, satisfaction, or loving feelings).
- E. Marked alterations in arousal and reactivity associated with the traumatic event(s) beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred, as evidenced by two (or more) of the following:
1. Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical aggression toward people or objects.
  2. Reckless or self-destructive behavior.
  3. Hypervigilance.
  4. Exaggerated startle response.
  5. Problems with concentration.
  6. Sleep disturbance (e.g., difficulty falling or staying asleep or restless sleep).
- F. Duration of the disturbance (Criteria B, C, D, and E) is more than 1 month.
- G. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- H. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., medication, alcohol) or another medical condition.

**Specify whether:**

**With dissociative symptoms:** The individual's symptoms meet the criteria for post-traumatic stress disorder, and in addition, in response to the stressor, the individual experiences persistent or recurrent symptoms of either of the following:

1. **Depersonalization:** Persistent or recurrent experiences of feeling detached from, and as if one were an outside observer of, one's mental processes or body (e.g., feeling as though one were in a dream; feeling a sense of unreality of self or body or of time moving slowly).
2. **Derealization:** Persistent or recurrent experiences of unreality of surroundings (e.g., the world around the individual is experienced as unreal, dreamlike, distant, or distorted).

**Note:** To use this subtype, the dissociative symptoms must not be attributable to the physiological effects of a substance (e.g., blackouts, behavior during alcohol intoxication) or another medical condition (e.g., complex partial seizures).

**Specify if:**

**With delayed expression:** If the full diagnostic criteria are not met until at least 6 months after the event (although the onset and expression of some symptoms may be immediate).

## Critères diagnostiques du trouble de dépression majeure selon le DSM-5

### Major Depressive Disorder

#### Diagnostic Criteria

- A. Five (or more) of the following symptoms have been present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning; at least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure.
- Note:** Do not include symptoms that are clearly attributable to another medical condition.
1. Depressed mood most of the day, nearly every day, as indicated by either subjective report (e.g., feels sad, empty, hopeless) or observation made by others (e.g., appears tearful). (**Note:** In children and adolescents, can be irritable mood.)
  2. Markedly diminished interest or pleasure in all, or almost all, activities most of the day, nearly every day (as indicated by either subjective account or observation).
  3. Significant weight loss when not dieting or weight gain (e.g., a change of more than 5% of body weight in a month), or decrease or increase in appetite nearly every day. (**Note:** In children, consider failure to make expected weight gain.)
  4. Insomnia or hypersomnia nearly every day.
  5. Psychomotor agitation or retardation nearly every day (observable by others, not merely subjective feelings of restlessness or being slowed down).
  6. Fatigue or loss of energy nearly every day.
  7. Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt (which may be delusional) nearly every day (not merely self-reproach or guilt about being sick).
  8. Diminished ability to think or concentrate, or indecisiveness, nearly every day (either by subjective account or as observed by others).
  9. Recurrent thoughts of death (not just fear of dying), recurrent suicidal ideation without a specific plan, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.
- B. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- C. The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.

**Note:** Criteria A–C represent a major depressive episode.

**Note:** Responses to a significant loss (e.g., bereavement, financial ruin, losses from a natural disaster, a serious medical illness or disability) may include the feelings of intense sadness, rumination about the loss, insomnia, poor appetite, and weight loss noted in Criterion A, which may resemble a depressive episode. Although such symptoms may be understandable or considered appropriate to the loss, the presence of a major depressive episode in addition to the normal response to a significant loss should also be carefully considered. This decision inevitably requires the exercise of clinical judgment based on the individual's history and the cultural norms for the expression of distress in the context of loss.<sup>1</sup>

- D. The occurrence of the major depressive episode is not better explained by schizoaffective disorder, schizophrenia, schizophreniform disorder, delusional disorder, or other specified and unspecified schizophrenia spectrum and other psychotic disorders.
- E. There has never been a manic episode or a hypomanic episode.

**Note:** This exclusion does not apply if all of the manic-like or hypomanic-like episodes are substance-induced or are attributable to the physiological effects of another medical condition.

---

<sup>1</sup> In distinguishing grief from a major depressive episode (MDE), it is useful to consider that in grief the predominant affect is feelings of emptiness and loss, while in MDE it is persistent depressed mood and the inability to anticipate happiness or pleasure. The dysphoria in grief is likely to decrease in intensity over days to weeks and occurs in waves, the so-called pangs of grief. These waves tend to be associated with thoughts or reminders of the deceased. The depressed mood of MDE is more persistent and not tied to specific thoughts or preoccupations. The pain of grief may be accompanied by positive emotions and humor that are uncharacteristic of the pervasive unhappiness and misery characteristic of MDE. The thought content associated with grief generally features a preoccupation with thoughts and memories of the deceased, rather than the self-critical or pessimistic ruminations seen in MDE. In grief, self-esteem is generally preserved, whereas in MDE feelings of worthlessness and self-loathing are common. If self-derogatory ideation is present in grief, it typically involves perceived failings vis-à-vis the deceased (e.g., not visiting frequently enough, not telling the deceased how much he or she was loved). If a bereaved individual thinks about death and dying, such thoughts are generally focused on the deceased and possibly about "joining" the deceased, whereas in MDE such thoughts are focused on ending one's own life because of feeling worthless, undeserving of life, or unable to cope with the pain of depression.

APPENDICE B

TABLEAUX SUR LES FACTEURS DE RISQUE DE L'ÉSPT ET DE LA DPP

Tableau B.1 Recension des écrits synthétisée

Auteurs/ Lieu	N	Mesures	Temps mesures partum (Grossesse)	Prévalence ÉSPT (Incidence)	ÉSPT partiel	Facteurs de risque
Wijma et al. (1997) Suède	1640	TES	1-13 mois	1,7%		1) Historique de consultation psychiatrique 2) Évaluation cognitive négative de l'accouchement 3) Nullipare 4) Évaluation négative du contact avec le personnel lors de l'accouchement
Creedy et al. (2000) Australie	499	PSS-I	4-6 semaines	5,6%	22,6-33%	1) Interventions obstétricales 2) Perception des soins reçus lors de l'accouchement comme étant inadéquats
Czarnocka et Slade (2000) Royaume-Uni	264	IES PTSD-I(Q)	6 semaines	3%	24,2%	1) Perception d'un faible soutien reçu de la part du partenaire et du personnel lors de l'accouchement 2) Blâmer le personnel pour ses difficultés 3) Faible sentiment de contrôle 4) Antécédents de difficultés de santé mentale 5) Trait d'anxiété
Ayers et Pickering (2001) Royaume-Uni	289	PSS-SR	(32 semaines) 6 semaines 6 mois	6,9% (2,8%) 3,5% (1,5%)		
Keogh et al. (2002) Royaume-Uni	40	PSS-SR IES	(36 semaines) 2 semaines			1) Sensibilité à l'anxiété

Tableau B.1 Recension des écrits synthétisée (suite)

Auteurs/ Lieu	N	Mesures	Temps de mesures post-partum (Grossesse)	Prévalence ÉSPT (Incidence)	ÉSPT partiel	Facteurs de risque
Söderquist et al. (2002) Suède	1550	TES	1 mois			1) Césarienne d'urgence 2) Interventions obstétricales
Soet et al. (2003) États-Unis	103	TES	4 semaines	1,9%	30,1%	1) Douleur et anticipation 2) Sentiment d'impuissance 3) Historique de trauma sexuel 4) Différence entre les attentes et l'expérience de l'accouchement 5) Faible soutien social durant la grossesse 6) Manque d'information lors de l'accouchement 7) Faible revenu
Cohen et al. (2004) Canada	200	DTS	8-10 semaines	0%	1,5 %	1) Complications chez la mère 2) Dépression prénatale ou antécédent de dépression 3) Événements traumatiques passés 4) Être né au Canada 5) Revenu plus élevé
Olde et al. (2005) Pays Bas	140	PSS-SR	3 mois	2,1%	31,4%	1) Niveaux plus élevés d'émotions négatives pendant ou peu après l'accouchement 2) Interventions obstétricales lors de l'accouchement 3) Dissociation périnatale
Van Son et al. (2005) Pays Bas	248	IES	(32 semaines) 3, 6, 12 mois			1) Dépression prénatale 2) Dissociation périnatale

Tableau B.1 Recension des écrits synthétisée (suite)

Auteurs/ Lieu	N	Mesures	Temps de mesures post-partum (Grossesse)	Prévalence ÉSPT (Incidence)	ÉSPT partiel	Facteurs de risque
Wenzel (2005) États-Unis	147	SCID-NP	8 semaines	0%	2,0%	
Adeyuya et al. (2006) Nigéria	876	MINI	6 semaines	5,9%		1) Complications durant la grossesse 2) Interventions non planifiées telles que : césarienne d'urgence, interventions obstétricales et extraction manuelle du placenta 3) Faible sentiment de contrôle lors de l'accouchement
Cigoli et al. (2006) Italie	160	PTSD-I(Q)	3-6 mois	1,25%	28,75%	1) Premier accouchement 2) Perceptions d'un faible soutien provenant du conjoint et du personnel lors de l'accouchement 3) Anxiété reliée à l'enfant 4) Dépression antérieure
Maggioni et al. (2006) Italie	93	PTSD-I(Q)	3-6 mois	2,4%	32,1%	1) Dépression prénatale 2) Problèmes physiques prénataux 3) Dépression post-partum
Söderquist et al. (2006) Suède	1224	TES	1 mois 4 mois 7 mois 11 mois	1,3% 1,7% 1,7% 0,9% Global : 3%		1) Dépression prénatale 2) Peur sévère de l'accouchement 3) Anticipation de l'aspect traumatique de l'accouchement 4) Antécédents de problèmes psychologiques
White et al. (2006) Australie	400	PSS-SR	6 semaines 6 mois 12 mois	2% 2,6% 2,4%	10,5% 5,9% 5,5%	

Tableau B.1 Recension des écrits synthétisée (suite)

Auteurs/ Lieu	N	Mesures	Temps de mesures post-partum (Grossesse)	Prévalence ÉSPT (Incidence)	ÉSPT partiel	Facteurs de risque
Fairbrother et Woody (2007) Canada	127	PSS-SR	(37 semaines) 1 mois			1) Sensibilité à l'anxiété 2) Césarienne 3) Durée du travail 4) Score au test d'Appgar moins élevé
Lemola et al. (2008) Suisse	374	IES	5 mois	3,8%		1) Expérience négative de l'accouchement 2) Peu de soutien émotionnel de la part du conjoint
Zaers et al. (2008) Suisse	47	PSS-SR	6 semaines 6 mois	6% 14,9%	28% 17%	1) Anxiété en fin de grossesse (trait et état)
Ayers et al. (2009) Royaume-Uni	502	PDS	3-12 mois	2,5%		1) Parité (premier bébé) 2) Type d'accouchement (interventions obstétricales ou césarienne) 3) Groupe de symptômes émoussement/hyperactivation neurovégétative et reviviscence/évitement 4) Interaction entre histoire d'abus sexuel et le type d'accouchement
Söderquist et al. (2009) Suède	1224	TES	(12-20; 32 semaines) 1 mois			1) Dépression prénatale 2) Peur sévère de l'accouchement 3) Anticipation de l'aspect traumatique de l'accouchement 4) Faible niveau d'adaptation au stress

Tableau B.1 Recension des écrits synthétisée (suite)

Auteurs/ Lieu	N	Mesures	Temps de mesures post-partum (Grossesse)	Prévalence ÉSPT (Incidence)	ÉSPT partiel	Facteurs de risque
Lev-Wiesel et al. (2009) Israël	837	PSS-SR	(mi-grossesse) 2 et 6 mois			1) Abus sexuel dans l'enfance 2) Dépression post-partum
Alcorn et al. (2010) Australie	933	PDS	(≤28 semaines) 4-6 semaines 12 semaines 24 semaines	3,6% (1,2%) 6,3% (3,1%) 5,8% (3,1%)	2% 3% 2,2%	
Sorenson et al. Tschetter (2010) États-Unis	71	PTCS	6-7 mois	10,2%		1) Dépression post-partum 2) Complications chez la mère et l'enfant
Beck et al. (2011) États-Unis	1373	PSS-SR	1-12 mois	9%		

Note. DTS: Davidson Trauma Scale; IES: Impact of Event Scale; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; PTCS: Posttraumatic Childbirth Stress Inventory; PDS: Posttraumatic Diagnostic Scale; PTSD-I(Q): Post-traumatic Stress Disorder Interview (Questionnaire); PSS-I: Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale-Interview; PSS-SR: Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale-Self-report; SCID-NP: Structured Clinical Interview for DSM-IV-non-patient version; TES: Traumatic Event Scale.

Tableau B.2 Ampleur de l'effet des prédicteurs de la DPP selon les méta-analyses

Prédicteurs	Beck (1996)		O'Hara et Swain (1996)		Beck (2001)		Robertson et al. (2004)	
	Ampleur de l'effet = r		Ampleur de l'effet = d		Ampleur de l'effet = r		Ampleur de l'effet = d	
Dépression prénatale	0,49	0,51	0,75		0,44	0,46	0,75	
Stress relié aux soins de l'enfant	0,48	0,49			0,45	0,46		
Événements de vie stressants	0,36	0,40	0,60		0,38	0,40	0,61	
Soutien social	0,37	0,39	-0,63		0,36	0,41	0,64	
Anxiété prénatale	0,30	0,36	0,68		0,41	0,45	0,68	
Blues post-partum	0,35	0,37			0,25	0,31		
Satisfaction maritale	0,29	0,37	-0,13		0,38	0,39	0,39	
Historique de dépression	0,27	0,29			0,38	0,39	0,58	
Historique de psychopathologie			0,57					
Névrosisme			0,39				0,39	
Style d'attribution cognitif négatif			0,24					
Variables obstétriques			0,26				0,26	
Estime de soi					0,45	0,47		
Tempérament de l'enfant					0,33	0,34		
Statut marital					0,21	0,35		
Statut socioéconomique					0,19	0,22	0,14	
Grossesse non planifiée ou désirée					0,14	0,17		

Note. L'ampleur de l'effet peut être interprétée selon les normes de Cohen (1988) : faible:  $r = 0,10$  ou  $d = 0,20$ ; modérée:  $r = 0,30$  ou  $d = 0,50$ ; élevée:  $r = 0,50$  ou  $d = 0,80$ . Les valeurs positives reflètent une relation positive avec la DPP et inversement les valeurs négatives reflètent une relation négative avec la DPP.

APPENDICE C

APPROBATION DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ÉTHIQUE DE L'HÔPITAL  
GÉNÉRAL JUIF DE MONTRÉAL



# McGill

Faculty of Medicine  
3655 Promenade Sir William Osler  
Montréal, QC H3G 1Y6

Faculté de médecine  
3655, Promenade Sir William Osler  
Montréal, QC, H3G 1Y6

Fax/Télécoleur: (514) 398-3595

## CERTIFICATION OF ETHICAL ACCEPTABILITY FOR RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

The Faculty of Medicine Institutional Review Board consisting of:

SERGE GAUTHIER, MD

FRANCES ABOUD, PhD

PAUL BRASSARD, MD

PIERRE DESCHAMPS, BCL, LSCR

VINCENT GRACCO, PhD

MARIGOLD HYDE, BSc

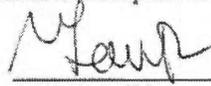
SALLY TINGLEY, BCOM

has examined the research project **A04-B13-05B** entitled **"Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth: A Prospective Study to Determine Incidence and Contributing Factors"**

as proposed by: Deborah Da Costa to \_\_\_\_\_  
Applicant Granting Agency, if any

and consider the experimental procedures to be acceptable on ethical grounds for research involving human subjects.

May 20, 2005  
Date

  
Chair, IRB

  
Dean of Faculty

Institutional Review Board Assurance Number: FWA 00004545

APPENDICE D

ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES  
REVUES SCIENTIFIQUES

**PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women - Decision on Manuscript JPR-2012-266R2 / Journal of Psychosomatic Research**

From: jpsychores@elsevier.com  
To: verreault.nancy@courrier.uqam.ca; nancy\_verreault@hotmail.com  
Date: Wed, 25 Jul 2012 14:31:07 +0100  
Subject: Your submission to the Journal of Psychosomatic Research

Ms. Ref. No.: JPR-2012-266R2  
Title: PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women  
Journal of Psychosomatic Research

Dear Mrs Verreault,

I am delighted to inform you that your paper has been accepted for publication in the Journal of Psychosomatic Research.

Elsevier will send you further details, including a journal publishing agreement form and page proofs of your article, in due course. If you turn those around fast, we can facilitate rapid publication.

We appreciate you thinking of the Journal of Psychosomatic Research as an outlet in which to publish your research findings. We hope that you will again think of the Journal as new findings emerge from your program of research.

Yours sincerely,

James L Levenson, MD  
Editor  
Journal of Psychosomatic Research

Comments from the Editors and Reviewers:

Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology - Manuscript ID  
DPOG-2013-0122

From onbehalf of [iboedker+liv.ac.uk@manuscriptcentral.com](mailto:iboedker+liv.ac.uk@manuscriptcentral.com) on behalf of [iboedker@liv.ac.uk](mailto:iboedker@liv.ac.uk) Date Monday, November 11, 2013 10:19:14 AM

To Deborah Da Costa, Dr.  
Cc  
Subject Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology - Manuscript ID  
DPOG-2013-0122  
11-Nov-2013

Dear Dr Da Costa:

Your manuscript entitled "Rates and Risk Factors Associated with Depression During Pregnancy and Depression with Postpartum Onset" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.

Your manuscript ID is DPOG-2013-0122.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to Manuscript Central at <http://mc.manuscriptcentral.com/dpog> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Centre after logging in to <http://mc.manuscriptcentral.com/dpog>.

Thank you for submitting your manuscript to Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology.

Sincerely,  
Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology Editorial Office

APPENDICE E

DESCRIPTION DES STYLES DE TRAVAIL RETROUVÉS CHEZ LES VICTIMES  
D'ABUS SEXUELS LORS DE L'ACCOUCHEMENT

Tableau E.1 Styles de travail retrouvés chez les victimes d'abus sexuels durant l'accouchement

Styles de travail	Description
<b><i>Fighting</i></b>	Ce style de travail, dans lequel est observée une tendance à lutter contre les contractions et réactions corporels, est considéré comme la réaction classique de la femme ayant été victime d'abus sexuels. La durée du travail est plus longue comparativement aux normes habituelles. Il est possible d'observer une absence de progression lors du travail menant souvent à l'utilisation d'interventions obstétricales (p. ex., ventouse, forceps, césarienne). Des comportements de retenue peuvent aussi être observés chez ces femmes tels que se retenir de gémir ou de pleurer, se cacher le visage ou l'évitement du contact visuel avec le personnel.
<b><i>Taking control</i></b>	En raison de ce qu'elle ont vécu certaines victimes d'abus ont un besoin de contrôle qui est si fort qu'elles peuvent insister par exemple pour obtenir une anesthésie péridurale bien avant que la douleur ne soit présente dans le but d'éviter toute forme de douleur vaginale (p. ex., dilatées autour de 2-3 cm). Ce type d'anesthésie peut toutefois à l'inverse engendrer un sentiment d'impuissance en limitant les mouvements de la patiente et ainsi créer une détresse inattendue. D'autres femmes peuvent être très méfiante envers le personnel et avoir des comportements plus agressifs (p. ex., être inflexible, avoir un plan de naissance hyper détaillé, demander des explications pour chacune des interventions, etc.).
<b><i>Surrendering</i></b>	Les femmes qui emploient ce style peuvent être timides, discrètes, trop conformistes, dépendantes, et désireuses de plaire. Ce style de patientes semble avoir intégré que la seule façon d'être en sécurité est d'obéir aux règles et elles facilitent le travail du personnel. Elle peut paraître ouverte et à l'aise, mais elle est toutefois la plus susceptible d'employer la dissociation comme moyen de défense face à la douleur (physique et psychologique) et à un sentiment d'impuissance. Ces femmes ont parfois des difficultés à détecter les mouvements du fœtus et/ou des contractions jusqu'à ce que le travail soit assez avancé. Pour ces raisons, elles peuvent être plus à risque d'accouchement prématuré ou précipité.
<b><i>Retreating</i></b>	Ce style réfère à l'utilisation d'une technique inconscience de résistance passive : se retirer mentalement ou émotionnellement des sensations qui rappellent l'abus. Pendant le travail, la femme avec ce style est décrite comme stoïque. Elle est souvent impassible, présente un émoussement affectif avec une voix monotone et interagit à peine avec le personnel soignant. Dans les cas extrêmes, la victime peut revivre les abus sexuels du passé et devenir confuse et désorientée.

Note. Informations tirées des articles de Rhodes et Hutchinson (1994) et d'Hobbins (2004).

APPENDICE F

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES PARTICIPANTS DE  
L'ÉTUDE

## CONSENTMENT ÉCLAIRÉ

### Titre

Réactions psychologiques suite à la naissance d'un enfant: une étude prospective afin de déterminer l'incidence et les facteurs contributifs.

### Investigateurs:

Dre. D. Da Costa (accompagnée des docteurs A. Marchand, S. Khalifé, E. Rahme)

1. **Objet:** Le but de cette étude est de déterminer à quel point la naissance d'un enfant peut être un événement stressant. Dans ce but, cette étude évaluera la prévalence de réactions psychologiques qui peuvent se produire suite à la naissance d'un enfant, telles l'anxiété et la dépression

2. **Marche à suivre:** Sur une période de 15 mois on vous demandera de compléter des questionnaires et des entrevues téléphoniques aux moments suivants: (1) à l'entrée dans l'étude, (2) 4 à 6 semaine après l'accouchement de votre bébé, (3) 3 mois post-accouchement (4) 6 mois post-accouchement et (5) 12 mois après l'accouchement. Les entrevues téléphoniques dans la période post-partum seront enregistrées dans le but d'assurer leur qualité. Les enregistrements seront détruits après leur révision.

Les tests suivants auront lieu :

2a. L'entrée dans l'étude: On vous demandera de compléter une série de questionnaires évaluant des informations démographiques (ex. âge, statut civil), le bien-être émotionnel (ex. humeur, stress), attentes concernant le travail et l'accouchement (ex. peurs, douleur), attentes concernant le rôle parental (ex. niveau de confiance) et comportements de santé (ex. cigarettes). Les questionnaires prennent environ 45 minutes à compléter. On vous demandera de compléter les questionnaires à la maison, dans un délai d'une semaine, et de les retourner par la poste à l'aide d'enveloppes pré-affranchies fournies.

2b. Deux semaines après la date prévu de l'accouchement: On vous contactera par téléphone afin de vérifier la date réelle de l'accouchement.

2c. 4 à 6 semaines après l'accouchement: On vous demandera de compléter une brève entrevue téléphonique. L'entrevue prendra environ 15 minutes à compléter. L'entrevue traitera du travail et de l'accouchement, de votre satisfaction par rapport aux soins que vous avez reçus et de toutes réactions de stress reliées au travail et à l'accouchement. Vous recevrez aussi par la poste une série de questionnaires visant à évaluer le bien-être émotionnel (ex. humeur, stress), les expériences durant le travail et l'accouchement (ex. peurs, niveau de confiance), la confiance dans le rôle parentale (ex. prendre soins des besoins de votre bébé) et les comportements de santé (ex. cigarettes). On vous demandera de compléter ces questionnaires et de les retourner par la poste.

- 2d. **3 et 6 mois après l'accouchement:** Pour chacune de ces évaluations, vous recevrez par la poste les mêmes questionnaires distribués lors de l'évaluation post-accouchement. On vous demandera de compléter ces questionnaires et de les retourner par la poste. Vous serez aussi contactée pour une brève entrevue téléphonique portant sur des réactions de stress liées au travail et à l'accouchement. L'entrevue prendra environ 5 minutes à compléter.
- 2e. **12 mois après l'accouchement:** Vous recevrez par la poste des questionnaires visant à évaluer votre bien-être émotionnel (ex. humeur), et votre degré de confiance dans vos compétences parentales. On vous demandera aussi de compléter une brève entrevue téléphonique portant sur des réactions de stress liées au travail et à l'accouchement et vos habitudes de santé (ex. cigarettes).
3. **Bénéfices potentiels :** Il n'existe aucun bienfait direct découlant de votre participation à cette étude. Toutefois votre participation pourrait contribuer à une meilleure compréhension des réactions de stress liées à la naissance d'un enfant afin que de meilleures interventions soient développées pour les mères.
4. **Risques et inconforts :** Les inconforts reliés à cette étude se limitent au temps nécessaire pour répondre aux questionnaires et aux entrevues. Si les résultats des entrevues ou des questionnaires concernant l'anxiété et la dépression montrent que vous souffrez de détresse psychologique grave nous vous en informerons et vous serez dirigée vers un service convenable.
5. **Compensation:** Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.
6. **Participation volontaire et/ou droit de se retirer:** Votre participation à cette étude est strictement volontaire. Vous êtes libre de participer ou de ne pas participer à cette étude et de vous retirer en tout temps sans explications. Le fait de ne pas participer à cette étude ou de vous retirer, n'influencera en rien la qualité ou les types de soins que vous recevrez de votre médecin.
7. **Confidentialité:** Toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles par l'usage d'un système de codes numériques de façon à ce que seuls les investigateurs de l'étude puissent relier les noms aux codes numériques. Les données seront conservées dans un classeur verrouillé. Aucune donnée ne sera partagée avec un tiers. Le Comité d'éthique de recherche de l'Hôpital Juif de Montréal, le comité d'éthique du CUSM et de la faculté de médecine de l'Université McGill peuvent avoir accès à votre dossier médical et de recherche à la seule fin d'assurer l'observance des règles institutionnelles. Les résultats de l'étude peuvent être utilisés à des fins scientifiques telles que publications d'articles dans des revues scientifiques ou présentations orales lors de conférences scientifiques. Vous NE serez JAMAIS identifié en tant que sujet de cette étude.

J'accepte de participer à l'étude décrite précédemment. J'ai eu l'opportunité de poser des questions et on m'a répondu de façon satisfaisante. Je recevrai une copie signée de ce formulaire de consentement.

Si j'ai des questions concernant l'étude, je peux appeler Dre. Da Costa au (514) 934-1934, poste. 44723 ou Dr Samir Khalifé au 933-8877. Si j'ai des questions concernant mes droits en tant que sujet de recherche, je peux communiquer avec Mme. Laurie Berlin, représentante des bénéficiaires de l'Hôpital Juif de Montréal Sir Mortimer B. au 340-8222, poste : 5833 ou M. Glen Fash, représentant du comité des bénéficiaires de l'Hôpital Général de Montréal au 934-1934, poste : 42409.

_____ Nom de la participante (majuscules)	_____ Signature de la participante	_____ Date
---	---------------------------------------	---------------

_____ Nom du témoin (majuscules)	_____ Signature du témoin	_____ Date
-------------------------------------	------------------------------	---------------

À ÊTRE SIGNÉ PAR L'ASSISTANTE DE RECHERCHE

Au meilleur de ma compétence, j'ai expliqué en détail l'étude au sujet et je l'ai invitée à poser des questions auxquelles j'ai répondu. Je crois que le sujet comprend pleinement les implications et le caractère volontaire de sa participation à cette étude.

_____ Nom de l'assistante de recherche (majuscules)	_____ Signature de l'assistante de recherche	_____ Date
---	--	---------------

APPENDICE G

QUESTIONNAIRES

No. Identification: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### QUESTIONNAIRE SUR LA GROSSESSE

#### I. Données démographiques

1. Quelle est votre date de naissance: \_\_\_\_\_  
 Jour Mois Année
2. Origine ethnique: \_\_\_\_\_ Blanche \_\_\_\_\_ Noire \_\_\_\_\_ Asiatique  
 \_\_\_\_\_ Amérindienne \_\_\_\_\_ Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
3. Statut civil: \_\_\_\_\_ Célibataire \_\_\_\_\_ Mariée \_\_\_\_\_ Conjoint de fait  
 \_\_\_\_\_ Séparée \_\_\_\_\_ Divorcée
4. Depuis combien de temps habitez-vous avec votre conjoint? (années) \_\_\_\_\_
5. Quelle est la dernière année de scolarité que vous avez complétée? (ENCERCLEZ L'ANNÉE)  
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 >18  
 École primaire École secondaire Formation professionnelle,  
 CEGEP, Université
6. a) Si vous travaillez présentement, quel est votre occupation? \_\_\_\_\_  
 b) Si vous travaillez présentement, combien d'heures par semaine est-ce que vous travaillez? \_\_\_\_\_ heures
7. Quel est votre meilleur estimé de votre revenu familial annuel actuel avant déductions?  
 (Inclure les salaires de tous les membres de votre ménage, revenu de travail à son propre compte).  
 \_\_\_\_\_ Aucun revenu \_\_\_\_\_ \$41,000 - \$60,000 \_\_\_\_\_ \$101,000 - \$120,000  
 \_\_\_\_\_ \$5,000-\$20,000 \_\_\_\_\_ \$61,000 - \$80,000 \_\_\_\_\_ Plus de \$120,000  
 \_\_\_\_\_ \$21,00-\$40,000 \_\_\_\_\_ \$81,000 - \$100,000

#### II. Grossesses Antérieures

1. Est-ce votre premier enfant?  
 NON [ ] passez à la question 1a OUI [ ] passez à la section III
- 1a. Si NON, combien d'enfants avez-vous? \_\_\_\_\_
- 1b. Quel est l'âge de chaque enfant? \_\_\_\_\_
- 1c. Lors de vos grossesses antérieures qui se sont terminées par la naissance d'un enfant vivant, avez-vous vécu une des complications suivantes. Veuillez cocher (✓) celles qui s'appliquent dans votre cas.  
 \_\_\_\_\_ Haute pression artérielle  
 \_\_\_\_\_ Diabète gestationnel  
 \_\_\_\_\_ Saignement  
 \_\_\_\_\_ Prééclampsie (symptômes : haute pression artérielle, oedème du visage et des mains)  
 \_\_\_\_\_ Détachement du placenta (séparation partielle ou complète du placenta des parois de l'utérus)  
 \_\_\_\_\_ Contractions prématurées chaque 10 minutes pour deux heures consécutives avant le 9<sup>ème</sup> mois de grossesse.  
 \_\_\_\_\_ Contractions prématurées qui ont mené à l'accouchement  
 \_\_\_\_\_ Autres complications (spécifiez) \_\_\_\_\_



#### IV. Antécédents médicaux

1. Souffrez-vous d'un trouble de santé majeur?

NON [ ] OUI [ ]

Si OUI, précisez ci-dessous:

<input type="checkbox"/> Maladies du coeur	<input type="checkbox"/> Maladie des reins
<input type="checkbox"/> Haut cholestérol	<input type="checkbox"/> Diabète
<input type="checkbox"/> Trouble hémostatique	<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Haute pression artérielle
<input type="checkbox"/> Migraines	Autre (Précisez) _____

2. Avez-vous déjà consulté des services professionnels pour des difficultés émotionnelles?

NON [ ] OUI Passez à 3a [ ]

3a. Si OUI, veuillez préciser le type de difficultés (c.à.d., dépression, anxiété)? \_\_\_\_\_

3b. Il y a combien de temps? \_\_\_\_\_ (Précisez en nombre de mois ou d'années)

#### V. Comportements de santé

##### Cigarette:

1. Actuellement, est-ce que vous fumez des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais?

i. Jamais \_\_\_\_\_ [Passez à la section suivante]

ii. Tous les jours  
Actuellement, combien de cigarettes est-ce que vous fumez par jour \_\_\_\_\_ (nombre de cigarettes)  
[passez à la question 1a]

iii. À l'occasion  
Combien de cigarettes est-ce que vous fumez par semaine? \_\_\_\_\_ (nombre de cigarettes)  
[passez à la question 1a]

]

1a. A quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes? \_\_\_\_\_

**Consommation d'alcool.**

1. Depuis que vous avez découvert que vous êtes enceinte, avez-vous consommé de la bière, du vin, de la boisson ou toute autre breuvage alcoolisé?

NON [ ] OUI passez à la question 1a [ ]

1a) Si OUI, depuis que vous avez découvert que vous êtes enceinte, combien de fois avez-vous bu des breuvages alcoolisés?

- a. Moins qu'une fois par mois.
- b. Une fois par mois.
- c. 2 à 3 fois par mois.
- d. Une fois par semaine.
- e. 2 à 3 fois par semaine.
- f. 4 à 6 fois par semaine.
- g. À chaque jour.

1b) Au cours des 3 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous bu 5 verres ou plus lors d'une même occasion?

- a. Jamais.
- b. Moins d'une fois par mois.
- c. Une fois par mois.
- d. 2 à 3 fois par mois.
- e. Une fois par semaine.
- f. > 1 fois par semaine.

1c) Depuis que vous avez découvert que vous êtes enceinte, avez-vous éprouvé un désir ou une envie de boire de l'alcool qui était si fort que vous n'avez pas pu y résister ou que vous n'avez pas pu penser à autre chose?

NON [ ] OUI [ ]

1d) Depuis que vous avez découvert que vous êtes enceinte, avez-vous trouvé que vous aviez à boire plus d'alcool que d'habitude pour avoir le même effet ou que la même quantité d'alcool avait moins d'effet que d'habitude?

NON [ ] OUI [ ]

**Usage de drogues ou de médicaments.**

1. Avez-vous déjà utilisé de la médication sur ordonnance ou des drogues de la rue pour être "high", pour vous aider à mieux dormir, ou pour changer votre humeur?

NON passez au questionnaire suivant [ ] OUI [ ]

SI OUI, quels types de drogues ou de médicaments? \_\_\_\_\_

1a. Si des drogues de la rue: Quand consommiez-vous le plus? \_\_\_\_\_

1b. Y-a-t'il eu une période lors de laquelle vous avez consommé au moins 10 fois durant une période d'un mois?

NON [ ] OUI [ ]

2. Si sur ordonnance: Êtes-vous devenue «accrochée» (dépendante du médicament sur ordonnance) ou en avez-vous pris plus que la quantité qui était prescrite?

NON [ ] OUI [ ]

3. Depuis que vous avez découvert que vous êtes enceinte, avez-vous pris de la médication sur ordonnance ou des drogues de la rue pour être "high", pour vous aider à mieux dormir, ou pour changer votre humeur?

NON [ ] OUI [ ]

Si Oui, laquelle? \_\_\_\_\_

Pathey: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

***Échelle modifiée des symptômes traumatiques***

Le but de ce questionnaire est de mesurer la fréquence et la sévérité des symptômes dans les deux dernières semaines. Utilisez l'échelle de fréquence pour encerclez la fréquence des symptômes dans la colonne située à la gauche de chacun des énoncés.

**FRÉQUENCE**

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine ou/mois  
un petit peu/  
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/  
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/  
presque toujours

**SÉVÉRITÉ**

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout.....Presque toujours					Pas du tout.....Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	1. Avez-vous eu des pensées ou des souvenirs pénibles récurrents ou intrusifs concernant le travail et/ou l'accouchement? (répétitifs et envahissants)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	2. Avez-vous eu et continuez-vous à avoir de mauvais rêves ou des cauchemars concernant le travail et/ou l'accouchement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	3. Avez-vous vécu l'expériences de soudainement revivre le travail et/ou l'accouchement, d'avoir un retour en arrière, d'agir ou de sentir que celui-ci se reproduisait?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	4. Avez-vous été perturbé et continuez-vous à être perturbé de façon intense ÉMOTIONNELLEMENT lorsqu'on vous rappelait du travail et/ou de l'accouchement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	5. Avez-vous fait et continuez-vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les pensées et les sentiments associés au travail et/ou l'accouchement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	6. Avez-vous fait et continuez vous de faire des efforts de façon persistante pour éviter les activités, les situations ou les endroits qui vous remémorent l'événement?	A	B	C	D	E

## FRÉQUENCE

- 0 Pas du tout
- 1 Une fois par semaine ou/mois  
un petit peu/  
une fois de temps en temps
- 2 2 à 4 fois par semaine/ assez/  
la moitié du temps
- 3 5 fois ou plus par semaine/ beaucoup/  
presque toujours

## SÉVÉRITÉ

- A Pas du tout perturbant
- B Un peu perturbant
- C Modérément perturbant
- D Beaucoup perturbant
- E Extrêmement perturbant

Fréquence				Énoncés	Sévérité				
Pas du tout ..... Presque toujours					Pas du tout ..... Extrêmement perturbant				
0	1	2	3	7. Y-a-t-il des aspects importants du travail/accouchement dont vous ne pouvez toujours pas vous rappeler?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	8. Avez-vous perdu de façon marquée vos intérêts pour vos loisirs depuis le travail/accouchement ?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	9. Vous êtes vous senti détaché ou coupé des gens autour de vous depuis l'accouchement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	10. Avez-vous senti que votre capacité à ressentir vos émotions a diminué? (ex.: incapable d'avoir des sentiments amoureux, sentiment d'être sans émotion, incapacité à pleurer lorsque triste, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	11. Avez-vous perçu que vos plans ou vos espoirs futurs ont changés en raison de difficultés que vous avez vécu lors du travail/accouchement? (ex.: plus de carrière, plus d'enfants, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	12. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés à vous endormir ou à rester endormi?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	13. Avez-vous été et continuez-vous d'être constamment irritable ou porter à éclater soudainement de colère?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	14. Avez-vous eu et continuez-vous d'avoir des difficultés persistantes à vous concentrer ?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	15. Êtes-vous excessivement en état d'alerte depuis l'événement? (ex.: vérifier qui est autour de vous, etc.)	A	B	C	D	E
0	1	2	3	16. Avez-vous été plus nerveux, plus facilement effrayé depuis le travail/accouchement?	A	B	C	D	E
0	1	2	3	17. Avez-vous des réactions PHYSIQUES intenses lorsqu'on vous rappelle du travail et/ou de l'accouchement?	A	B	C	D	E

Patkey \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### Échelle d'Edinburgh

Comme vous attendez un bébé, nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez S.V.P. indiquer la réponse qui vous paraît la plus proche de comment vous vous sentez depuis les DERNIERS 7 JOURS, et non seulement de comment vous vous sentez aujourd'hui.

#### DANS LES DERNIERS 7 JOURS...

1. Avez-vous été capable de rire et de voir le côté drôle des choses :

- autant que j'ai toujours pu
- pas vraiment maintenant
- définitivement pas autant maintenant
- pas du tout

2. Avez-vous anticipé avec plaisir les choses :

- autant que je l'ai toujours pu
- plutôt moins que je le faisais avant
- définitivement moins que je le faisais avant
- presque pas du tout

3. Vous êtes-vous blâmée inutilement quand les choses ont mal été :

- oui, la plupart du temps
- oui, quelques fois
- pas très souvent
- non, jamais

4. Avez-vous été anxieuse ou inquiète sans aucune bonne raison :

- non, pas du tout
- presque jamais
- oui, des fois
- oui, très souvent

5. Avez-vous eu peur ou avez-vous paniqué sans aucune bonne raison :

- oui, beaucoup
- oui, des fois
- non, pas beaucoup
- non, pas du tout

6. Vous êtes-vous sentie dépassée par les choses :

- oui, la plupart du temps je ne m'en tire pas du tout
- oui, des fois je ne m'en tire pas aussi bien que d'habitude
- non, la plupart du temps je m'en tire assez bien
- non, je m'en tire aussi bien que d'habitude

7. Avez-vous été malheureuse au point d'en avoir de la difficulté à dormir :

- oui, la plupart du temps
- oui, assez souvent
- pas très souvent
- non, pas du tout

8. Vous êtes-vous sentie triste ou misérable :

- oui, la plupart du temps
- oui, très souvent
- pas très souvent
- non, pas du tout

9. Avez-vous été si malheureuse que vous en avez pleuré :

- oui, la plupart du temps
- oui, assez souvent
- à l'occasion
- non, jamais

10. Est-ce que l'idée de vous faire du mal vous a passé par la tête :

- oui, très souvent
- des fois
- presque jamais
- jamais

Patkey \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Échelle d'Edinburgh**

Comme vous avez récemment eu un bébé, nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez S.V.P. indiquer la réponse qui vous paraît la plus proche de comment vous vous sentez depuis les DERNIERS 7 JOURS, et non seulement de comment vous vous sentez aujourd'hui.

**DANS LES DERNIERS 7 JOURS...**

1. Avez-vous été capable de rire et de voir le côté drôle des choses :

- autant que j'ai toujours pu
- pas vraiment maintenant
- définitivement pas autant maintenant
- pas du tout

2. Avez-vous anticipé avec plaisir les choses :

- autant que je l'ai toujours pu
- plutôt moins que je le faisais avant
- définitivement moins que je le faisais avant
- presque pas du tout

3. Vous êtes-vous blâmée inutilement quand les choses ont mal été :

- oui, la plupart du temps
- oui, quelques fois
- pas très souvent
- non, jamais

4. Avez-vous été anxieuse ou inquiète sans aucune bonne raison :

- non, pas du tout
- presque jamais
- oui, des fois
- oui, très souvent

5. Avez-vous eu peur ou avez-vous paniqué sans aucune bonne raison :

- oui, beaucoup
- oui, des fois
- non, pas beaucoup
- non, pas du tout

6. Vous êtes-vous sentie dépassée par les choses :

- oui, la plupart du temps je ne m'en tire pas du tout
- oui, des fois je ne m'en tire pas aussi bien que d'habitude
- non, la plupart du temps je m'en tire assez bien
- non, je m'en tire aussi bien que d'habitude

7. Avez-vous été malheureuse au point d'en avoir de la difficulté à dormir :

- oui, la plupart du temps
- oui, assez souvent
- pas très souvent
- non, pas du tout

8. Vous êtes-vous sentie triste ou misérable :

- oui, la plupart du temps
- oui, très souvent
- pas très souvent
- non, pas du tout

9. Avez-vous été si malheureuse que vous en avez pleuré :

- oui, la plupart du temps
- oui, assez souvent
- à l'occasion
- non, jamais

10. Est-ce que l'idée de vous faire du mal vous a passé par la tête :

- oui, très souvent
- des fois
- presque jamais
- jamais

Numéro d'identification \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Questionnaire sur les antécédents traumatiques

Voici une série de questions qui concernent les événements graves ou traumatisants de la vie. Ce type d'événements se présentent assez régulièrement même si nous voudrions que ces derniers se fassent rares. Ces événements influencent la façon dont les gens se sentent, réagissent et/ou pensent par la suite. La connaissance de l'incidence de tels événements et des façons d'y réagir nous aidera à développer des programmes de prévention, d'éducation et d'autres services. Le questionnaire comporte des questions couvrant les expériences criminelles, les désastres généraux et les traumatismes ainsi que les expériences physiques et sexuelles.

Pour chaque événement, veuillez s'il-vous-plaît encrer oui ou non pour signifier si cet événement a eu lieu et, si c'est le cas, le nombre de fois où cela s'est produit ainsi que votre âge approximatif lors de l'événement. Veuillez également décrire en quelques mots l'événement ainsi que les personnes impliquées aux endroits prévus à cet effet.

#### Événements reliés au crime

- |  |       |       | <u>Si oui</u> |                  |
|--|-------|-------|---------------|------------------|
|  | Non   | Oui   | # de fois     | âge approximatif |
| 1. Est-ce que quelqu'un a déjà essayé de vous prendre quelque chose en utilisant la force ou des menaces de violence telles qu'une attaque à main armée ou une agression simple (sans arme)? | _____ | _____ | _____         | _____            |
| 2. Est-ce que quelqu'un a déjà essayé ou réussi à s'introduire par effraction chez vous alors que vous étiez à la maison?  | _____ | _____ | _____         | _____            |

#### Désastres généraux et traumatismes

- |  |       |       |       |       |
|--|-------|-------|-------|-------|
| 3. Avez-vous déjà eu un accident grave au travail, dans une voiture ou ailleurs?   | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <u>Si oui, veuillez spécifier</u>  | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. Avez-vous déjà vécu un désastre causé par l'homme tel qu'un déraillement de train, une bâtisse qui s'écroule, un vol de banque, un incendie, etc., au cours duquel vous avez ressenti que l'un de vos proches ou vous-même risquiez d'être tué ou blessé? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| <u>Si oui, veuillez spécifier</u>  | _____ | _____ | _____ | _____ |

- |  |     |     |                           |                           |
|--|-----|-----|---------------------------|---------------------------|
|  |     |     | <u>Si oui</u>             |                           |
| 5. Avez-vous déjà été dans toute autre situation où vous avez été grièvement blessé(e)?  | Non | Oui | # de fois<br>_____        | âge approximatif<br>_____ |
| <u>Si oui</u> , veuillez spécifier<br>_____  |     |     |                           |                           |
|  |     |     | <u>Si oui</u>             |                           |
| 6. Vous êtes-vous déjà trouvé(e) dans toute autre situation durant laquelle vous avez senti que vous pourriez être tué(e) ou grièvement blessé(e)? | Non | Oui | Était-ce répété?<br>_____ | âge approximatif<br>_____ |
| <u>Si oui</u> , veuillez spécifier<br>_____  |     |     |                           |                           |
| 7. Avez-vous déjà vu quelqu'un être grièvement blessé ou tué?  | Non | Oui | _____                     | _____                     |
| <u>Si oui</u> , veuillez spécifier qui<br>_____  |     |     |                           |                           |
| 8. Avez-vous déjà vu un mort ailleurs que dans des funérailles ou avez-vous eu à vous occuper du corps d'un mort pour quelque raison que ce soit?  | Non | Oui | _____                     | _____                     |
| <u>Si oui</u> , veuillez spécifier<br>_____  |     |     |                           |                           |
| 9. Est-ce qu'un de vos amis proches ou un membre de votre famille a été assassiné ou tué par un conducteur ivre ?                                  | Non | Oui | _____                     | _____                     |
| <u>Si oui</u> , veuillez spécifier le lien (ex. mère, cousin)<br>_____   |     |     |                           |                           |
| 10. Avez-vous déjà eu un(e) époux(se), conjoint(e) ou enfant qui est décédé?   | Non | Oui | _____                     | _____                     |
| <u>Si oui</u> , veuillez spécifier le lien<br>_____  |     |     |                           |                           |
| 11. Avez-vous déjà eu une maladie grave ou une maladie qui menaçait votre vie?   | Non | Oui | _____                     | _____                     |
| <u>Si oui</u> , veuillez spécifier<br>_____  |     |     |                           |                           |

Expériences physiques et sexuelles

- |   | <u>Si Oui</u>       |     |                                  |
|---|---------------------|-----|----------------------------------|
|   | Était-ce<br>répété? |     | A quel âge et à quelle fréquence |
| 12. Est-ce que quelqu'un vous a déjà incité à des relations sexuelles, du sexe oral ou anal contre votre gré?   | Non                 | Oui | _____                            |
| <u>Si oui</u> , veuillez indiquer la nature de la relation (étranger, ami, connaissance, parent, frère, sœur) _____   |                     |     |                                  |
| 13. Est-ce que quelqu'un a déjà touché des parties intimes de votre corps ou vous a fait toucher les siennes en utilisant la force ou en vous menaçant?                           | Non                 | Oui | _____                            |
| <u>Si oui</u> , veuillez indiquer la nature de la relation (étranger, ami, connaissance, parent, frère, sœur) _____   |                     |     |                                  |
| 14. En dehors des incidents mentionnés aux questions 12 et 13 y a-t-il eu d'autres situations où une autre personne a essayé de vous forcer à avoir un contact sexuel non voulu ? | Non                 | Oui | _____                            |
| 15. Est-ce que quelqu'un, incluant les membres de votre famille ou des amis, a déjà tenté de vous attaquer avec un fusil, un couteau ou une autre sorte d'arme?                   | Non                 | Oui | _____                            |
| 16. Est-ce que quelqu'un, incluant les membres de votre famille ou des amis, a déjà tenté de vous attaquer <u>sans</u> arme et vous a grièvement blessé(e)?                       | Non                 | Oui | _____                            |
| 17. Est-ce qu'un membre de votre famille vous a déjà battu(e), donné la « fessée » ou poussé assez fort pour causer une blessure ?  | Non                 | Oui | _____                            |

Autres événements

- |   |     |     |       |
|---|-----|-----|-------|
| 18. Avez-vous déjà vécu une autre situation extrêmement stressante ou un événement qui n'a pas été couvert ci-dessus? | Non | Oui | _____ |
|---|-----|-----|-------|

Si oui, veuillez spécifier :

### Index de Sensibilité à l'anxiété

Code : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                  jour mois année

Veuillez encercler un des cinq items qui correspond le mieux à votre degré d'accord à chacune des phrases suivantes. Si une des phrases décrit une situation que vous n'avez pas vécue, répondez à la phrase en imaginant comment vous auriez réagi à cette situation si vous l'aviez vécu.

1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(se).  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
2. Quand je ne peux me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou(folle).  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
3. Cela me fait peur quand je me sens trembler.  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
4. Cela me fait peur quand je pense m'évanouir.  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
5. Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions.  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
6. Cela me fait peur quand mon cœur bat rapidement.  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
7. Cela m'embarrasse quand mon estomac «crie».  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
8. Cela me fait peur quand j'ai la nausée (mal de cœur).  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
9. Quand je m'aperçois que mon cœur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une «crise de cœur» (infarctus).  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
10. Cela me fait peur quand je deviens essouffé(e).  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément
11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être très malade.  
Très peu    Un peu    Quelquesfois    Beaucoup    Énormément

12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche.
- |          |        |             |          |            |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
| Très peu | Un peu | Quelquefois | Beaucoup | Énormément |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
13. Quand je me sens trembler, les gens le remarquent.
- |          |        |             |          |            |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
| Très peu | Un peu | Quelquefois | Beaucoup | Énormément |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
14. Des sensations corporelles inhabituelles me font peur.
- |          |        |             |          |            |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
| Très peu | Un peu | Quelquefois | Beaucoup | Énormément |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
15. Quand je me sens nerveux(se), je m'inquiète d'avoir une maladie mentale.
- |          |        |             |          |            |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
| Très peu | Un peu | Quelquefois | Beaucoup | Énormément |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
16. Cela me fait peur quand je suis nerveux(se).
- |          |        |             |          |            |
|----------|--------|-------------|----------|------------|
| Très peu | Un peu | Quelquefois | Beaucoup | Énormément |
|----------|--------|-------------|----------|------------|

Référence: Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety, frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 24, 1-8.  
 © Tous droits réservés. Université du Québec. 1994. Traduction par R. Stephenson, A. Marchand, & P. Brillon (1994) et révision par R. Stephenson, A. Marchand, P. Brillon, L. Marchand & J. Labrecque (1999). Validation par J. Labrecque, L. Marchand, C. Kirouak, G. Leblanc et A. Marchand (2002).

## QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE

Nom \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**CONSIGNES:** Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

	Presque Jamais	Quelquefois	Souvent	Presque Toujours
1. Je me sens calme .....	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité .....	1	2	3	4
3. Je suis tendu(e) .....	1	2	3	4
4. Je me sens surmené(e) .....	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille .....	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé(e) .....	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles .....	1	2	3	4
8. Je me sens comblé(e) .....	1	2	3	4
9. Je me sens effrayé(e) .....	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise .....	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi .....	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux .....	1	2	3	4
13. Je suis affolé(e) .....	1	2	3	4
14. Je me sens indécis(e) .....	1	2	3	4
15. Je suis détendu(e) .....	1	2	3	4
16. Je me sens satisfait(e) .....	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé(e) .....	1	2	3	4
18. Je me sens tout mêlé(e) .....	1	2	3	4
19. Je sens que j'ai les nerfs solides .....	1	2	3	4
20. Je me sens bien .....	1	2	3	4

suite 2....

**QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PERSONNELLE  
IASTA (Forme Y-2)**

NOM \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**CONSIGNES:** Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par les gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encadrant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

	Presque Jamais	Quelques fois	Souvent	Presque Toujours
21. Je me sens bien .....	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e) .....	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même .....	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être .....	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e) .....	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e) .....	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme .....	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accroissent au point où je n'arrive pas à les surmonter .....	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine .....	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se) .....	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes .....	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi .....	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité .....	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile .....	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation ..	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e) .....	1	2	3	4
37. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent .....	1	2	3	4
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit .....	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides .....	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents .....	1	2	3	4

© Tous droits réservés.

Développé par Charles D. Spielberger en collaboration avec R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg, et G.A. Jacobs Tadol et adapté  
par Janet G. Gauthier en collaboration avec Stéphane Bouchard (IASTA (Forme Y-1))

Patkey: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Questionnaire sur le support social**

Veillez indiquer jusqu'à quel point chacun des types de support suivants vous est disponible.  
(Cochez UNE réponse pour CHAQUE énoncé).

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. Quelqu'un sur qui compter lorsque vous avez besoin de parler.					
2. Quelqu'un vous démontrant de l'amour et de l'affection.					
3. Quelqu'un pour vous donner de l'information vous permettant de mieux comprendre une situation difficile.					
4. Quelqu'un à qui vous demandez des conseils.					
5. Quelqu'un pour vous aider dans les travaux ménagers si vous êtes malade.					
6. Quelqu'un avec qui partager vos soucis et vos craintes personnelles.					
7. Quelqu'un avec qui faire des activités plaisantes.					

PATKEY: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**Questionnaire sur les événements stressants**

Vous trouverez ci-dessous une liste d'événements qui surviennent parfois dans la vie des gens et qui peuvent affecter leur santé. Pour chaque item, si l'événement est survenu dans votre vie AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, veuillez indiquer jusqu'à quel point il a représenté une expérience stressante pour vous.

- |   | Pas du Tout              | Un Peu                   | Modérément               | Beaucoup                 | Extrêmement              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des changements majeurs à votre travail ou des difficultés avec les personnes qui travaillent avec vous?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 2.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous déménagé?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 3.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des problèmes légaux?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 4.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous été victime d'un accident ou d'un crime (par exemple, un vol)?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 5.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des difficultés financières?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 6.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....   | <input type="checkbox"/> |
| 6. Au cours des 6 derniers mois, un membre de votre famille ou un ami intime est-il décédé?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 7.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Au cours des 6 derniers mois, votre statut marital a-t-il changé?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 8.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....   | <input type="checkbox"/> |
| 8. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des problèmes personnels avec des membres de votre famille ou avec des amis proches?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 9.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....                     | <input type="checkbox"/> |
| 9. Au cours des 6 derniers mois, une de vos amitiés s'est-elle terminée?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/> et passez à la question 10.<br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Au cours des 6 derniers mois, y-a-t-il eu d'autres changements majeurs dans votre vie qui vous ont tracassés?<br>Si NON, cochez ici <input type="checkbox"/><br>Si OUI, jusqu'à quel point cette situation a-t-elle été stressante? .....   | <input type="checkbox"/> |

No. Identification \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## (W-DEQ) version A

## Directives

Ce questionnaire concerne les sentiments et les pensées que des femmes peuvent avoir en perspective du travail et de l'accouchement.

Les réponses à chaque question se présentent sous la forme d'une échelle de 1 à 6. Les réponses aux extrémités (1 et 6 respectivement) correspondent aux extrêmes opposés d'un certain sentiment ou d'une certaine pensée.

Veillez, s'il-vous-plaît, compléter chaque question en encadrant le chiffre associé à la réponse qui correspond le plus à la façon dont vous imaginez que votre travail et votre accouchement seront.

Veillez, s'il-vous-plaît, répondre en fonction de la façon dont vous imaginez que votre travail et votre accouchement seront et non de la façon dont vous espérez qu'ils soient.

I. Dans l'ensemble, comment pensez-vous que votre travail et votre accouchement se dérouleront?						
1.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement fantastique			Pas du tout fantastique		
2.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement effrayant			Pas du tout effrayant		

II. En général, comment pensez-vous vous sentir durant le travail et l'accouchement?						
3.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement seule			Pas du tout seule		
4.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement forte			Pas du tout forte		
5.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement sûre de moi			Pas du tout sûre de moi		
6.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement apeurée			Pas du tout apeurée		
7.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement délaissée			Pas du tout délaissée		
8.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement faible			Pas du tout faible		
9.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement en sécurité			Pas du tout en sécurité		
10.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement indépendante			Pas du tout indépendante		
11.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement triste			Pas du tout triste		
12.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement tendue			Pas du tout tendue		

En général, comment pensez-vous vous sentir durant le travail et l'accouchement?						
13.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement contente					Pas du tout contente
14.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement fière					Pas du tout fière
15.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement abandonnée					Pas du tout abandonnée
16.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement calme					Pas du tout calme
17.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement détendue					Pas du tout détendue
18.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement heureuse					Pas du tout heureuse

III. Que pensez-vous ressentir durant le travail et l'accouchement?						
19.	1	2	3	4	5	6
	Panique extrême					Aucune panique
20.	1	2	3	4	5	6
	Désespoir extrême					Aucun désespoir
21.	1	2	3	4	5	6
	Impatience extrême de voir l'enfant					Aucune impatience de voir l'enfant
22.	1	2	3	4	5	6
	Extrême confiance en moi					Aucune confiance en moi
23.	1	2	3	4	5	6
	Confiance extrême					Aucune confiance
24.	1	2	3	4	5	6
	Douleur extrême					Aucune douleur

IV. Qu'est-ce qui, selon vous, va se produire lorsque le travail sera le plus intense?						
25.	1	2	3	4	5	6
	Je vais me comporter extrêmement mal					Je ne vais <u>pas</u> me comporter mal du tout
26.	1	2	3	4	5	6
	Je vais complètement lâcher prise de mon corps					Je ne lâcherai <u>pas</u> totalement prise de mon corps
27.	1	2	3	4	5	6
	Je vais complètement perdre le contrôle de moi-même					Je ne vais <u>pas</u> du tout perdre le contrôle de moi-même

V. Comment imaginez-vous le moment même où vous donnerez naissance au bébé?						
28.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement drôle					Pas du tout drôle
29.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement naturel					Pas du tout naturel
30.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement évident					Pas du tout évident
31.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement dangereux					Pas du tout dangereux

VI. Au cours du dernier mois, avez-vous eu des images concernant le travail et l'accouchement, comme par exemple avez-vous...						
32.	imaginé que votre enfant allait mourir durant le travail/l'accouchement?					
	1	2	3	4	5	6
	Jamais					Très souvent
33.	...imaginé que votre enfant serait blessé durant le travail/l'accouchement?					
	1	2	3	4	5	6
	Jamais					Très souvent

No. Identification \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## (W-DEQ) version B

## Directives

Ce questionnaire concerne les sentiments et les pensées que des femmes peuvent avoir suite à la naissance d'un enfant.

Les réponses à chaque question se présentent sous la forme d'une échelle de 1 à 6. Les réponses aux extrémités (1 et 6 respectivement) correspondent aux extrêmes opposés d'un certain sentiment ou d'une certaine pensée.

Veuillez, s'il-vous-plaît, compléter chaque question en encerclant le chiffre associé à la réponse qui correspond le plus à la façon dont vous pensez que votre travail et votre accouchement se sont déroulés.

Veuillez, s'il-vous-plaît, répondre en fonction de la façon dont le travail et l'accouchement se sont déroulés et non de la façon dont vous auriez espéré qu'ils se déroulent.

I. Dans l'ensemble, comment votre travail et votre accouchement se sont-ils déroulés?						
1.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement fantastique					Pas du tout fantastique
2.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement effrayant					Pas du tout effrayant

II. En général, comment vous sentiez-vous durant le travail et l'accouchement?						
3.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement seule					Pas du tout seule
4.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement forte					Pas du tout forte
5.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement sûre de moi					Pas du tout sûre de moi
6.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement apeurée					Pas du tout apeurée
7.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement délaissée					Pas du tout délaissée
8.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement faible					Pas du tout faible
9.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement en sécurité					Pas du tout en sécurité
10.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement indépendante					Pas du tout indépendante
11.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement triste					Pas du tout triste
12.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement tendue					Pas du tout tendue

En général, comment vous sentiez-vous durant le travail et l'accouchement?						
13.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement contente					Pas du tout contente
14.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement fière					Pas du tout fière
15.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement abandonnée					Pas du tout abandonnée
16.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement calme					Pas du tout calme
17.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement détendue					Pas du tout détendue
18.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement heureuse					Pas du tout heureuse

III. Qu'avez-vous ressenti durant le travail et l'accouchement?						
19.	1	2	3	4	5	6
	Panique extrême					Aucune panique
20.	1	2	3	4	5	6
	Désespoir extrême					Aucun désespoir
21.	1	2	3	4	5	6
	Impatience extrême de voir l'enfant					Aucune impatience de voir l'enfant
22.	1	2	3	4	5	6
	Extrême confiance en moi					Aucune confiance en moi
23.	1	2	3	4	5	6
	Confiance extrême					Aucune confiance
24.	1	2	3	4	5	6
	Douleur extrême					Aucune douleur

IV. Qu'est-ce qui s'est produit lorsque le travail était le plus intense?						
25.	1	2	3	4	5	6
	Je me suis comportée extrêmement mal					Je ne me suis pas du tout mal comportée
26.	1	2	3	4	5	6
	J'ai complètement lâché prise de mon corps					Je n'ai pas complètement lâché prise de mon corps
27.	1	2	3	4	5	6
	J'ai complètement perdu le contrôle de moi-même					Je n'ai pas du tout perdu le contrôle de moi-même

V. Comment a été le moment même où vous donniez naissance au bébé?						
28.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement drôle					Pas du tout drôle
29.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement naturel					Pas du tout naturel
30.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement évident					Pas du tout évident
31.	1	2	3	4	5	6
	Extrêmement dangereux					Pas du tout dangereux

VI. Durant le travail et l'accouchement, avez-vous eu des images, comme par exemple avez-vous...						
32.	imaginé que votre enfant allait mourir durant le travail/l'accouchement?					
	1	2	3	4	5	6
	Jamais					Très souvent
33.	...imaginé que votre enfant serait blessé durant le travail/l'accouchement?					
	1	2	3	4	5	6
	Jamais					Très souvent

Patkey \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### ENQUÊTE SUR LES ATTENTES PARENTALES PRÉNATALES

Les énoncés qui suivent décrivent ce que certains futurs parents croient à propos de leurs habiletés à prendre soin de leurs nourrissons. Après avoir lu chaque énoncé, veuillez s'il-vous-plaît encercler le chiffre qui décrit le mieux comment vous vous sentirez en tant que parent. Étant donné que les énoncés concernent votre opinion, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez, s'il-vous-plaît, répondre à chacune des 25 questions qui figurent ci-dessous.

	Je ne pourrai pas			Je pourrai modérément				Je pourrai tout à fait			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Je pourrai me débrouiller avec l'allaitement.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Je pourrai gérer les responsabilités liées à mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Je pourrai toujours savoir lorsque mon bébé a faim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Je pourrai m'occuper efficacement du bébé lorsqu'il pleure « sans raisons ».	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Je pourrai savoir lorsque mon bébé est malade.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Je saurai lorsque je dois ajouter des items différents à la diète de mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Je pourrai m'occuper des tâches ménagères aussi bien qu'avant, tout en m'occupant du bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Lorsque je croirai que le bébé est malade, je pourrai prendre sa température correctement.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Je pourrai donner un bain à mon bébé sans qu'il ait froid ou soit contrarié.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Je réglerai mes inquiétudes concernant le fait de travailler ou de ne pas travailler après l'arrivée du bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Je pourrai prévenir les pleurs de mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Je pourrai maintenir ma relation avec mon conjoint au cours de la prochaine année.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Je pourrai répondre à toutes les demandes qui reposeront sur moi lorsque le bébé arrivera.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Je pourrai facilement sortir avec le bébé pour une visite chez le médecin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Je ne pourrai pas			Je pourrai modérément				Je pourrai tout à fait			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. J'ai un bon jugement lorsqu'il s'agit de décider comment prendre soin du bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Je peux prendre les bonnes décisions pour mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Je pourrai amener le bébé à avoir une bonne routine de nuit.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Je pourrai donner au bébé l'attention dont il a besoin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Je pourrai engager une gardienne lorsque j'en aurai besoin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Je pourrai savoir ce que mon bébé aime et n'aime pas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Je pourrai ressentir l'humeur de mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Je pourrai montrer mon amour au bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Je pourrai calmer mon bébé lorsqu'il est contrarié.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Je pourrai offrir mon support au bébé lors de moments stressants comme, par exemple, une visite chez le médecin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Je pourrai stimuler mon bébé en jouant avec lui.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Patkey \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**ENQUÊTE SUR LA PERSPECTIVE PARENTALE EN POST-PARTUM**

Les énoncés qui suivent décrivent ce que les nouveaux parents croient à propos de leurs habiletés à prendre soin de leurs nourrissons. Après avoir lu chaque énoncé, veuillez s'il-vous-plaît encercler le chiffre qui décrit le mieux comment vous vous sentez en tant que parent. Étant donné que les énoncés concernent votre opinion, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Veuillez, s'il-vous-plaît, répondre à chacune des 25 questions qui figurent ci-dessous.

	Je ne peux pas			Je peux modérément				Je peux tout à fait			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Je peux me débrouiller avec l'allaitement.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Je peux gérer les responsabilités liées à mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Je peux savoir lorsque mon bébé a faim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Je peux m'occuper efficacement du bébé lorsqu'il pleure « sans raisons ».	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Je peux savoir lorsque mon bébé est malade.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Je sais lorsque je dois ajouter des items différents à la diète de mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Je peux m'occuper des tâches ménagères aussi bien qu'avant, tout en m'occupant du bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Lorsque je crois que le bébé est malade, je peux prendre sa température correctement.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Je peux donner un bain à mon bébé sans qu'il ait froid ou soit contrarié.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Je peux régler mes inquiétudes concernant le fait de travailler ou de ne pas travailler après l'arrivée du bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Je peux prévenir les pleurs de mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Je peux maintenir ma relation avec mon conjoint au cours de la prochaine année.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Je peux répondre à toutes les demandes qui reposent sur moi maintenant que le bébé est arrivé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Je ne peux pas			Je peux modérément				Je peux tout à fait			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Je peux facilement sortir avec le bébé pour une visite chez le médecin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. J'ai un bon jugement lorsqu'il s'agit de décider comment prendre soin du bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Je peux prendre les bonnes décisions pour mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Je peux amener le bébé à avoir une bonne routine de nuit.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Je peux donner au bébé l'attention dont il a besoin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Je peux engager une gardienne lorsque j'en ai besoin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Je peux savoir ce que mon bébé aime et n'aime pas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Je peux ressentir l'humeur de mon bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Je peux montrer mon amour au bébé.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Je peux calmer mon bébé lorsqu'il est contrarié.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Je peux offrir mon support au bébé lors de moments stressants comme par exemple, une visite chez le médecin.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Je peux stimuler mon bébé en jouant avec lui.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

No. Identification: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Questionnaire sur la perception des soins**

J'aimerais vous poser quelques questions concernant les soins que vous avez reçus durant l'accouchement de votre bébé. Veuillez, s'il vous plaît, répondre aux 15 premières questions en vous référant au médecin qui était principalement responsable de votre accouchement. Cette personne peut être un/une obstétricien(ne), un/une médecin généraliste, un/une médecin de l'hôpital ou une sage-femme. Les autres questions concernent plus précisément les soins infirmiers que vous avez reçus.

1. J'avais entièrement confiance en mon médecin en ce qui a trait à la gestion de mon accouchement.

Fortement en désaccord  
 En désaccord  
 Indécise  
 D'accord  
 Fortement en accord

2. Mon médecin a pris les bonnes décisions médicales durant mon accouchement.

Fortement en désaccord  
 En désaccord  
 Indécise  
 D'accord  
 Fortement en accord

3. Mon médecin n'a pas été doux lorsqu'il effectuait des procédures et examens médicaux.

Fortement en désaccord  
 En désaccord  
 Indécise  
 D'accord  
 Fortement en accord

4. Mon médecin ne m'a pas expliqué clairement ce qu'il me faisait durant mon accouchement.

Fortement en désaccord  
 En désaccord  
 Indécise  
 D'accord  
 Fortement en accord

5. Mon médecin a écouté attentivement tout ce que j'ai exprimé durant mon accouchement.

Fortement en désaccord  
 En désaccord  
 Indécise  
 D'accord  
 Fortement en accord

6. Mon médecin m'a demandé comment je voulais accoucher.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

7. Mon médecin a utilisé des termes médicaux que j'ai eu de la difficulté à comprendre.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

8. Suite à la naissance de mon bébé, mon médecin ne m'a pas demandé comment je me sentais par rapport à l'accouchement.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

9. Après l'accouchement, mon médecin m'a encouragée à poser les questions que j'avais par rapport à la naissance de mon bébé.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

10. Mon médecin a été courtois et poli à chaque fois qu'il a dû interagir avec moi.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

11. Mon médecin n'a pas toujours été gentil et il n'a pas toujours considéré mes sentiments.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

12. Mon médecin m'a parlé sur un ton hautain.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

13. Dans l'ensemble, je suis satisfaite de la façon dont mon médecin m'a traitée.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

14. Je ne pense pas que je recommanderais ce médecin à une amie.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

15. Les médecins ont été gentils et ont considéré mes sentiments durant mon accouchement.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

16. Les infirmières étaient compétentes et douces lorsqu'elles m'examinaient et lorsqu'elles effectuaient des procédures médicales durant le travail et l'accouchement.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

17. Les infirmières expliquaient clairement tout ce qu'elles me faisaient durant le travail et l'accouchement.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

18. Après l'accouchement, les infirmières m'ont encouragée à poser des questions et à discuter de mon accouchement.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

19. Comment votre conjoint a-t-il réagi à votre accouchement?

- Très déçu, cela n'était pas du tout comme il l'espérait.
- Déçu, ce n'était pas tout à fait comme il l'espérait.
- Indécis.
- Content, c'était comme il l'espérait.
- Très content, c'était exactement comme il l'espérait.

20. Mon conjoint a fait en sorte qu'il soit facile pour moi de parler de mon accouchement.

- Tout à fait en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Tout à fait d'accord

21. Avez-vous ressenti le besoin de parler de votre accouchement avec d'autres personnes que le personnel médical ou votre partenaire?

- Souvent
- Parfois
- Seulement occasionnellement
- Rarement
- Pas du tout

22. J'ai eu toutes les occasions que je voulais de parler de l'expérience de la naissance.

- Fortement en désaccord
- En désaccord
- Indécise
- D'accord
- Fortement en accord

Patkey: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Formulaire SF - 36

**DIRECTIVES:** Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la percevez. Vos réponses permettront de suivre l'évolution de votre état de santé et de savoir dans quelle mesure vous pouvez accomplir vos activités courantes.

Répondez à toutes les questions en suivant les indications qui vous sont données. En cas de doute, répondez de votre mieux.

1. En général, diriez-vous que votre santé est:

(Encerclez une seule réponse)

Excellente	.....	1
Très bonne	.....	2
Bonne	.....	3
Passable	.....	4
Mauvaise	.....	5

2. En comparaison à l'an dernier, comment évaluez-vous, maintenant, votre santé générale?

(Encerclez une seule réponse)

Bien meilleure maintenant que l'an dernier	.....	1
Un peu meilleure que l'an dernier	.....	2
À peu près la même que l'an dernier	.....	3
Un peu moins bonne maintenant que l'an dernier	.....	4
Bien moins bonne maintenant que l'an dernier	.....	5

Partkey:

3. Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités? Si oui, dans quelle mesure?

(Encerlez un seul chiffre par ligne)

ACTIVITÉS	Mon état de santé me limite beaucoup	Mon état de santé me limite un peu	Mon état de santé ne me limite pas du tout
a. Dans des activités qui exigent un effort physique important, comme courir, soulever des objets lourds, pratiquer des sports violents.	1	2	3
b. Dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf.	1	2	3
c. Pour soulever ou transporter des sacs d'épicerie.	1	2	3
d. Pour monter plusieurs étages à pied.	1	2	3
e. Pour monter un seul étage à pied.	1	2	3
f. Pour me pencher, me mettre à genoux ou m'accroupir.	1	2	3
g. Pour faire plus d'un kilomètre à pied.	1	2	3
h. Pour faire plusieurs coins de rue à pied.	1	2	3
i. Pour marcher d'un coin de rue à l'autre	1	2	3
j. Pour prendre un bain ou m'habiller.	1	2	3

4. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous en l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre état de santé physique?

(Encerlez un seul chiffre par ligne)

	OUI	NON
a. Avez-vous dû consacrer moins de temps à votre travail ou à d'autres activités?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?	1	2
c. Avez-vous été limité(e) dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités?	1	2
d. Avez-vous eu du mal à accomplir votre travail ou vos autres activités (par exemple vous a-t-il fallu fournir un effort supplémentaire)?	1	2

Patkey: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

5. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de l'état de votre moral (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux (se))?

(Encerlez un seul chiffre par ligne)

	OUI	NON
a. Avez-vous dû consacrer moins de temps à votre travail ou à d'autres activités?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?	1	2
c. Avez-vous fait votre travail ou vos activités avec moins de soin qu'à l'habitude?	1	2

6. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités (sociales habituelles (famille, amis, voisins ou autres groupes))?

(Encerlez une seule réponse)

Pas du tout .....	1
Un peu .....	2
Moyennement .....	3
Beaucoup .....	4
Énormément .....	5

7. Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous éprouvé des douleurs physiques?

(Encerlez une seule réponse)

Aucune douleur .....	1
Douleurs très légères .....	2
Douleurs légères .....	3
Douleurs moyennes .....	4
Douleurs intenses .....	5
Douleurs très intenses .....	6

Patkey.

8. Au cours des quatre dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nni à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

(Encerclez une seule réponse)

Pas du tout ..... 1  
 Un peu ..... 2  
 Moyennement ..... 3  
 Beaucoup ..... 4  
 Énormément ..... 5

9. Ces questions portent sur les quatre dernières semaines. Pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e). Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois:

	Tout le temps	La plupart du temps	Souvent	Quelques fois	Rarement	Jamais
a. Vous êtes-vous senti(e) plein(e) d'entrain (de pep)?	1	2	3	4	5	6
b. Avez-vous été très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. Vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
d. Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e)?	1	2	3	4	5	6
e. Avez-vous eu beaucoup d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. Vous êtes-vous senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. Vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) et vide?	1	2	3	4	5	6
h. Vous êtes-vous senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

Patkey: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

10. Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre état physique ou moral a-t-il mi à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc)?

(Encerlez une seule réponse)

Tout le temps ..... 1  
 La plupart du temps ..... 2  
 Parfois ..... 3  
 Rarement ..... 4  
 Jamais ..... 5

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants est-il VRAI ou FAUX dans votre cas?

(Encerlez un seul chiffre par ligne)

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Tout à fait faux
a. Il me semble que je tombe malade un peu plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je suis aussi en santé que les gens que je connais	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se détériore	1	2	3	4	5
d. Ma santé est excellente	1	2	3	4	5

APPENDICE H

ENTREVUES

## ENTREVUE POST-PARTUM

## I. Informations concernant la naissance

*J'aimerais obtenir quelques renseignements concernant la naissance de votre bébé. Certains renseignements vous ont peut-être été remis par écrit lors de votre sortie d'hôpital (c-à-d. Dans le carnet de vaccination bleu).*

1. Quelle est la date de votre accouchement ? \_\_\_\_\_
  2. Sexe du bébé \_\_\_\_\_
  3. Veuillez indiquer si vous avez subi une des procédures suivantes lors de l'accouchement.
    - \_\_\_ rasage (région pubique/abdomen)
    - \_\_\_ lavage (énéma)
    - \_\_\_ insertion d'intraveineux
    - \_\_\_ insertion d'un cathéter
    - \_\_\_ rupture artificielle des membranes
  4. Le début du travail était-il :
    - \_\_\_ spontané
    - \_\_\_ provoqué
    - \_\_\_ augmenté
    - \_\_\_ ne s'est pas produit
  5. Quelle a été la durée du travail ?
    - A) Du moment de la première contraction à l'accouchement \_\_\_\_\_ spécifiez en nombre d'heures
    - B) À partir du moment où les contractions étaient au 5 minutes à l'accouchement \_\_\_\_\_ spécifiez en nombre d'heures.
  6. Est-ce qu'on a surveillé le rythme cardiaque de votre bébé à l'aide d'un moniteur de rythme cardiaque foetal pendant le travail ? NON [ ] OUI [ ]
  7. Est-ce qu'il y avait des signes de détresse foetale pendant le travail et/ou l'accouchement (ex. méconium)?  
NON [ ] OUI [ ] spécifiez \_\_\_\_\_
  8. Est-ce qu'on vous a donné des médicaments ou un anesthésique durant le travail et/ou l'accouchement ?  
NON [ ] OUI [ ] spécifiez \_\_\_\_\_
  9. En dehors du personnel médical, qui d'autre était avec vous dans la salle d'accouchement ?
    - \_\_\_ conjoint
    - \_\_\_ autre membre de la famille, précisez \_\_\_\_\_
    - \_\_\_ Ami
    - \_\_\_ Autre (ex. sage-femme), précisez \_\_\_\_\_
- Type d'accouchement
10. Comment avez-vous accouché de votre bébé ? Par voie vaginale [ ] passez à q11 Par césarienne [ ]  
passez à q12
  11. Veuillez, s'il vous plaît, indiquer si les événements suivants se sont produits ?
    - \_\_\_ Des forceps ont été utilisés pour expulser le bébé
    - \_\_\_ Une ventouse obstétricale a été utilisée afin d'expulser le bébé
    - \_\_\_ Une épisiotomie a été pratiquée
    - \_\_\_ Autres complications. S.V.P., précisez \_\_\_\_\_

12. Si césarienne, précisez  
 \_\_\_\_\_ Césarienne planifiée  
 \_\_\_\_\_ Césarienne d'urgence

a) Quelle était la raison de l'accouchement par césarienne \_\_\_\_\_

b) Combien de temps s'est écoulé avant que vous vous leviez et marchiez (précisez le nombre d'heures)?

c) Est-ce qu'il y a eu des complications OUI [ ] NON [ ]  
 précisez \_\_\_\_\_

13. Est-ce qu'on vous a donné des médicaments pour soulager la douleur après l'accouchement NON [ ]  
 OUI [ ]  
 précisez le genre de médicament \_\_\_\_\_ pour combien de jours \_\_\_\_\_

14. Combien de jours êtes-vous restée à l'hôpital ? \_\_\_\_\_

15. Avez-vous quitté l'hôpital avec votre bébé ? \_\_\_\_\_

16. Combien de temps s'est écoulé avant que vous ne voyiez votre bébé pour la première fois? \_\_\_\_\_ (min/heures)

17. Combien de temps s'est écoulé avant que vous ne preniez votre bébé dans vos bras pour la première fois? \_\_\_\_\_ (min/heures)

18. Quelle a été l'expérience la plus déplaisante durant la naissance de votre enfant?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19. Quelle a été l'expérience la plus plaisante durant la naissance de votre enfant?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### État du nourrisson

20. Quel était le poids du bébé à la naissance? \_\_\_\_\_

21. Quels étaient les résultats du test APGAR de votre bébé? \_\_\_\_\_ 1 Minute \_\_\_\_\_ 5 Minutes

22. Quel était l'état de santé de votre bébé à la naissance ? BON [ ] PROBLÉMATIQUE [ ]  
 Spécifiez : \_\_\_\_\_

23. Actuellement est-ce que vous allaitez votre bébé ?

NON [ ] OUI [ ]

23a. Si «OUI»: Est-ce que vous allaitez exclusivement ou est-ce que vous le nourrissez aussi au biberon (formule)?

Juste allaitement [ ] Combinaison des deux [ ]

24. Combien de fois est-ce que vous vous levez dans la nuit pour vous occuper des besoins de votre bébé?  
 \_\_\_\_\_

25. A quel point cela était-il difficile pour vous ? 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_  
 pas du tout un peu extrêmement  
 difficile difficile

## Comportements de santé

## Médicaments

Prenez vous des médicaments sur ordonnance?

NON [ ]

OUI [ ]

Si oui,

Nom du médicament	mg	Fréquence	Raison pour la prescription
1.			
2.			
3.			

Je vais maintenant vous poser des questions sur l'usage du tabac

1. Actuellement, est-ce que vous fumez des cigarettes tous les jours, à l'occasion ou jamais ?

i. Tous les jours

Actuellement, combien de cigarettes est-ce que vous fumez par jour \_\_\_\_\_ (nombre de cigarettes)  
[passez à la question 1a]

ii. À l'occasion

Combien de cigarettes est-ce que vous fumez par semaine? \_\_\_\_\_ (nombre de cigarettes)  
[passez à la question 1a]

iii. Jamais [Passez à la section suivante]

Je vais maintenant vous poser des questions concernant votre consommation d'alcool.

1. Depuis l'accouchement avez-vous consommé de la bière, du vin, de la boisson ou tout autre breuvage alcoolisé?

NON [ ]

OUI passez à la question 1a [ ]

1a) Si OUI, depuis l'accouchement, combien de fois avez-vous bu des breuvages alcoolisés ?

- a. Moins d'une fois par mois.
- b. Une fois par mois.
- c. 2 à 3 fois par mois.
- d. Une fois par semaine.
- e. 2 à 3 fois par semaine.
- f. 4 à 6 fois par semaine.
- g. À chaque jour.

1b) Depuis l'accouchement, à quelle fréquence avez-vous bu 5 verres ou plus à une occasion?

- a. Jamais.
- b. Moins d'une fois par mois.
- c. Une fois par mois.
- d. 2 à 3 fois par mois.
- e. Une fois par semaine.
- f. > 1 fois par semaine.

1c) Depuis l'accouchement, avez-vous éprouvé un désir ou une envie de boire de l'alcool qui était si fort que vous n'avez pas pu y résister ou que vous n'avez pas pu penser à autre chose ?

NON [ ] OUI [ ]

1d) Depuis l'accouchement avez-vous trouvé que vous deviez boire plus d'alcool que d'habitude pour avoir le même effet ou que la même quantité d'alcool avait moins d'effet que d'habitude?

NON [ ] OUI [ ]

Je vais maintenant vous poser des questions concernant votre usage de drogues ou de médicaments.

15 Depuis l'accouchement, avez-vous utilisé de la médication sur ordonnance ou des drogues de la rue pour être «high», pour vous aider à mieux dormir, ou pour changer votre humeur?

NON passez au questionnaire suivant [ ] OUI [ ]

Si OUI, quels types de drogues ou de médicaments ? \_\_\_\_\_

15a. Si des drogues de la rue: Quand consommiez-vous le plus? \_\_\_\_\_

15b. Y-a-t-il eu une période lors de laquelle vous avez consommé au moins 10 fois durant une période d'un mois?

NON [ ] OUI [ ]

16. Si sur ordonnance: Êtes-vous devenue «accrochée» (dépendante du médicament sur ordonnance) ou en avez-vous pris plus que la quantité qui était prescrite?

NON [ ] OUI [ ]

## SCID-I (DSM-IV) TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE AIGU

ENTREVUE EFFECTUÉE PAR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

Événement traumatisant: <input type="checkbox"/> Accouchement <input type="checkbox"/> Autre: _____	<b>A. La personne a été exposée à un événement traumatique:</b>	
	1) Victime ou témoin d'événement traumatisant pendant lequel il y a eu mort possible ou réelle, blessures graves possibles ou réelles ou intégrité physique menacée.	? 1 2 3
Qu'avez-vous éprouvé lors de votre (Accouchement)? Avez-vous eu très peur ou ressenti de l'horreur ou de l'impuissance?	2) Réaction de peur intense, sentiment d'impuissance et d'horreur.	? 1 2 3
	<b>LES 2 SX DE A SONT COTÉS 3: _____ /2</b>	<b>1 3</b>
Maintenant je vais vous poser quelques questions concernant des effets précis que l'événement que vous avez vécu ont pu avoir sur vous. Par exemple...	<b>B. L'événement est constamment revécu</b>	
Depuis votre (accouchement), avez-vous pensé malgré vous à votre (l'accouchement) ou le souvenir de cet événement vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'ayez souhaité?	1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris visions, pensées ou sensations provoquant un sentiment de détresse	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), y avez-vous rêvé? Avez-vous fait d'autres rêves bouleversants?	2) Rêves répétitifs concernant l'événement, provoquant un sentiment de détresse	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre cet événement?	3) Impression ou agissement soudain « comme si » l'événement allait se reproduire (sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris au réveil ou au cours d'une intoxication)	? 1 2 3

Depuis votre (accouchement), vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait cet événement?	4) Sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement ou symbolisant celui-ci.	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques, p.ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre cœur battre très fort lors de l'exposition à des signaux qui évoquent ou rappellent l'événement?	5) Réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'incident ou symbolisant celui-ci.	? 1 2 3
	<b>AU MOINS 1 SX DE B EST</b> COTÉ 3 : ____ /5	1 3
	<b>C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement ou épuisement de la réactivité générale</b>	
Depuis votre (accouchement), avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé? <i>(Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?)</i>	1) Efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement?	2) Efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé?	3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à cœur avant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? <i>(Ou avez-vous réduit votre participation à ces activités)</i>	4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités	? 1 2 3

Depuis votre (accouchement), vous êtes-vous senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres?	5) Sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), vous êtes-vous senti comme engourdi, comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit? ( <i>sentez-vous que vous êtes incapable d'éprouver des sentiments tenders?</i> )	6) Restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? ( <i>avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement</i> )	7) Sentiment que l'avenir est bouché (p.ex., penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)	? 1 2 3
	<b>AU MOINS 3 SX DE C SONT COTÉS 3 _____ /7</b>	<b>1 3</b>
	<b>D. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)</b>	
Depuis votre (accouchement), avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? Quel genre de difficulté?	1) Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), vous êtes-vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?	2) Irritabilité ou accès de colère	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?	3) Difficultés de concentration	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), avez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?	4) Hypervigilance	? 1 2 3
Depuis votre (accouchement), avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple à la suite d'un bruit soudain?	5) Réaction de sursaut exagérée	? 1 2 3
	<b>AU MOINS 2 SX DE D SONT COTÉS 3: _____ /5</b>	<b>1 3</b>

	<b>E. La perturbation (symptômes B, C et D) a débuté suite à l'événement et elle dure depuis plus d'un mois et moins de 3 mois</b>	
(Si certains symptômes présents:) Depuis combien de temps avez-vous les difficultés dont nous venons de parler (NOMMER QUELQUES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS)? _____	TSPT aigu: au moins 1 mois et moins de 3 mois	? 1 2 3
	<b>F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (relations amoureuses, amis, travail, études, loisirs, sorties, activités quotidiennes)</b>	
Pensez-vous que l'événement a change votre qualité de vie? Pensez-vous que depuis l'événement vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?		? 1 2 3
	<b>LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F SONT COTÉS 3</b>	1 3

## SCID-I (DSM-IV) TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

ENTREVUE EFFECTUÉE PAR: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

<p>Procédez à l'administration seulement dans les cas où il y a un événement identifié sur le THQ. Si il y a plus d'un événement sur le THQ, demandez lequel a été le plus difficile à vivre et référez à cet événement lors de l'administration du SCID.</p> <p>Événement : _____</p>	<p><b>A. La personne a été exposée à un événement traumatique:</b></p> <p>1) Victime ou témoin d'événement traumatisant pendant lequel il y a eu mort possible ou réelle, blessures graves possibles ou réelles ou intégrité physique menacée.</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Qu'avez-vous éprouvé lors de votre (événement)? Avez-vous eu très peur ou ressenti de l'horreur ou de l'impuissance?</p>	<p>2) Réaction de peur intense, sentiment d'impuissance et d'horreur.</p>	<p>? 1 2 3</p>
	<p>ILS 2 SX DE A SONT COTÉS 3: <u>12</u></p>	<p>1 3</p>
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions concernant des effets précis que l'événement que vous avez vécu ont pu avoir sur vous. Par exemple...</p>	<p><b>B. L'événement est constamment revécu</b></p>	
<p>Depuis votre (l'événement), avez-vous pensé malgré vous à votre (l'événement) ou le souvenir de cet événement vous est-il venu à l'esprit tout à coup, sans que vous l'avez souhaité?</p>	<p>1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, y compris visions, pensées ou sensations provoquant un sentiment de détresse</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Depuis votre (l'événement), y avez-vous rêvé? Avez-vous fait d'autres rêves bouleversants?</p>	<p>2) Rêves répétitifs concernant l'événement provoquant un sentiment de détresse</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>Depuis votre (l'événement), vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si vous étiez en train de revivre cet événement?</p>	<p>3) Impression ou agissement soudain « comme si » l'événement allait se reproduire (sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris au réveil ou au cours d'une intoxication)</p>	<p>? 1 2 3</p>

Depuis votre (événement), vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait cet événement?	4) Sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement ou symbolisant celui-ci.	? 1 2 3
Depuis votre (événement), vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques, p.ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre cœur battre très fort lors de l'exposition à des signaux qui évoquent ou rappellent l'événement?	5) Réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'incident ou symbolisant celui-ci.	? 1 2 3
	<b>AU MOINS 1 SX DE B EST</b> COTÉ 3 : ____ /5	1 3
	<b>C. Évitement persistant des stimuli associés à l'événement ou éroussement de la réactivité générale</b>	
Depuis votre (événement), avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé? <i>(Pouvez-vous en parler? Si on vous en parle essayez-vous de changer de sujet? Comment faites-vous pour cesser ou éviter d'y penser?)</i>	1) Efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme	? 1 2 3
Depuis votre (événement), avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement?	2) Efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme	? 1 2 3
Depuis votre (événement), avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé?	3) Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme	? 1 2 3
Depuis votre (événement), avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous teniez à cœur avant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision? <i>(Ou avez-vous réduit votre participation à ces activités)</i>	4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités	? 1 2 3

Depuis votre (événement), vous êtes-vous senti détaché ou dépourvu de liens avec les autres?	5) Sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres	? 1 2 3
Depuis votre (événement), vous êtes-vous senti comme engourdi, comme si vous n'éprouviez plus grand chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit? ( <i>sentez-vous que vous êtes incapable d'éprouver des sentiments tenders?</i> )	6) Restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection)	? 1 2 3
Depuis votre (événements), avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé (de façon négative)? ( <i>avez-vous le sentiment que votre vie ne pourra plus se dérouler normalement</i> )	7) Sentiment que l'avenir est bouché (p.ex., penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps)	? 1 2 3
	AU MOINS 3 SX DE C SONT COTÉS 3 ____ /7	1 3
	<b>D. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)</b>	
Depuis votre (événement), avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? Quel genre de difficulté?	1) Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu	? 1 2 3
Depuis votre (événement), vous êtes-vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?	2) Irritabilité ou accès de colère	? 1 2 3
Depuis votre (événement), avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?	3) Difficultés de concentration	? 1 2 3
Depuis votre (événement), avez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?	4) Hypervigilance	? 1 2 3
Depuis votre (événement), avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple à la suite d'un bruit soudain?	5) Réaction de sursaut exagérée	? 1 2 3
	AU MOINS 2 SX DE D SONT COTÉS 3: ____ /5	1 3

	<b>E. La perturbation (symptômes B, C et D) a débuté suite à l'événement et elle dure depuis plus d'un mois et moins de 3 mois</b>	
(Si certains symptômes présents:) Depuis combien de temps avez-vous les difficultés dont nous venons de parler (NOMMER QUELQUES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS)? _____	TSPT aigu: au moins 1 mois et moins de 3 mois	? 1 2 3
	<b>F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (relations amoureuses, amis, travail, études, loisirs, sorties, activités quotidiennes)</b>	
Pensez-vous que l'événement a change votre qualité de vie? Pensez-vous que depuis l'événement vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?		? 1 2 3
	<b>LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F SONT COTÉS 3</b>	1 3

**BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE**

## BIBLIOGRAPHIE

- Adewuya, A. O., Ologun, Y. A., & Ibigbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG*, *113*,(3) 284-288. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x
- Agence de la santé publique du Canada (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada, Édition 2008*. Ottawa: Retrieved from <http://www.santepublique.gc.ca/rspc/>.
- Akiskal, H. S. (1985). Interaction of biologic and psychologic factors in the origin of depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *71*,(S319) 131-139. doi: 10.1111/j.1600-0447.1985.tb08529.x
- Alcorn, K., O'Donovan, A., Patrick, J., Creed, D., & Devilly, G. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*,(11) 1849-1859.
- Almond, P. (2009). Postnatal depression: A global public health perspective. *Perspectives in Public Health*, *129*,(5) 221-227. doi: 10.1177/1757913909343882
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., . . . Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 21-27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Åström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *85*,(8) 937-944. doi: 10.1080/00016340600697652
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Areias, M. E., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry* 169,(1) 30-35. doi: 10.1192/bjp.169.1.30
- Asmundson, G. J. G., & Stapleton, J. A. (2008). Associations Between Dimensions of Anxiety Sensitivity and PTSD Symptom Clusters in Active-Duty Police Officers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37,(2) 66-75. doi: 10.1080/16506070801969005
- Austin, M. P. (2010). Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Arch Womens Ment Health*, 13,(1) 41-44. doi: 10.1007/s00737-009-0110-5
- 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.
- 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.
- 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 & Gynecology*, 29,(4) 240-250. doi:10.1080/01674820802034631
- Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*, 28,(2) 111-118. doi:10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x
- Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8,(2) 159-168.
- Ballard, C. G., Stanley, A. K., & Brockington, I. F. (1995). Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 166,(4) 525-528. doi: 10.1192/bjp.166.4.525
- Bandura, A. (1986). *Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, 45,(5) 297-303.

- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research, 50*,(5) 275-285.
- Beck, C. T. (2002). Review: mothers with postpartum depression had to readjust expectations, cope with loss, and find ways to meet needs. *Evidence Based Mental Health, 5*,(4) 128. doi: 10.1136/ebmh.5.4.128
- Beck, C. T. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder Due to Childbirth: The Aftermath. *Nursing Research, 53*,(4) 216-224.
- Beck, C. T., Gable, R. K., Sakala, C., & Declercq, E. R. (2011). Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers: Results from a Two-Stage U.S. National Survey. *Birth, 38*,(3) 216-227. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x
- Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*. doi: DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders, 12*,(1) 21-37.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Buckley, T. C., Taylor, A. E., Vollmer, A., & Loos, W. R. (1996). Psychophysiology of posttraumatic stress disorder related to motor vehicle accidents: Replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*,(4) 742-751.
- Boyer, R., Marchand, M., & Guay, S. (2006). Épidémiologie de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 23-50). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry, 55*,(7) 626-632.
- Breslau, N., Lucia, V. C., & Davis, G. C. (2004). Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychological Medicine, 34*,(7) 1205-1214.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*,(5) 748-766.

- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103,(4) 670-686. doi: 10.1037/0033-295x.103.4.670
- Brillon, P. (2007). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : guide à l'intention des thérapeutes* (3 ed.). Outremont, Québec: Éditions Quebecor.
- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Bydlowski, M., & Raoul-Duval, A. (1978). Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: La névrose traumatique post-obstétricale. *Perspectives Psychiatriques*, 4, 321-328.
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in cambodian refugees. *The American Journal of Psychiatry* 148,(11) 1548-1551.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, M. M., Ansara, D., Schei, B., Stuckless, N., & Stewart, D. E. (2004). Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *Journal of Women's Health*, 13,(3) 315-324. doi: doi:10.1089/154099904323016473
- Cole, B. V., Scoville, M., & Flynn, L. T. (1996). Psychiatric advance practice nurses collaborate with certified nurse midwives in providing health care for pregnant women with histories of abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10,(4) 229-234. doi: 10.1016/s0883-9417(96)80028-8
- Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth. A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *British Journal of Psychiatry*, 152,(6) 799-806. doi: 10.1192/bjp.152.6.799
- Corruble, E. (2009). Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. *L'Encéphale*, 35, Supplement 7,(0) S282-S285. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0013-7006(09)73487-6
- Cottraux, J. (2006). *Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression* (2e édition ed.).
- Courtois, C. A., & Riley, C. C. (1992). Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: Implications for care. *Birth*, 19,(4) 222-223. doi: 10.1111/j.1523-536X.1992.tb00408.x

- Cox, B. J., Enns, M. W., Freeman, P., & Walker, J. R. (2001). Anxiety sensitivity and major depression: examination of affective state dependence. *Behaviour Research and Therapy*, 39,(11) 1349-1356. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00106-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00106-6)
- Cox, J. L., Murray, D., & Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 163,(1) 27-31. doi: 10.1192/bjp.163.1.27
- Cramer, B. (2002). Les dépressions du post-partum: une pathologie de la préoccupation maternelle primaire? *Devenir*, 14,(2) 89-99. doi: 10.3917/dev.022.0089
- 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. doi: doi:10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x
- Cuijpers, P., de Graaf, R., & van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of affective disorders*, 79,(1-3) 71-79. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00348-8
- Cukor, J., Wyka, K., Jayasinghe, N., & Difede, J. (2010). The nature and course of subthreshold PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 24,(8) 918-923. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.017>
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 35-51.
- Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzies, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and Child Health Journal*, 15,(7) 866-875. doi: 10.1007/s10995-008-0314-8
- Dennis, C. L., Heaman, M., & Vigod, S. (2012). Epidemiology of postpartum depressive symptoms among Canadian women: regional and national results from a cross-sectional survey. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 57,(9) 537-546.
- Ducrocq, F., Vaiva, G., Cottencin, O., Molenda, S., & Bailly, D. (2001). État de stress post-traumatique, dépression post-traumatique et épisode dépressif majeur : La littérature. *L'Encéphale*, 27,(2) 159-168.
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B., Bienvenu, O., & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65,(5) 513-520. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.513
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.

- 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x
- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., & Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29,(1) 87-100. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.002
- England, S. J., Ballard, C., & George, S. (1994). Chronicity in postnatal depression. *The European journal of psychiatry* 8, 93-96.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323,(7307) 257-260. doi: 10.1136/bmj.323.7307.257
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2007). Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28,(4) 239-242.
- Fedroff, I. C., Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Koch, W. J. (2000). Cognitive factors in traumatic stress reactions: Predicting PTSD symptoms from anxiety sensitivity and beliefs about harmful events. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28,(01) 5-15.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V., & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of affective disorders*, 82,(2) 297-301. doi: 10.1016/j.jad.2003.11.011
- Flores, D. L., & Hendrick, V. C. (2002). Etiology and treatment of postpartum depression. *Current Psychiatry Reports*, 4,(6) 461-466. doi: 10.1007/s11920-002-0074-x
- Foa, E. B., Stein, D. J., & McFarlane, A. C. (2006). Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67,(Suppl 2) 15-25.
- Fogel, J., Eaton, W. W., & Ford, D. E. (2006). Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113,(1) 36-43. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00654.x
- Fones, C. (1996). Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184,(3) 195-196.

- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders, 24*,(3) 353-359. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.008
- Gale, S., & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 24*,(4) 257-266. doi: doi:10.3109/01674820309074690
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology, 106*,(5, Part 1) 1071-1083 1010.1097/1001.AOG.0000183597.0000131630.db.
- Gaynes, B., Gavin, N., Metzler-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., . . . Miller, W. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: Summary AHRQ Evidence Report Summaries. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 1998-2005. 119. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>.
- Giardinelli, L., Innocenti, A., Benni, L., Stefanini, M., Lino, G., Lunardi, C., . . . Faravelli, C. (2012). Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health, 15*,(1) 21-30. doi: 10.1007/s00737-011-0249-8
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 33*,(4) 410-420. doi: doi:10.1177/0884217504266915
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Mount, J. H., Milne, K., & Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*,(2) 269-274. doi: 10.1037/0022-006x.57.2.269
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M., & Mount, J. H. (1991). Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100*,(2) 122-132. doi: 10.1037/0021-843x.100.2.122
- Gouvernement du Québec (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Retrieved from [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Gouvernement du Québec (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012 Mise à jour 2008*. Retrieved from [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Grubaugh, A. L., Magruder, K. M., Waldrop, A. E., Elhai, J. D., Knapp, R. G., & Frueh, B. C. (2005). Subthreshold PTSD in primary care: prevalence, psychiatric disorders,

- healthcare use, and functional status. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 193,(10) 658-664.
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum 'hotspots'. *Psychology & Health*, 27,(10) 1166-1177. doi: 10.1080/08870446.2011.649755
- Haslam, D. M., Pakenham, K. I., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27,(3) 276-291. doi: 10.1002/imhj.20092
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80,(1) 65-73. doi: 10.1016/j.jad.2003.08.004
- Hobbins, D. (2004). Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33,(4) 485-497. doi: 10.1177/0884217504266908
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Jason Aronson.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Retrieved from <http://www.inspq.qc.ca>.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1990). The etiology of Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299-328.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80,(3) 251-255. doi: doi:10.1034/j.1600-0412.2001.080003251.x
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1995). Psychosocial perspectives on post-traumatic stress. *Clinical Psychology Review*, 15,(6) 515-544.
- Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B., & Rapaport, M. H. (1996). Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *The American Journal of Psychiatry*, 153,(11) 1411-1417.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *The American Journal of Psychiatry*, 159,(7) 1133-1145. doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1133
- Keogh, E., Ayers, S., & Francis, H. (2002). Does anxiety sensitivity predict post-traumatic stress symptoms following childbirth? A preliminary report. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31,(4) 145-155.

- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of affective disorders*, 74,(1) 5-13. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3)
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (ncs-r). *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289,(23) 3095-3105. doi: 10.1001/jama.289.23.3095
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62,(6) 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62,(6) 617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52,(12) 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.52.12.1048
- Kilpatrick, D. G., & Resnick, H. S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond* (pp. 113-146). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., . . . Nakano, H. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: Incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9,(3) 121-130. doi: 10.1007/s00737-006-0122-3
- Klaus, P. (2010). The impact of childhood sexual abuse on childbearing and breastfeeding: The role of maternity caregivers. *Breastfeeding Medicine*, 5,(4) 141-145. doi: 10.1089/bfm.2010.9991
- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: A transcultural perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 250-264.
- Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202,(1) 5-14. doi: 10.1016/j.ajog.2009.09.007

- Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., & Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, *10*,(3) 263-263. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.05.001
- Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C.-S., & Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: A review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *31*,(3) 113-122. doi: 10.3109/0167482x.2010.503330
- Lee, A. M., Lam, S. K., Sze Mun Lau, S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, *110*,(5) 1102-1112. doi: 10.1097/1101.AOG.0000287065.0000259491.0000287070.
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*,(2) 139-151. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.11.006
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, *8*,(1) 24.
- Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *25*,(3) 190-202. doi: 10.1080/02646830701467231
- 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2009.05.004
- Limlomwongse, N., & Liabsuetrakul, T. (2006). Cohort study of depressive moods in Thai women during late pregnancy and 6–8 weeks of postpartum using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Archives of Women's Mental Health*, *9*,(3) 131-138. doi: 10.1007/s00737-005-0115-7
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *186*,(5 Suppl Nature) S16-24.
- 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) 91-105.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *The*

*American Journal of Psychiatry*, 158,(9) 1467-1473. doi: 10.1176/appi.ajp.158.9.1467

- Martin, M., Germain, V., & Marchand, A. (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Masmoudi, J., Trabelsi, S., Charfeddine, F., & Jaoua, A. (2006). La dépression du post partum. *Journal de l'information médicale de Sfax*, 11/12, 7-13.
- McIntosh, J. (1993). The experience of motherhood and the development of depression in the postnatal period. *Journal of Clinical Nursing*, 2,(4) 243-249.
- Melville, J. L., Gavin, A., Guo, Y., Fan, M.-Y., & Katon, W. J. (2010). Depressive disorders during pregnancy: Prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstetrics & Gynecology*, 116,(5) 1064-1070 1010.1097/AOG.1060b1013e3181f1060b1060a.
- Milgrom, J. (2001). Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). *Devenir*, 13,(3) 27-50. doi: DOI : 10.3917/dev.013.0027
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108,(1) 147-157.
- 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.
- Mora, P. A., Bennett, I. M., Elo, I. T., Mathew, L., Coyne, J. C., & Culhane, J. F. (2009). Distinct trajectories of perinatal depressive symptomatology: Evidence from growth mixture modeling. *American Journal of Epidemiology*, 169,(1) 24-32. doi: 10.1093/aje/kwn283
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, 136,(1) 128-150. doi: 10.1037/a0018055
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12,(4) 491-509.
- Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2003). Amending the fear-avoidance model of chronic pain: What is the role of physiological arousal? *Behavior Therapy*, 34,(1) 17-30. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(03\)80019-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(03)80019-9)

- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology, 65*,(12) 1258-1269. doi: 10.1002/jclp.20644
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*,(1) 379-407. doi: doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology, 93*,(2) 158-171. doi: 10.1037/0021-843x.93.2.158
- O'Hara, M. W., & Segre, L. S. (2008). Psychological disorders of pregnancy and the postpartum. In R. S. Gibbs, B. Y. Karlan, A. F. Haney & I. Nygaard (Eds.), *Danforth's obstetrics and gynecology* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*, 37-54.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology, 99*,(1) 3-15. doi: 10.1037/0021-843x.99.1.3
- Oakley Browne, M. A., Wells, J. E., Scott, K. M., & McGee, M. A. (2006). Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 40*,(10) 865-874. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01905.x
- Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R. J., Van Son, M. J. M., Wijnen, H. A. A., & Pop, V. J. M. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation, 6*,(3) 125-142.
- 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.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum Depression: A Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 23*,(2) 534-542.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA, 303*,(19) 1961-1969. doi: 10.1001/jama.2010.605

- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., Maercker, A., & Wittchen, H.-U. (2005). Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *The American Journal of Psychiatry*, *162*,(7) 1320-1327. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1320
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M., & Grant, B. F. (2012). Psychiatric Comorbidity of Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder Among Older Adults in the United States: Results From Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Geriatric Psych*, *20*,(5) 380-390. doi: 10.1097/JGP.1090b1013e31820d31892e31827.
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, *365*,(9478) 2201-2205. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5)
- Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., & Leybman, M. (2007). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, *45*,(8) 1967-1975. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.017>
- Reece, S. M. (1992). The Parent Expectations Survey: A Measure of Perceived Self-Efficacy. *Clinical Nursing Research*, *1*,(4) 336-346. doi: 10.1177/105477389200100404
- Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, *156*,(6) 831-835.
- Rhodes, N., & Hutchinson, S. (1994). Labor Experiences of Childhood Sexual Abuse Survivors. *Birth*, *21*,(4) 213-220. doi: 10.1111/j.1523-536X.1994.tb00532.x
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, *31*,(7) 1117-1125. doi: 10.1016/j.cpr.2011.07.004
- Rich-Edwards, J. W., James-Todd, T., Mohllajee, A., Kleinman, K., Burke, A., Gillman, M. W., & Wright, R. J. (2011). Lifetime maternal experiences of abuse and risk of pre-natal depression in two demographically distinct populations in Boston. *International Journal of Epidemiology*, *40*,(2) 375-384. doi: 10.1093/ije/dyq247
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26*,(4) 289-295.
- Rodgers, C. S., Lang, A. J., Twamley, E. W., & Stein, M. B. (2003). Sexual trauma and pregnancy: a conceptual framework. *Journal of women's health (2002)*, *12*,(10) 961-970. doi: 10.1089/154099903322643884

- Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21,(2) 113-123. doi: 10.1080/0264683031000124073
- Ryding, E. L. (1991). Psychosocial indications for cesarean section : a retrospective study of 43 cases. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 70,(1) 47-49.
- Ryding, E. L. (1993). Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica Gynecologia Scandinavia*, 72,(4) 280-285.
- Ryding, E. L., Wijma, K., & Wijma, B. (2000). Emergency cesarean section: 25 women's experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18,(1) 33-39.
- Seng, J. S., & Hassinger, J. A. (1998). Relationship strategies and interdisciplinary collaboration: Improving maternity care with survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43,(4) 287-295. doi: 10.1016/s0091-2182(98)00018-4
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155,(5) 630-637.
- Slade, T., Johnston, A., Oakley Browne, M. A., Andrews, G., & Whiteford, H. (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: Methods and Key Findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43,(7) 594-605. doi: 10.1080/00048670902970882
- Small, R., Brown, S., Lumley, J., & Astbury, J. (1994). Missing voices: What women say and do about depression after childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12,(2) 89-103. doi: 10.1080/02646839408408872
- Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116,(5) 672-680. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x
- Söderquist, J., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27,(2) 113-119.
- Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 23,(1) 31-39.

- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth, 30*(1) 36-46. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x
- Sorenson, D. S., & Tschetter, L. (2010). Prevalence of Negative Birth Perception, Disaffirmation, Perinatal Trauma Symptoms, and Depression Among Postpartum Women. *Perspectives in Psychiatric Care, 46*(1) 14-25. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x
- Statistique Canada (2011). *Births*. (Catalogue no. 84F0210X). Ottawa: Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/84f0210x/84f0210x2008000-eng.pdf>.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *The American Journal of Psychiatry, 154*(8) 1114-1119.
- Sutter-Dallay, A. L., Cosnefroy, O., Glatigny-Dallay, E., Verdoux, H., & Rasclé, N. (2012). Evolution of perinatal depressive symptoms from pregnancy to two years postpartum in a low-risk sample: The MATQUID cohort. *Journal of affective disorders, 139*(1) 23-29. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.018
- Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S., & McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *Journal of Abnormal Psychology, 105*(3) 474-479. doi: 10.1037/0021-843x.105.3.474
- Taylor, S. (2004). Anxiety sensitivity and its implications for understanding and treating PTSD. In S. Taylor (Ed.), *Advances in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Cognitive-Behavioral Perspectives*. Broadway: Springer Publishing Company, Inc.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics, 14*(3), 171-181. doi: 10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x
- Van Son, M., Verkerk, G., Van der Hart, O., Komproe, I., & Pop, V. (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: An empirical study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 297-312.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of General Psychiatry, 65*(7) 805-815. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.805
- Wagner, H. R., Burns, B. J., Broadhead, W. E., Yarnall, K. S., Sigmon, A., & Gaynes, B. N. (2000). Minor depression in family practice: Functional morbidity, co-morbidity,

- service utilization and outcomes. *Psychological Medicine*, 30,(6) 1377-1390. doi: 10.1017/s0033291799002998
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Beeghly, M., Olson, K. L., Kernan, H., & Riley, J. M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 71,(1) 87-97.
- Wells, J. E., Browne, M. A. O., Scott, K. M., McGee, M. A., Baxter, J., Kokaua, J., & New Zealand Mental Health Survey Research, T. (2006). Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40,(10) 845-854. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01903.x
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders*, 19,(3) 295-311.
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., & Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24,(2) 107-120.
- Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11,(6) 587-597.
- Wittchen, H.-U., Gloster, A., Beesdo, K., Schonfeld, S., & Perkonig, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. [; Review]. *CNS spectrums*, 14,(1 Suppl 1) 5-12.
- Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29,(1) 61-71.
- Zlotnick, C., Franklin, C. L., & Zimmerman, M. (2002). Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, 43,(6) 413-419.
- Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *The American Journal of Psychiatry*, 158,(4) 638-640.
- Zlotnick, C., Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2004). Chronicity in posttraumatic stress disorder and predictors of the course of posttraumatic stress disorder among primary care patients. [; Research Support, Non-U.S. Gov't]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192,(2) 153-159. doi: 10.1097/01.nmd.0000110287.16635.8e

Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, M. T., Allsworth, J., Pearlstein, T., & Keller, M. B. (1999). Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *Journal of Traumatic Stress, 12*(1) 89-100. doi: 10.1023/a:1024746316245