

RELATION ENTRE LE SENTIMENT D'EFFICACITÉ PARENTALE ET LES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ POSTNATALE CHEZ LES MÈRES D'UN NOUVEL ENFANT

Juliette F. Sévigny, Samuel Gilbert, Samuel C. Deguise et Patrick Gosselin

Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Institut universitaire de première ligne en santé
et services sociaux – Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Estrie – CHUS

La période postnatale est associée au développement et à l'exacerbation des symptômes anxieux, notamment ceux du trouble d'anxiété généralisé (TAG) et du trouble obsessionnel compulsif (TOC) (Ali, 2018). Des recherches appuient le rôle du sentiment d'efficacité parentale (SEP), soit comme facteur explicatif ou comme conséquence de l'anxiété postnatale. Celles-ci observent un lien négatif entre le SEP et les symptômes anxieux (p. ex., Kunseler *et al.*, 2014). Or, plusieurs de ces études ciblent surtout l'anxiété, sous forme d'état, n'évaluant pas les symptômes du TAG et du TOC (p.ex., Porter et Hsu, 2003; Seymour *et al.*, 2015). Cette recherche poursuit l'étude du lien entre le SEP et l'anxiété postnatale (p. ex., l'état d'anxiété et les symptômes du TAG et du TOC), en plus de s'intéresser à des facteurs autres (p. ex., sociodémographiques, obstétriques et contextuels). Des mères ayant un nouvel enfant âgé entre 2 et 12 mois ($N = 323$) ont répondu à des questionnaires autorapportés évaluant ces variables. Les résultats confirment la présence de liens significatifs entre le SEP et les symptômes anxieux (p. ex., l'état d'anxiété, les symptômes du TAG et du TOC), et ce, même après avoir considéré d'autres facteurs liés au SEP. Ces résultats clarifient le lien entre, d'une part, le SEP et le TAG, et d'autre part, le SEP et le TOC, en plus de déceler les facteurs déterminants dans le développement et le maintien de ceux-ci. Ces résultats permettent l'élaboration de modèles conceptuels de l'anxiété postnatale, desquels des pistes d'intervention pourraient être dégagées.

See end of text for English abstract

Mots-clés : postpartum, trouble d'anxiété généralisé, trouble obsessionnel compulsif, sentiment d'efficacité parentale

Correspondance : Juliette F. Sévigny, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 2500 boulevard de l'Université, Sherbrooke, Québec, J1K 2R1, Canada. Courriel : Juliette.Francois-Sevigny@USherbrooke.ca. Téléphone : (418) 225-3312.

Certains troubles anxieux sont prévalents en postpartum en plus d'être associés à des atteintes majeures de fonctionnement (Ali, 2018). Le trouble d'anxiété généralisée (TAG), caractérisé par la présence d'inquiétudes excessives difficiles à contrôler, atteint jusqu'à 10,90 % des mères évaluées entre la sixième et la dixième semaine postnatale (Wenzel, 2011a). Le trouble obsessionnel compulsif (TOC), caractérisé par des pensées ou des images envahissantes (obsessions) générant des comportements répétitifs ou des actes mentaux (compulsions), atteint pour sa part jusqu'à 4,0 % des mères de la sixième à la huitième semaine postpartum (Wenzel, 2011b). Or, la prévalence de ces troubles se situe respectivement autour de 2,90 % et de 1,50 % au sein de la population générale (Ali, 2018).

Wenzel *et al.* (2003) rapportent que les thèmes d'inquiétudes les plus fréquemment rencontrés chez les mères en postpartum concernent les tâches ménagères, les finances et les changements corporels suite à l'accouchement. L'inquiétude se définit comme un enchaînement de pensées, sous formes verbales et imagées, chargées d'émotions négatives et difficiles à contrôler (Borkovec *et al.*, 1998). Abramowitz *et al.* (2010) ont observé que les deux tiers des nouvelles mères présentant un TOC rapportent des pensées intrusives liées au syndrome de mort subite du nourrisson, de même qu'à la possibilité de suffocation et d'accident causant la mort de leur enfant.

Plusieurs études rapportent que les symptômes anxieux affectent négativement l'enfant et la dynamique conjugale des nouveaux parents. D'une part, l'anxiété périnatale prédit significativement l'inattention et l'hyperactivité chez les enfants âgés de quatre ans (O'Connor *et al.*, 2002). D'autre part, des auteurs observent que les mères anxieuses seraient plus susceptibles de s'inquiéter quant à la participation de leurs

partenaires aux tâches domestiques ainsi qu'à la possibilité qu'ils puissent quitter le domicile soudainement (Whisman *et al.*, 2011).

Peu d'études portent sur la compréhension des symptômes inhérents aux troubles anxieux les plus répandus dans la période postnatale, malgré leur forte prévalence et leurs conséquences importantes (Wenzel, 2011a). Cependant, des recherches auprès de mères ont identifié plusieurs prédicteurs de l'anxiété postnatale, sous forme de trait ou d'état. Le trait d'anxiété renvoie à une disposition individuelle relativement stable à éprouver de l'anxiété, alors que l'état d'anxiété correspond à l'anxiété actuellement ressentie par l'individu (Ree *et al.*, 2008). De plus, l'état d'anxiété est composé d'une dimension cognitive (p.ex., l'interprétation) et somatique (p.ex., l'activation physiologique). Dennis *et al.* (2016) ont recensé l'ensemble des prédicteurs de l'anxiété postnatale pertinents à considérer dans les recherches futures à ce sujet. Ces auteurs observent que la multiparité, les antécédents psychiatriques, le stress perçu, le stress encouru pour les soins de l'enfant, le soutien social du partenaire et la présence des symptômes anxieux à une semaine postnatale sont prédictifs de symptomatologie anxieuse à huit semaines postpartum. D'autres études ont déterminé certains facteurs pertinents à considérer sur le plan de la compréhension des symptômes du TAG et du TOC postnataux. Le risque de développer un TAG en postpartum s'avère plus élevé chez les femmes ayant des antécédents psychiatriques (Buist *et al.*, 2011; Wenzel, 2011a). Il est possible que la perception d'un événement stressant, tel l'accouchement, active certaines vulnérabilités génétiques (Buist *et al.*, 2011). De même, Wenzel (2011b) observe une plus grande prévalence du TOC chez les mères primipares que chez celles multipares en raison de l'absence de référents et des exigeantes responsabilités parentales conduisant à la peur de commettre des erreurs. Néanmoins, Zambaldi *et al.* (2009) observent une plus grande prévalence du TOC chez les mères multipares ayant des antécédents psychiatriques. Enfin, Buist *et al.* (2011) remarquent que le niveau de soutien social chez les femmes ayant un TAG en périnatalité est plus faible que chez celles n'en présentant pas. Le soutien social est défini comme étant la perception de l'aide qu'un individu reçoit d'autrui (Gentry et Kobasa, 1984), alors que le soutien conjugal est défini comme étant l'ensemble des actions et attitudes de soutien qu'une personne reçoit et manifeste à son partenaire afin de répondre à ses besoins (Brassard *et al.*, 2011).

Une série de travaux a porté sur le lien entre l'anxiété postnatale et le sentiment d'efficacité parentale (SEP). Celui-ci est défini comme étant la perception qu'une personne a de ses habiletés à influencer le comportement et le développement de son enfant (Balat *et al.*, 2010). Ce construit découle des travaux de Bandura sur l'efficacité personnelle, soit l'idée qu'une personne a de ses capacités à exécuter une tâche (Kunseler *et al.*, 2014). Dans leur méta-analyse, Jones et Prinz (2005) ont notamment

recensé les instruments mesurant le SEP les plus fréquemment utilisés au sein de la littérature scientifique. Ces chercheurs ont alors remarqué que l'opérationnalisation du SEP diffère d'un instrument à l'autre. Le premier type de mesure identifié cible l'évaluation générale du SEP, soit la perception globale qu'un parent a de ses compétences. Le deuxième évalue globalement le SEP dans un ensemble de tâches spécifiques (p. ex., la discipline). Le dernier type de mesure porte sur l'évaluation du SEP dans un seul domaine spécifique à la parentalité (p.ex., la communication avec son enfant). Par ailleurs, ces auteurs ajoutent que dans la majorité des études recensées, les instruments évaluant le SEP ont été créés par les chercheurs eux-mêmes. Jones et Prinz (2005) indiquent alors que la variabilité quant à l'opérationnalisation du SEP au sein de la littérature scientifique entraîne différentes compréhensions du construit limitant la possibilité de généraliser les résultats.

Les résultats de Seymour *et al.* (2015) montrent un faible lien négatif entre l'état d'anxiété et le SEP, mesurés tous deux par questionnaires chez des mères primipares et multipares ($N = 224$) ayant un enfant âgé de 0 à 12 mois. Challacombe *et al.* (2016) observent aussi un lien négatif entre le SEP et les symptômes du TOC chez des mères ($N = 74$) ayant un enfant âgé de six mois. En effet, le groupe de mères rapportant ces symptômes présente un SEP plus faible que celui du groupe contrôle. Challacombe *et al.* (2016) ont administré à leurs participantes des instruments mesurant les symptômes généraux du TOC, mais aussi ceux spécifiques à la parentalité. Par ailleurs, le soutien social du groupe ayant un TOC est plus faible que celui du groupe contrôle.

Une première étude longitudinale menée par Porter et Hsu (2003) auprès de femmes primipares ($N = 50$) a évalué le lien entre le SEP et l'état d'anxiété (dernier trimestre de la grossesse, un mois et trois mois postpartum). Ces auteurs observent que le SEP tend à augmenter à travers le temps, malgré une hausse marquée en postpartum. Aussi, les femmes rapportant un niveau élevé d'état d'anxiété durant la grossesse tendent à obtenir un faible SEP à un mois postpartum. Aucun lien significatif entre l'anxiété et le SEP n'est ressorti à trois mois postpartum. Cependant, certains auteurs remettent en question la pertinence de mesurer le SEP dans les deux premiers mois suivant l'accouchement puisque l'établissement du lien entre le parent et l'enfant tend à se faire graduellement durant cette période (Rothbart, 1989).

Dans une seconde étude longitudinale, Kunseler *et al.* (2014) ont examiné le sens du lien entre le SEP et l'anxiété (trait et état) auprès de femmes primipares ($N = 822$) à trois temps de mesure, dont un prénatal (32^e semaines de grossesse) et deux postnataux (trois et 12 mois postpartum). Le SEP tend à augmenter de la période prénatale à celle postnatale, malgré une hausse marquée de la 32^e semaine de grossesse à trois mois postpartum. Cette hausse suggère que durant cette période, les mères

acquièrent une grande partie de leurs compétences parentales. L'anxiété (trait et état) tend à diminuer durant cette même période proposant que les expériences positives que la mère établit avec son enfant dissipent les précédentes inquiétudes liées à la parentalité. De plus, un niveau élevé d'anxiété périnatale (trait et état) est associé à une moins grande augmentation du SEP à trois mois, tout comme un faible SEP est associé à une moins grande diminution du niveau d'anxiété périnatale au même moment. Les auteurs concluent en une relation bidirectionnelle entre le SEP et l'anxiété périnatale au cours de la transition à la parentalité. Par ailleurs, un faible SEP à trois mois postpartum est associé à une hausse de l'anxiété (trait) à 12 mois. Les chercheurs suggèrent que l'apparition de comportements autonomes chez l'enfant (p.ex., ramper) engendre une perte de contrôle chez les mères étant moins confiantes en leurs habiletés parentales contribuant à l'émergence d'anxiété.

En somme, l'ensemble de ces recherches montrent un lien significativement négatif entre l'anxiété et le SEP chez les mères en postpartum. Seulement une étude observe un lien non significatif entre l'anxiété (sous forme d'état) et le SEP en postpartum (Porter et Hsu, 2003). Tel que mentionné précédemment, ce résultat peut être expliqué par l'évaluation du SEP dans les deux premiers mois suivant l'accouchement. De plus, la plupart des auteurs s'en tiennent à l'évaluation de l'anxiété sous forme d'état seulement (p.ex., Porter et Hsu, 2003; Seymour *et al.*, 2015). En effet, aucune étude ne semble avoir porté sur le lien entre le SEP et les symptômes spécifiques du TAG, alors qu'une seule cible les symptômes spécifiques du TOC (Challacombe *et al.*, 2016). Or, le TAG et le TOC constituent les manifestations d'anxiété les plus répandues en postpartum (Ali, 2018). Par ailleurs, certains chercheurs ont évalué le SEP que sous l'angle nourricier limitant la généralisation des résultats au construit général du SEP (Kunseler *et al.*, 2014; Pinto *et al.*, 2016; Porter et Hsu, 2003). Finalement, des chercheurs mentionnent l'importance de considérer l'effet d'autres facteurs sur le développement du SEP en postpartum, dont la multiparité, le soutien social et les antécédents psychiatriques (Kunseler *et al.*, 2014; Leahy-Warren et McCarthy, 2011). À cet effet, Leahy-Warren et McCarthy (2011) observent que les femmes multipares obtiennent un SEP plus élevé que celles primipares, possiblement dû aux expériences déjà vécues ou aux connaissances acquises, ce qui est cohérent avec les écrits de Bandura (1977).

Objectifs et hypothèses

Cette recherche poursuit l'étude du lien entre le SEP et l'anxiété. Elle vérifie les liens entre, d'une part, le SEP de mères en postpartum et, d'autre part, leur état d'anxiété et leurs symptômes du TAG et du TOC, en tenant compte de l'effet de variables sociodémographiques, obstétriques et contextuelles. Il est attendu que plus le SEP sera faible, plus l'intensité des symptômes anxieux sera élevée.

Méthode

Participants et déroulement. Un total de 323 mères se sont rendues sur le site Survey Monkey et ont rempli au moins une des mesures du SEP. L'âge moyen est de 30 ans ($\bar{ET} = 4,19$; $Min = 20,0$; $Max = 42,0$). La plupart sont d'origine québécoise (94,10 %) et occupent un emploi à temps plein (70,90 %). Environ le tiers ont un revenu familial de 100 000\$ et plus et 77,40 % se disent satisfaites ou très satisfaites de leur revenu. Un peu plus de la moitié des participantes rapportent un niveau de scolarité universitaire (57,0 %). La majorité est en union de fait (75,20 %) ou mariée (18,0 %) et demeure en couple avec le père biologique de l'enfant (97,20 %).

Les répondantes ont été sollicitées au Québec par le biais de publicités afin de répondre, en ligne, aux questionnaires. Plus précisément, cette publicité a soit été affichée à des points de rassemblement familiaux tels que les garderies et les hôpitaux, soit a été publiée sur le média social Facebook. Les participantes devaient être des mères d'un nouvel enfant âgé entre 2 et 12 mois. L'exclusion des nourrissons de moins de deux mois a été formulée en réponse à la suggestion de Rothbart (1989) mentionnée précédemment. À partir du lien internet à même la publicité, la répondante était dirigée à la présentation de l'étude et au formulaire de consentement. Une compensation pour le temps investi (environ 50 minutes) était offerte sous la forme d'un tirage au sort d'une carte-cadeau de 100 \$. L'ensemble de la méthode a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) de la faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke.

Instruments de mesure

Un questionnaire sociodémographique et obstétrique et différents autres outils ont été utilisés. Parmi les instruments évaluant les symptômes du TAG et du TOC, des mesures générales et spécifiques au contexte de parentalité ont été administrées.

Le *Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété* (QIA; Dugas *et al.*, 2001) évalue la présence et l'intensité des critères du TAG. Il comporte dix items évalués sur une échelle Likert de 0 à 8 points ainsi qu'une question ouverte identifiant les principaux thèmes d'inquiétudes. La cotation est faite en additionnant les items. Les trois items cognitifs ont un poids de 1 alors que les six items somatiques, deux fois plus nombreux, ont un poids de 0,5. Le QIA présente une fidélité test-retest ($r = 0,76$ après un délai de quatre semaines) satisfaisante ainsi qu'une bonne validité convergente et discriminante (Dugas *et al.*, 2001).

Le *Questionnaire sur les inquiétudes liées à la parentalité* (QIP; Viau-Guay et Gosselin, 2011) comprend neuf items évaluant la tendance qu'ont les parents à s'inquiéter sur une échelle Likert de 1 à 5. Il présente une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,91$) chez les mères après l'accouchement et une validité convergente adéquate (Viau-Guay, 2011).

L'*Inventaire des obsessions et des compulsions révisées* (IOC-R; Foa *et al.*, 2002; traduit par Zermatten *et al.*, 2005) évalue en 18 items la sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs sur une échelle Likert de 0 à 4. Chacune des dimensions suivantes comporte trois items : vérification, l'ordre/la symétrie, la présence de pensées obsessionnelles incontrôlables, l'accumulation, le lavage et la neutralisation mentale. L'instrument possède une cohérence interne ($\alpha = 0,86$) acceptable et une excellente structure factorielle (Zermatten *et al.*, 2005).

Le *Questionnaire postnatal des obsessions et des compulsions* (QPOC) évalue la présence et la sévérité d'obsessions (19 items) et de compulsions (15 items) spécifiques à la parentalité sur une échelle Likert allant de 1 à 5. Il a été créé à partir du questionnaire autorapporté POCS (Lord *et al.*, 2011) présentant une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$) et une bonne validité convergente. Après avoir été traduits en français selon des procédures proposées par Vallerand (1989), d'autres items évaluant, notamment, la tendance à vivre des obsessions et des compulsions ont été ajoutés (p.ex., dans l'ensemble, à quel point avez-vous des pensées ou des images récurrentes... que vous puissiez faire du mal à votre bébé, votre famille ou vous-même). Ces items ont été créés par un comité de trois cliniciens spécialisés dans le traitement de l'anxiété et des pensées obsessionnelles. L'intelligibilité a ensuite été vérifiée auprès de trois adultes.

Le *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety* (STICSA; Ree *et al.*, 2008; traduction française par Duhamel *et al.*, 2012) présente 42 questions mesurant l'anxiété-état (présentement) et l'anxiété-trait (habituellement) sur une échelle Likert de 1 à 4. Seul l'état d'anxiété, évaluant l'anxiété cognitive (10 items) et l'anxiété somatique (11 items), a été administré. Le STICSA présente une cohérence interne ($\alpha = 0,87$) adéquate et une bonne validité de construit (Duhamel *et al.*, 2012).

Mesures du SEP. Le *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale* (QAECEP; Terrisse et Trudelle, 1988) évalue le SEP global en 17 items sur une échelle Likert de 1 à 6. Une dimension évalue le « sentiment d'efficacité » lié au rôle parental (sept items) et une autre évalue le « sentiment de satisfaction » découlant du rôle parental (neuf items). L'item 16 mesurant l'anxiété liée au rôle parental a été retiré pour éviter des chevauchements de construit. L'outil montre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,76$) et une bonne structure factorielle (Johnston et Mash, 1989).

L'*Indice de Stress Parental* (ISP; Loyd et Abidin, 1985; traduit par Bigras *et al.*, 1996) évalue le stress présent dans la dyade parent-enfant en 101 items. Seule la sous-échelle « sentiment de compétence parentale » (ISP-COM), utilisée dans d'autres études comme mesure de SEP (Raikes et Thomson, 2005) a été administrée. Elle comporte neuf items cotés sur une échelle Likert de 1 à 5.

Cette échelle de l'ISP possède une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$) et une validité de contenu acceptable (Bigras *et al.*, 1996; Loyd et Abidin, 1985).

Autres mesures. L'*Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg* (EDPS; Cox *et al.*, 1987; traduit par Guedeney et Fermanian, 1998) comprend 10 items évaluant les symptômes dépressifs postnataux sur une échelle Likert allant de 0 à 3. L'instrument présente une cohérence interne satisfaisante ($\alpha = 0,76$) et un bon degré de validité de construit (Guedeney et Fermanian, 1998).

Le *Questionnaire de soutien social* (SSQ-6; Sarason *et al.* 1987; traduit par Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003) mesure, en six items, le soutien social perçu. Il permet d'avoir une estimation de la « disponibilité du réseau » et de la « satisfaction du soutien » sur une échelle Likert allant de 1 à 6. Seule l'échelle de satisfaction a été considérée pour les analyses. Il présente une cohérence interne ($\alpha = 0,87$) excellente et une bonne validité de construit (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003).

Le *Questionnaire de soutien conjugal* (QSC; Brassard *et al.*, 2011) comprend huit items mesurant le soutien conjugal reçu et émis. Seul le soutien conjugal reçu comprenant quatre items s'évaluant sur une échelle de Likert de 1 à 5 a été administré. Il présente une cohérence interne adéquate ($\alpha = 0,84$) et une bonne structure factorielle (Brassard *et al.*, 2011).

Pour la plupart des instruments, un score continu élevé indique une intensité plus élevée du construit mesuré (p.ex., une plus grande tendance à s'inquiéter). Dans le cas de l'ISP-COM, un score continu élevé indique une faible intensité du construit évalué (p. ex., un faible SEP).

Résultats

Analyses préliminaires. Considérant la taille de l'échantillon, les postulats de base des analyses ont été essentiellement vérifiés à l'aide d'un examen visuel de la distribution des variables (Field, 2018). Les variables des questionnaires QIP, QIA, QPOC, IOC-R, STICSA, QAECEP, ISP-COM, EPDS-P, SSQ-6 et QSC présentent des indices d'asymétrie et d'aplatissement se situant entre -1,00 et 1,00. Des transformations appliquées à certaines variables ne changeaient pas les résultats obtenus; les variables originales ont donc été conservées. Des coefficients alpha de Cronbach, vérifiant la cohérence interne des outils, supportent leur fidélité auprès des participants (voir Tableau 1).

Des corrélations et des ANOVA ont été menées pour identifier les variables sociodémographiques (âge, durée de la relation de couple multiparité, état civil, citoyenneté, niveau de scolarité, appréciation du revenu, consultation pour un problème émotionnel [(CPE)], obstétriques (avortement, fausse couche, complication lors de l'accouchement, enfant né prématurément, césarienne d'urgence, problème de santé chez l'enfant, participation à des cours prénataux, degré de connaissance des enfants avant la naissance de votre enfant) et autres facteurs

(soutien et symptômes dépressifs) pouvant être pertinents à contrôler dans l'étude du lien entre le SEP (QAECEP et ISP-COM) et les symptômes du TAG (QIA et QIP), du TOC (IOC-R, QPOC) et l'état d'anxiété (STICSA). Les variables état civil et niveau de scolarité ont été recodées pour mener les ANOVA, soit les participants en couple et célibataires et les participants de niveau universitaire et autres (p.ex. primaire, secondaire). Les variables à contrôler ont été identifiées lorsqu'elles traduisaient un effet de taille moyenne et plus avec les mesures de l'étude. Ceux-ci ont été identifiés à l'aide de la taille de corrélations obtenue ou, pour les ANOVA, à l'aide de la taille de l'état carré partiel ($r \geq 0,30$ ou $\eta^2 \geq 0,06$; Cohen, 1988).

Plusieurs liens significatifs sont observés¹. Les symptômes dépressifs à l'EPDS-P s'avèrent corrélés

modérément à fortement avec plusieurs mesures de symptômes anxieux (TAG au QIA; TOC au QPOC total et ses sous-échelles; état d'anxiété au STICSA total et ses sous-échelles) et de SEP (QAECEP et ISP-COM) ($r = 0,33$ à $0,72$). Les symptômes dépressifs ont donc été contrôlés dans les analyses de régression ultérieures utilisant ces variables. Plusieurs ANOVA montrent aussi des effets significatifs. Des effets de taille moyenne des CPE sont observés sur les symptômes du TAG au QIA ($F(1, 322) = 39,97, p < 0,001; \eta^2 = 0,11$), sur les symptômes du TOC à la sous-échelle obsessionnelle de l'IOC-R ($F(1, 266) = 24,16, p < 0,001; \eta^2 = 0,08$) et sur l'état d'anxiété au STICSA total ($F(1, 322) = 42,61, p < 0,001; \eta^2 = 0,12$) et ses sous-échelles somatique ($F(1, 322) = 32,91, p < 0,001; \eta^2 = 0,09$) et cognitive ($F(1, 322) = 39,84, p < 0,001; \eta^2 = 0,11$). D'autres effets modérés du niveau de scolarité sont

Tableau 1

Statistiques descriptives des instruments de mesure

Instruments	Variabes	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Min	Max	α	Items
QIA	QIA_TOT	323	37,33	17,01	0,50	53,00	0,90	10
QIP	QIP_TOT	323	24,40	7,94	10,00	45,00	0,92	9
QPOC	QPOC_TOT	323	69,35	19,96	36,00	160,00	0,93	34
	QPOC_obsession	323	40,49	12,63	19,00	95,00	0,90	19
	QPOC_compulsion	323	28,85	9,62	15,00	67,00	0,88	15
IOC-R	OCI-R_TOT	267	30,29	9,17	18,00	64,00	0,86	18
	OCI-R_lavage	267	4,35	2,11	3,00	15,00	0,77	3
	OCI-R_obsession	267	5,43	2,77	3,00	15,00	0,86	3
	OCI-R_accumulation	267	5,19	2,42	3,00	13,00	0,80	3
	OCI-R_ordre	267	6,76	2,86	3,00	15,00	0,83	3
	OCI-R_vérification	267	4,82	2,22	3,00	15,00	0,77	3
	OCI-R_neutralisation	267	3,75	1,44	3,00	10,00	0,58	3
STICSA	STICSA_état_TOT	323	36,07	10,72	21,00	69,00	0,93	21
	STICSA_somatique	323	17,18	5,07	11,00	36,00	0,86	11
	STICSA_cognitif	323	18,89	6,39	10,00	38,00	0,91	10
QAECEP	QAECEP_TOT	296	68,47	8,18	43,43	87,00	0,81	16
	QAECEP_efficacité	299	32,39	4,10	21,00	42,00	0,75	7
	QAECEP_satisfaction	314	36,03	5,26	20,00	46,00	0,71	9
ISP	ISP-COM	315	22,45	5,27	11,00	37,00	0,78	9
EDPS-P	EDPS_TOT	277	8,58	5,85	0,00	27,00	0,88	10
SSQ-6	SSQ6_TOT	270	29,65	6,90	6,00	36,00	0,94	6
QSC	QSC_TOT	269	15,70	3,35	4,00	20,00	0,88	4

Note. QIA : Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété; QIP : Questionnaire sur les Inquiétudes et la Parentalité; QPOC : Questionnaire Postnatal des Obsessions et des Compulsions; IOC-R : Inventaire des Obsessions et des Compulsions Révisées; STICSA : *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety*; QAECEP : Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale; ISP : Indice de Stress Parental; EDPS-P : Échelle de Dépression Postnatale d'Édimbourg; SSQ-6 : Questionnaire de Soutien Social; QSC : Questionnaire de Soutien Conjugal

¹ Seuls les résultats des variables contrôlées, c'est-à-dire traduisant des liens modérés à forts sont rapportées pour alléger

le texte. Les résultats de l'ensemble des analyses peuvent être obtenus sur demande.

observés sur les symptômes du TOC au QPOC total ($F(1, 322) = 20,83, p < 0,001; \eta^2 = 0,06$) et sur l'état d'anxiété au STICSA total ($F(1, 322) = 22,91, p < 0,001; \eta^2 = 0,07$) et sa sous-échelle somatique ($F(1, 322) = 22,23, p < 0,001; \eta^2 = 0,07$). Puis, des effets de taille moyenne de l'appréciation du revenu sont observés sur les symptômes du TOC à l'IOC-R total ($F(3, 263) = 7,96, p < 0,001; \eta^2 = 0,08$) et ses sous-échelles accumulation ($F(3, 263) = 6,25, p < 0,001; \eta^2 = 0,07$) et neutralisation ($F(3, 263) = 5,43, p < 0,001; \eta^2 = 0,06$) et sur l'état d'anxiété à la sous-échelle cognitive du STICSA ($F(3, 319) = 6,28, p < 0,001; \eta^2 = 0,06$). L'effet des CPE, le niveau de scolarité et l'appréciation du revenu ont donc aussi été contrôlés dans les analyses principales impliquant ces variables. **Lien entre les mesures de SEP et les mesures de symptômes anxieux.** Des corrélations de Pearson ont été réalisées afin d'examiner les liens entre, d'une part, le SEP et, d'autre part, les mesures de symptômes d'anxiété. Une correction de Bonferroni a été appliquée à ces analyses (α de $0,05/60 = 0,001$) afin de limiter les risques d'erreur de type 1 et limiter le nombre de régressions à mener à la seconde étape des analyses principales. Plusieurs corrélations

significatives, d'intensité faible à modérée, sont obtenues entre les mesures de SEP et la plupart des mesures de symptômes anxieux et plusieurs corrélations demeurent significatives après correction de Bonferroni (voir Tableau 2). Un lien de taille moyenne est observé entre le SEP à l'ISP-COM et l'ensemble des mesures d'anxiété. Le SEP au QAECEP corrèle aussi négativement et modérément avec les symptômes anxieux au QIA, au QIP, au STICSA (total et sous-échelle). Enfin, un lien négatif de taille moyenne est observé entre les deux sous-échelles de SEP du QAECEP et les inquiétudes parentales au QIP.

Rôle prédictif des mesures de SEP sur les mesures d'anxiété. Des régressions hiérarchiques ont été menées pour prédire les symptômes du TAG, du TOC et l'état d'anxiété à partir des scores totaux et des scores aux sous-échelles de SEP. Les prédicteurs de SEP ont été testés dans des analyses séparées pour éliminer les problèmes de multicollinéarité (corrélations entre les échelles de 0,80 et plus; VIF > 10; Field, 2018). Les mesures d'anxiété n'ayant pas montré de lien significatif avec le SEP après correction de Bonferroni, à l'étape des corrélations, n'ont pas été prédites.

Tableau 2

Corrélations entre les mesures de SEP et les mesures du TAG, du TOC et de l'état d'anxiété

Variables	Mesures de SEP			
	QAECEP TOT	QAECEP efficacité	QAECEP satisfaction	ISP-COM
QIA_TOT	-0,31**	-0,27**	-0,27**	0,44**
QIP_TOT	-0,40**	-0,36**	-0,35**	0,54**
QPOC_TOT	-0,25**	-0,16*	-0,26**	0,33**
QPOC_obsession	-0,25**	-0,16*	-0,27**	0,30**
QPOC_compulsion	-0,18*	-0,13*	-0,19**	0,29**
IOC-R_TOT	-0,22**	-0,17*	-0,22**	0,31**
IOC-R_lavage	-0,12*	-0,11	-0,11	0,09
IOC-R_obsession	-0,27**	-0,26**	-0,22**	0,37**
IOC-R_accumulation	-0,10	-0,03	-0,13*	0,25**
IOC-R_ordre	-0,08	-0,03	-0,11	0,14*
IOC-R_vérification	-0,11	-0,01	-0,09	0,14*
IOC-R_neutralisation	-0,18*	-0,13*	-0,19*	0,22**
STICSA_TOT	-0,32**	-0,27**	-0,28**	0,44**
STICSA_somatique	-0,27**	-0,23**	-0,24**	0,34**
STICSA_cognitif	-0,32**	-0,27**	-0,27**	0,47**

* $p < (0,05)$; ** p ajusté (α de $0,05/60 = 0,001$).

Note. QIA : Questionnaire sur les Inquiétudes et l'Anxiété; QIP : Questionnaire sur les Inquiétudes liée à la Parentalité; QPOC : Questionnaire Postnatal des Obsessions et des Compulsions; IOC-R : Inventaire des Obsessions et des Compulsions Révisées; STICSA : *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety*; QAECEP : Questionnaire d'Auto-Évaluation de la Compétence Éducative Parentale; ISP-COM : Échelle de compétence parentale de l'Indice de Stress Parental.

Effets sur les variables liées aux symptômes du TAG.

En ce qui a trait à la prédiction des inquiétudes spécifiques à la parentalité au QIP par les variables du QAECEP, les résultats confirment l'apport des symptômes dépressifs dans une première étape des trois régressions ($F(1, 270) = 169,80, p < 0,001; \Delta R^2 = 38,60 \%$). Celles-ci

montrent ensuite que le QAECEP total ($F(2, 269) = 14,35, p < 0,001; \Delta R^2 = 3,10 \%$) et ses sous-échelles sentiment d'efficacité ($F(2, 269) = 14,21, p < 0,001; \Delta R^2 = 3,10 \%$) et sentiment de satisfaction ($F(2, 269) = 8,38, p = 0,004; \Delta R^2 = 1,90 \%$) permettent de prédire un pourcentage de variance supplémentaire du QIP. Les

résultats montrent aussi que l'ISP-COM, comme mesure de SEP, permet aussi de prédire un pourcentage de variance supplémentaire du QIP ($F(2, 274) = 43,43, p < 0,001; \Delta R^2 = 8,60 \%$), après la première étape de prédiction significative utilisant les symptômes dépressifs comme prédicteur ($F(1, 275) = 164,52, p < 0,001; \Delta R^2 = 37,40 \%$). En ce qui a trait à l'ensemble des symptômes du TAG, la régression utilisant l'ISP-COM comme mesure de SEP dénote l'ajout d'un pourcentage de variance dans la prédiction du QIA ($F(3, 273) = 7,64, p = 0,006; \Delta R^2 = 1,20 \%$) après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs et les CPE ($F(2, 274) = 166,07, p < 0,001; \Delta R^2 = 54,80 \%$).

Effets sur les variables liées aux symptômes du TOC.

Les résultats montrent que l'ajout de l'ISP-COM ($F(3, 273) = 4,92, p = 0,027; \Delta R^2 = 1,40 \%$) permet de prédire un pourcentage de variance supplémentaire du score total au QPOC après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs et le niveau de scolarité ($F(2, 274) = 40,56, p < 0,001; \Delta R^2 = 22,80 \%$). L'ajout de l'ISP-COM ($F(2, 274) = 5,95, p = 0,015; \Delta R^2 = 1,90 \%$) permet aussi de prédire un pourcentage de variance supplémentaire de la sous-échelle obsession du QPOC après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs et le niveau de scolarité ($F(1, 275) = 34,16, p < 0,001; \Delta R^2 = 11,0 \%$). Enfin, l'ajout de la sous-échelle de satisfaction du QAECPE ($F(2, 269) = 4,67, p = 0,032; \Delta R^2 = 1,50 \%$) permet aussi de prédire un pourcentage de variance supplémentaire de la sous-échelle obsession du QPOC après l'étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs ($F(1, 270) = 34,66, p < 0,001; \Delta R^2 = 11,40 \%$). Concernant les sous-types de symptômes obsessionnels compulsifs mesurés à l'IOC-R, les résultats montrent que le SEP mesuré à l'ISP-COM prédit un pourcentage de variance supplémentaire des compulsions de type accumulation ($F(2, 264) = 13,85, p < 0,001; \Delta R^2 = 4,70 \%$) après l'étape de prédiction significative impliquant l'appréciation du revenu ($F(1, 265) = 16,00, p < 0,001; \Delta R^2 = 5,70 \%$).

Effets sur les variables liées à l'état d'anxiété. Les résultats montrent que le SEP mesuré par l'ISP-COM prédit un pourcentage de variance supplémentaire du score total d'état d'anxiété du STICSA ($F(4, 272) = 7,31, p = 0,007; \Delta R^2 = 1,20 \%$) après la première étape de prédiction significative impliquant les symptômes dépressifs, les CPE et le niveau de scolarité ($F(3, 273) = 114,81, p < 0,001; \Delta R^2 = 55,80 \%$). Dans le même sens, le SEP à l'ISP-COM contribue à la prédiction des symptômes cognitifs de l'état d'anxiété au STICSA ($F(4, 272) = 14,73, p < 0,001; \Delta R^2 = 2,40 \%$), après la première étape de prédiction significative impliquant les trois mêmes variables contrôlées ($F(3, 273) = 101,91, p < 0,001; \Delta R^2 = 52,80 \%$).

Discussion générale

Cette recherche poursuit l'étude du lien entre le SEP et l'anxiété postnatale. Elle vérifie notamment les liens entre, d'une part, le SEP de mères en postpartum et, d'autre part, leur état d'anxiété et leurs symptômes du TAG et du TOC, en tenant compte de l'effet de variables sociodémographiques, obstétriques et contextuelles (p.ex., symptômes dépressifs, historique de consultation antérieure pour une difficulté psychologique, soutien). L'hypothèse stipule que l'intensité du SEP est liée à l'intensité des symptômes du TAG, du TOC et à l'état d'anxiété. Dans l'ensemble, les résultats appuient cette hypothèse et indiquent que les mères ayant un plus faible SEP ont un niveau d'anxiété postnatale plus élevé. Les liens entre les mesures de SEP et l'état d'anxiété concordent avec les résultats d'autres études (p.ex., Leahy-Warren et McCarthy, 2011; Seymour *et al.*, 2015). La taille moyenne de certains liens observés apparaît supérieure à celle des liens obtenus par Seymour *et al.* (2015). De faibles liens, bien que significatifs, ressortent entre la mesure de SEP spécifique à la parentalité (p.ex., sentiment d'être bon pour nourrir ou changer l'enfant) et les symptômes anxieux, alors que des liens de taille moyenne ressortent avec les mesures de SEP générales. La différence entre ces résultats et ceux de Porter et Hsu (2003) peut découler du fait qu'ils ont mesuré le SEP qu'à partir de tâches spécifiques à la parentalité, en plus d'avoir évalué cette variable dans les deux premiers mois suivants l'accouchement, ce qui a été contrôlé dans la présente étude.

L'apport du rôle prédictif du SEP sur la tendance à s'inquiéter spécifique à la parentalité et sur les symptômes anxieux (état d'anxiété, TAG et TOC) est confirmé par la présence de liens significatifs entre ces variables, et ce, même après que plusieurs facteurs ont été contrôlés. En effet, suivant la proposition de Leahy-Warren et McCarthy (2011), plusieurs variables liées au SEP ou à l'anxiété ont été considérées. L'effet de la multiparité, du soutien social et du niveau de connaissances antérieures avec des enfants sur les mesures de SEP et de symptômes anxieux s'est avéré non significatif ou faible. Les symptômes dépressifs, les consultations antérieures pour problèmes émotionnels, traduisant des difficultés possibles avant la naissance, la scolarité et le revenu se sont toutefois avérés liés modérément au SEP et aux symptômes anxieux. Dans certains cas, ces facteurs peuvent expliquer jusqu'à 50 % de la variance de l'anxiété, notamment pour ce qui est de l'état d'anxiété, la tendance à s'inquiéter et les symptômes du TAG.

Les liens de taille moyenne observés entre certaines mesures de SEP et les symptômes obsessionnels sont aussi cohérents avec les résultats d'autres études (p.ex., Challacombe *et al.*, 2016) même si ces derniers provenaient d'échantillons cliniques de mères présentant des manifestations du TOC. Les liens obtenus montrent alors que ces symptômes sont aussi observables auprès d'un échantillon non clinique, plus vaste et plus

représentatif de la population en général. En somme, les liens de taille moyenne observés entre les indicateurs de SEP et ceux de la tendance à s'inquiéter, des symptômes du TAG et des symptômes du TOC postnataux apportent des appuis à la présence de lien entre le SEP et l'anxiété, tout en élargissant les observations à ces troubles anxieux prévalents en postpartum.

D'abord, la composante cognitive de l'émotion fournit un cadre interprétatif aux événements internes et externes (Schachter et Singer, 1962). Parallèlement, l'état d'anxiété est aussi influencé par l'interprétation des événements et par la surestimation de conséquences négatives d'une situation future (Beck *et al.*, 1985). Par exemple, l'appréhension de dangers potentiels pour la sécurité de l'enfant, inhérent aux symptômes cognitifs anxieux (p.ex., tendance à s'inquiéter, obsessions, état d'anxiété) inhiberait l'établissement d'habiletés parentales. À cela, Jones et Prinz (2005) soulignent que l'acquisition et la pratique d'habiletés parentales favorisent le développement d'un bon SEP.

Puis, Borkovec *et al.* (1998) mentionnent qu'en raison de la nature mentale et verbale de l'inquiétude, celle-ci permettrait l'évitement d'images mentales associées à un contenu affectif causant de la détresse psychologique. Par exemple, l'état anxieux d'un parent entretenu par la perception d'un manque d'habiletés pourrait ainsi être régulé par la présence d'inquiétudes lui permettant d'éviter d'être en contact avec des expériences internes dérangeantes. Ce mécanisme de régulation des affects inhibe alors le processus émotionnel nécessaire à une adaptation favorable aux malaises causés par l'anxiété. L'inquiétude est donc maintenue par renforcement négatif, ce qui explique sa généralisation et l'apparition ultérieure de comportements neutralisant l'émotion désagréable (p.ex., compulsions) (Fisher et Wells, 2005). L'inquiétude est aussi renforcée par la présence de croyances erronées quant à son utilité, donnant l'impression à l'individu de mieux affronter les situations courantes de la vie (Gosselin *et al.*, 2004). Un parent ayant un faible SEP pourrait croire que le fait de s'inquiéter est ce qui lui permet de mieux répondre aux demandes parentales, en plus de limiter la possibilité de conséquences négatives (p.ex., en m'inquiétant de la sécurité de mon enfant, je m'assure de limiter la possibilité qu'un accident survienne).

Ensuite, O'Connor et Pélissier (2008) proposent que l'arrivée d'une pensée intrusive entraîne un doute obsessionnel et ensuite l'appréhension de conséquences négatives, provoquant ainsi une hausse d'anxiété. Il en résulterait, comme pour le TAG, d'une action mentale ou comportementale permettant de réduire temporairement l'affect négatif ressenti. Par exemple, une mère présentant des pensées obsessionnelles quant à la sécurité de son enfant pourrait émettre des comportements compulsifs de vérification afin d'éviter la survenue d'un accident pouvant causer d'importantes blessures, voir la mort de son nourrisson. Il est à noter que les pensées obsessionnelles et d'inquiétudes spécifiques à la

parentalité sont les deux seules manifestations anxieuses liées à la satisfaction parentale (sous-composante du SEP) dans les régressions. Ainsi, cette mère ayant une obsession quant à la sécurité de son enfant pourrait éprouver une insatisfaction de ne pouvoir offrir avec certitude un environnement sans danger à son enfant. Par ailleurs, l'évitement expérientiel (par ex., pensées, émotions, sensations) donne une impression de contrôle de soi et de la situation (Jacoby *et al.*, 2018). Or, les efforts émis pour supprimer ces pensées intrusives contribuent à leur apparition ultérieure, parfois de façon plus fréquente, ce que Wegner *et al.* (1987) nomment l'effet rebond. Un parent rapportant plusieurs pensées obsessionnelles (p.ex., danger pour l'enfant) pourrait mettre beaucoup d'énergie à chasser ses pensées intrusives l'empêchant de vivre pleinement le moment présent avec son enfant de manière satisfaisante (p.ex., dans le jeu, dans les tâches) se traduisant par un SEP plus faible. À l'inverse, il est possible qu'un parent ayant des symptômes de TAG ou de TOC plus élevés sous-évalue son SEP, influençant à la baisse son sentiment de satisfaction.

À notre connaissance, cette étude est la seule à avoir vérifié le lien entre le SEP et les symptômes du TAG et du TOC auprès de mères d'un nouvel enfant. Les résultats confirment la présence des liens après avoir considéré d'autres facteurs liés au SEP ou à l'anxiété. La grande taille de l'échantillon maximise la représentativité des résultats. Aussi, les différentes mesures de SEP utilisées, dont certaines évaluant les construits spécifiques à la parentalité et d'autres évaluant de façon plus générale, permettent une évaluation plus complète et spécifique des phénomènes à l'étude. Des limites doivent toutefois être apportées. Les participantes avaient un niveau de scolarité plutôt élevé ainsi qu'un revenu familial satisfaisant. L'analyse de l'effet de l'âge de l'enfant n'a pas été considérée en raison d'un manque d'uniformité des réponses. Certaines mères ont répondu en termes de mois et d'autres en termes de semaines. Les consignes étaient toutefois claires quant au fait que seules les mères d'un enfant âgé entre 2 et 12 mois pouvaient participer. Aussi, la mesure adaptée des symptômes du TOC présente une cohérence interne satisfaisante, mais n'a pas fait l'objet d'un processus de validation approfondie. Enfin, l'utilisation exclusive des mesures autorapportées, de même que le recours à un seul temps de mesure limite la compréhension des processus et ne permet pas de conclusion causale.

Il serait pertinent de reproduire cette étude auprès d'une population clinique de mères présentant un diagnostic de TAG ou de TOC, de même que chez une population de pères. Par ailleurs, des facteurs psychologiques liés à l'exacerbation des principaux symptômes anxieux présents en postpartum auprès de la population générale, dont l'intolérance à l'incertitude (Gosselin et Viau-Guay, 2011), le perfectionnisme (Donegan et Green, 2017) et le sentiment de responsabilité excessive (Lind et Boschen, 2009) pourraient aussi être

liés au niveau de SEP des mères. Il serait donc intéressant de vérifier le lien unissant ces facteurs psychologiques au SEP. Ces résultats, de même que les recherches futures permettront l'élaboration de modèles conceptuels de l'anxiété postnatale, desquels des pistes d'intervention pourraient être dégagées.

Abstract

The postnatal period is associated with the development and exacerbation of anxiety symptoms, including generalized anxiety disorder (GAD) and obsessive-compulsive disorder (OCD) (Ali, 2018). Researches support the role of parental self-efficacy (PSE), either as a predictor or a consequence of postnatal anxiety. These studies indicate a negative association between PSE and anxiety symptoms (p.ex., Kunseler *et al.*, 2014). However, several of these researches only focus on anxiety state, not measuring symptoms of GAD et OCD (Porter et Hsu, 2003; Seymour *et al.*, 2015). This research continues to study the link between PSE and postnatal anxiety (p.ex., anxiety state, symptoms of GAD and OCD), as well as looking at other factors (p.ex., sociodemographics, obstetrics and contextual). Mothers with a new-born child aged 2 to 12 months ($N = 323$) responded to self-reported questionnaires assessing these variables. Results confirm the presence of a significant link between PSE and anxiety symptoms (p.ex., anxiety state, symptoms of GAD and OCD), even after considering other factors related to PSE. These results clarify the link between, on the one hand, PSE and GAD and on the other hand, PSE and OCD, besides, to reveal the determining factors in their development and maintenance. These results allow the development of conceptual models of postnatal anxiety, from which lines of intervention could be identified.

Keywords: postpartum, generalised anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, parental self-efficacy

Références

- Abramowitz, J. S., Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Killenberg, S., Rinaldi, K., Mahaffey, B. L. et Pedersen, C. (2010). Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Arch Womens Ment Health*, 13, 523-530. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0172-4>
- Ali, E. (2018). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International Journal of Women's Health*, 10, 237-249. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S158621>
- Balat, G. U., Zembat, R. et Acar, M. (2010). Berkeley parenting self-efficacy scale-second grade version: Reliability-validity studies among Turkish families. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2, 2166-2170. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.300>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Beck, A., Emery, G. et Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York, NY: Basic Books.
- Bigras, M., LaFrenière, P. J. et Dumas, J. E. (1996). Discriminant Validity of the Parent and Child Scales of the Parenting Stress Index. *Early Education and Development*, 7, 167-178. https://doi.org/10.1207/s15566935eed0702_5
- Borkovec, T. D., Ray, W. J. et Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576. <https://doi.org/10.1023/A:1018790003416>
- Brassard, A., Houde, F. et Lussier, Y. (2011). Élaboration et validation du Questionnaire de Soutien Conjugal (QSC). *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 43, 69-77. <https://doi.org/10.1037/a0021390>
- Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Cousson-Gélie, F., Fortier, C., Sifakis, Y. et Constant, A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6): Une adaptation française. *Psychologie Française*, 48, 41-53. https://www.researchgate.net/publication/235341355_Le_questionnaire_de_soutien_social_de_Sarason_SSQ6_Une_adaptation_francaise
- Buist, A., Gotman, N. et Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders*, 131, 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.003>
- Challacombe, F. L., Salkovskis, P. M., Woolgar, M., Wilkinson, E. L., Read, J. et Acheson, R. (2016). Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behavior and Development*, 44, 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.04.003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). New York, NY: Academic Press.
- Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K. et Vigod, S. N. (2016). Identifying women at risk for postpartum anxiety: a prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 485-493. <https://doi.org/10.1111/acps.12648>
- Donegan, E. et Green, S. (2017, Novembre). *Predictors of Symptom Change in CBT for Perinatal Anxiety: Intolerance of Uncertainty and Perfectionistic Beliefs*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Diego, USA.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. et Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété :

- Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36. <http://psycnet.apa.org/record/2002-02565-005>
- Duhamel, C., Bax-D'outeuil, C., Oswald, L., Vallée, T., S., Bacon, B.-A. et Gosselin, P. (2012, Mars). *Anxiété somatique et anxiété cognitive : évaluation distincte d'une version francophone du STICSA*. Affiche présentée au XXXIV^e congrès annuel de la Société québécoise de recherche en psychologie, Sherbrooke, Québec, Canada.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fisher, P. L. et Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioural treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. et Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485-496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Gentry, W.D. et Kobasa, S.C. (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in human. Dans W. D.Gentry (Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford, 87-113.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Bertrand, J. (2004). Development and validation of a new questionnaire assessing erroneous beliefs about worry. *European Review of Applied Psychology*, 53, 199-211. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14318-005>
- Guedeney, N. et Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 13, 83-89. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)
- Jacoby, R. J., Abramowitz, J. S., Buchholz, J., Reuman, L. et Blakey, S. M. (2018). Experiential avoidance in the context of obsessions: Development and validation of the Acceptance and Action Questionnaire for Obsessions and Compulsion. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 34-43. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.07.003>
- Johnston, C. et Mash, E. J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8
- Jones, T. L. et Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: a review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kunseler, F. C., Willemen, A. M., Oosterman, M. et Schuengel, C. (2014). Changes in Parenting Self-Efficacy and Mood Symptoms in the Transition to Parenthood: A Bidirectional Association. *Parenting*, 14, 215-234. <https://doi.org/10.1080/15295192.2014.972758>
- Leahy-Warren, P. et McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27, 802-810. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Lind, C. et Boschen, M. J. (2009). Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1047-1052. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.005>
- Lord, C., Rieder, A., Hall, G. B., Soares, C. N. et Steiner, M. (2011). Piloting the Perinatal Obsessive-Compulsive Scale (POCS): Development and validation. *Journal of anxiety disorders*, 25, 1079-1084. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.07.005>
- Loyd, B. H. et Abidin, R. R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 169-177. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/10.2.169>
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., Beveridge, M. et Glover, V. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 502-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.502>
- O'Connor, T. G. et Pélissier, M.-C. (2008, Avril). *Traiter le doute obsessionnel*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Ordre des psychologues du Québec, Québec, Canada.
- Pinto, T. M., Figueiredo, B., Pinheiro, L. L. et Canário, C. (2016). Fathers' parenting self-efficacy during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34, 343-355. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1178853>
- Porter, C. L. et Hsu, H.-C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology*, 17, 54-64. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.1.54>
- Raikes, H. A. et Thompson, R. A. (2005). Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. *Infant Mental Health Journal*, 26, 177-190. <https://doi.org/10.1002/imhj.20044>
- Ree, M. J., French, D., MacLeod, C. et Locke, V. (2008). Distinguishing Cognitive and Somatic Dimension of State and Trait anxiety: Development and validation of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 313-332. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004232>
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament in childhood: A framework. *Temperament in childhood*, 36, 59-73. <http://psycnet.apa.org/record/1990-97271-005>
- Schachter, S. et Singer, J. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state.

- Psychological Review*, 69, 379-399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N. et Pierce, G. R. (1987). A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510. <https://doi.org/10.1177/0265407587044007>
- Seymour, M., Giallo, R., Cooklin, A. et Dunning, M. (2015). Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: Care, Health and Development*, 41, 314-323. <https://doi.org/10.1111/cch.12178>
- Terrisse, B. et Trudelle, D. (1988). Le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Q.A.E.C.E.P). <https://unites.uqam.ca/terrisse/pdf/G29.pdf>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-689. <http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/instruments/guide.htm>
- Viau-Guay, L. et Gosselin (2011, Novembre). *Predictors of postnatal worry and parental adaptation in primiparous women*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Toronto, Canada.
- Viau-Guay, L. (2011). *Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période postnatale*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Qc.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. et White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- Wenzel, A. (2011a). Worry and generalized anxiety. *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment* (p. 37-53). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12302-002>
- Wenzel, A. (2011b). Obsessions and compulsions. *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment* (p. 55-71). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12302-003>
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C. et Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 43-49. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0154-2>
- Whisman, M A., Davila, J. et Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25, 375-383. <https://doi.org/10.1037/a0023790>
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C., Paes, J. A., César de Albuquerque, T. L. et Botelho Sougey, E. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics, *Comprehensive Psychiatry*, 50, 503-509. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.11.014>
- Zermatten, A., Linden, M. V. der, Jermann, F. et Ceschi, G. (2005). Validation of a French version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a non-clinical sample, *Revue européenne de psychologie appliquée*, 56, 151-155. <https://org/10.1016/j.erap.2005.07.003>