UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

École doctorale Stanislas Langages · Temps · Sociétés

APEMAC 4360 EPSaM

THESE

En vue de l'obtention du
DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE LORRAINE
DELIVREE PAR L'UNIVERSITE DE LORRAINE (METZ)
DISCIPLINE : PSYCHOLOGIE

Présentée et soutenue Le 1er avril 2019 par

Nawel HANNACHI

Trouble du Stress Post-Traumatique suite à l'accouchement : Impact sur le bonding mère-enfant Etude multiculturelle franco-tunisienne

Unité de recherche :

APEMAC EA 4360 EPSaM, Equipe de psychologie de la santé METZ

Directrice de thèse : **Elisabeth SPITZ** : Professeur de psychologie de la santé, Université de Lorraine

Jury

Rapporteurs :
Aurélie Gauchet : Maitre de conférences, HDR, Université de Grenoble, laboratoire inter-universitaire de psychologie, France.
Joanic Masson : Maitre de conférences, HDR, Université de Picardie Jules Verne, centre de recherche en psychologie :cognitions, psychisme et organisation, Amiens, France.

Examinateurs :
Alain Blanchet : Professeur émérite, HDR, Université Paris 8, Paris, France.
Jaqueline Wendland : Professeure, Université Paris Descartes, Institut de psychologie. Laboratoire psychopathologie et processus de santé, France.

Remerciement

Je veux tout d'abord remercier très sincèrement ma directrice de thèse, le Professeur Elisabeth Spitz pour son encadrement, sa confiance et son soutien depuis mon année de Master 1. Je la remercie tout particulièrement pour son soutien durant ma grossesse. Apprendre que j'étais enceinte de jumeaux était difficile à accepter au début mais grâce à vous j'ai pu me libérer et apprendre à l'apprécier au fil du temps. Du fond du cœur, merci Elisabeth.

Je tiens à remercier les membres de mon jury de thèse, Madame le Docteur Aurélie Gauchet, Monsieur le Docteur Joanic Masson, Madame le Professeur Jacqueline Wendland et Monsieur le Professeur Alain Blanchet.

Je remercie aussi mon équipe d'accueil APEMAC et son directeur le Professeur Francis Guillemin de m'avoir accueillie et soutenue pour la réalisation de cette recherche.

Je tiens à remercier mon équipe du laboratoire EPSaM, son directeur le Professeur Cyril Tarquinio et tous les enseignants chercheurs. Merci à Mme Barbara Spick pour son aide administrative. Merci également à Monsieur Jean Baptiste Lanfranchi pour son aide précieuse pour les analyses statistiques.

Merci à toutes les sages-femmes libérales de m'avoir permis de rencontrer les femmes enceintes et d'avoir accepté de partager cette étude avec d'autres femmes.

Je tiens aussi à remercier Monsieur Etienne Spitz pour sa relecture précieuse des articles. Vraiment merci…

Je tiens beaucoup à remercier mes collègues doctorants et docteurs : Manon, Carolina, Marie, Charlène, Amandine, Laura et Audrey pour leur soutien et leur écoute tout au long de ces années de thèse. Merci pour tous les moments que nous avons partagés ensemble. Merci d'avoir été là…

Un très grand merci à Charlotte et Anaick pour leur relecture. Les filles vous êtes juste géniales.

A mes amis Marie et Adel, Sonia et Nizar, merci pour vos encouragements et votre soutien.

A ma très chère amie Hafida, merci pour ton amitié qui m'est indispensable…merci d'être dans ma vie.

A ma famille, Merci

Merci à mes parents et à mon cher frère Mejdi, ma belle-sœur Marwa et ma nièce adorée Nadine !

Papa, je sais que l'idée et la décision de me laisser partir n'étaient pas faciles à prendre. Mais je tiens vraiment à te remercier pour la confiance que tu m'avais accordée... merci de m'avoir laissé partir…

Maman, ma très chère maman. Sans ton aide je ne sais pas comment j'aurais pu faire pour le suivi du recueil en Tunisie. Tu as été la meilleure des enquêtrices ! Merci d'avoir toujours été là pour moi. Je sais aussi que ça n'a pas été évident pour toi de me voir partir dans un autre pays loin de toi…Merci pour ta confiance, ta bienveillance, tes encouragements et ton amour. T'es la meilleure des mamans. Je t'aime !

Un grand merci à ma belle-famille, mama Dorra, Ali, Asma, Mallouka. Merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de ces années de thèse !

Et comme on dit, le meilleur est pour la fin ! Mon chéri, sans toi, je n'aurais jamais songé à faire cette thèse. Merci d'avoir cru en moi et de me pousser toujours vers l'avant. Merci d'avoir toujours été là dans les moments difficiles de la thèse, quand je pensais que je n'étais pas capable d'aller jusqu'au bout, tu as toujours été là pour m'encourager. Merci mon chéri !

A mes petits poussins (parfois monstres) d'amour Joulia et Rayen. Merci d'être venus à la vie. Votre présence illumine ma vie tous les jours. La thèse nous a toujours lié…Je sais que ces dernières semaines n'étaient pas faciles pour vous, mais promis je suis entièrement à vous dorénavant… ça y est la thèse est finie !

Avant-propos

Ce travail s'est construit dans la continuité des travaux de recherche menés dans le cadre du projet « Accounova » porté par le laboratoire de psychologie de la santé de l'Université de Lorraine. Ce projet a porté sur l'étude de l'efficacité d'une technique psychothérapeutique (l'EMDR) chez les femmes ayant subi un stress traumatique lors de l'accouchement et a été soutenu publiquement par Madame Astrid George en juillet 2013.

À la suite des résultats intéressants soulevés par la recherche « Accounova » ainsi qu'aux résultats d'une étude exploratoire réalisée dans le cadre de mon mémoire de recherche de Master portant sur l'étude des facteurs de risque associés au développement d'un stress post-traumatique suite à l'accouchement en France et en Tunisie, nous avons décidé avec le Professeur Elisabeth Spitz, d'approfondir ce domaine de recherche. Ainsi, nous avons tenté de répondre à divers questionnements : queles sont les processus psychologiques sous-jacents au développement du stress post-traumatique à la suite de l'accouchement ? Est-ce que ce trouble pourrait influencer ou perturber le développement futur d'autres processus psychologiques ? Si oui, lesquels ? Quelle répercussion aurait le stress post-traumatique sur le développement de la relation mère-enfant ? Quel est le rôle de la culture dans l'expression du stress post-traumatique à la suite de l'accouchement ? Quelle est l'influence des croyances culturelles sur les processus psychologiques associés à ce trouble… ?

L'objectif de cette présente recherche était également d'approfondir les connaissances sur ce trouble, mais aussi d'apporter des réponses qui pourraient améliorer sa prise en charge avec une attention particulière portée aux influences culturelles.

Cette recherche m'a permis de développer mes connaissances théoriques autant sur les psychopathologies liées à la période périnatale que sur l'influence de la culture dans la prise en charge de ces troubles.

En espérant que les outils d'évaluation et les résultats issus de ce travail faciliteront les futures investigations de mes collègues chercheurs ainsi que des psychologues et des professionnels de la santé dans le domaine de la périnatalité.

Table des matières

REMERCIEMENT **3**

AVANT-PROPOS **5**

INTRODUCTION **17**

ARTICLES SCIENTIFIQUES ET TRAVAUX ISSUS DE LA RECHERCHE **20**

A. LES ARTICLES SCIENTIFIQUES 20
B. LES COMMUNICATIONS ORALES 20
C. LES COMMUNICATIONS AFFICHEES 21

PARTIE A : CADRE THEORIQUE & OBJECTIFS DE LA RECHERCHE **23**

CHAPITRE 1 : PERINATALITE : ASPECTS CULTURELS ET PSYCHOLOGIQUES **25**

1. ETUDE DE LA NATALITE ET DE LA MORTALITE MATERNELLE EN FRANCE ET EN TUNISIE 27
2. ASPECT CULTUREL DE LA MATERNITE ET DE LA NAISSANCE EN FRANCE ET EN TUNISIE 29
3. TROUBLES PSYCHOPATHOLOGIQUES DU POST-PARTUM 34
   a. Le blues du post-partum 34
   b. La dépression du post-partum 34
   c. La psychose puerpérale 35

CHAPITRE 2 : TROUBLE DU STRESS POST-TRAUMATIQUE A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT **37**

1. NOSOLOGIE 39
2. PREVALENCE 45
3. FACTEURS DE RISQUE 48
   a. Les facteurs sociodémographiques 48
   b. Les facteurs médicaux et obstétricaux : 48
   c. Les facteurs personnels : 49
   d. Les facteurs interpersonnels : 50

CHAPITRE 3 : MODELE PROCESSUEL TRANSDIAGNOSTIQUE **53**

CHAPITRE 4 : RELATIONS ENTRE LA MERE ET SON ENFANT **59**

1. ATTACHEMENT DE L'ENFANT ENVERS SON TUTEUR 61
2. ATTACHEMENT DU PARENT ENVERS L'ENFANT : DEVELOPPEMENT DU BONDING 63
   2.1. Neurobiologie du bonding 65
   2.2. Impact des troubles psychopathologique du post-partum sur le bonding maternel : 66

CHAPITRE 5 : FACTEURS PSYCHOLOGIQUES LIES A LA PERIODE PERINATALE **69**

1. STRATEGIES DE COPING 71
2. QUALITE DE VIE 73

CHAPITRE 6 : PROBLEMATIQUE **75**

PARTIE B : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE **81**

CHAPITRE 1 : PROCEDURE ET CADRE DE L'ETUDE **83**

1. PROCEDURE 85
2. DESIGN DE L'ETUDE 86

3. POPULATION 87
4. MESURES 88
4.1. Evaluations prénatale et postnatale 88
4.1.1. Fiche anamnestique 89
4.1.2. Anxiété prénatale 89
4.1.3. Dépression prénatale 89
4.1.4. Perception de la relation avec l'équipe soignante 90
4.1.5. Stratégies de coping 91
4.1.6. Qualité de vie 94
4.2. Evaluation uniquement réalisée en période postnatale 94
4.2.1. Dépression postnatale 94
4.2.2. Trouble de stress posttraumatique 95
4.2.3. Le bonding maternel 99
5. TRAITEMENT DES DONNEES 100
6. CONSIDERATIONS ETHIQUES 101

CHAPITRE 2 : ETUDE DE VALIDATION DE LA BRIEF COPE SUR LA POPULATION TUNISIENNE 103

ARTICLE 1: A TUNISIAN ADAPTATION AND VALIDATION OF THE BRIEF COPE. THE T-COPE 105
1. INTRODUCTION 107
1. METHODS 109
1.1. Participants and procedure 109
1.2. Measurements 109
1.3. Statistical analysis 113
2. STUDY 1 114
2.1. Results and discussion of study 1 115
2.1.1. Factor structure 115
2.1.2. Metric properties of the scale 118
a- Sensitivity 118
b- Reliability 118
c- Discriminant Validity 119
3. STUDY 2 120
3.1. Results and discussion 120
4. GENERAL DISCUSSION 121

CHAPITRE 3 : ADAPTATION ET VALIDATION D'UNE ECHELLE SPECIFIQUE AU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT SUR LA POPULATION FRANÇAISE 133

ARTICLE 2 : ADAPTATION ET VALIDATION D'UNE ECHELLE SPECIFIQUE AUX EVENEMENTS TRAUMATIQUES EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT : PREVALENCE DU TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE (TSPT) SELON LES NOUVEAUX CRITERES DIAGNOSTIC DU DSM 5. 135
1. INTRODUCTION 138
2. METHODE 140
2.1. Procédure et considération éthique 140
2.2. Population 140
2.3. Matériel 141
2.3.1. Questionnaire socio-biographique et antécédents 141
2.3.2. Symptomatologie dépressive 141
2.3.3. Symptomatologie traumatique 142
2.3.4. Perception de la qualité de la relation avec l'équipe soignante 142
2.4. Analyses statistiques 142
3. RESULTATS 144
3.1. Variables socio-démographiques 144

3.2. Adaptation et validation du Child Birth Traumatic Event Scale 145
3.3. Prévalence de l'état de stress post traumatique à la suite de l'accouchement 148
3.4. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales des femmes en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel (critère A+ 3/4 parmi les critères B, C, D et E) 149
3.5. Comparaison de la perception du soutien de l'équipe soignante en fonction de la présence ou non-d'un TSPT partiel 150
4. DISCUSSION 151

PARTIE C : RESULTATS 159

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE LA PARTIE RESULTATS 161

CHAPITRE 2 : TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT AUPRES D'UNE POPULATION FRANÇAISE. ETUDE TRANSVERSALE A DEUX MOIS POST-PARTUM 165

ARTICLE 3 : ETUDE PROSPECTIVE SUR LE TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT : PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES CHEZ LES FEMMES FRANÇAISES 167
1. INTRODUCTION 170
2. METHODE 172
2.1. Procédure 172
2.2. Participants 173
2.3. Mesures 174
2.3.1. Questionnaire d'anamnèse 174
2.3.2. Symptomatologie anxieuse 174
2.3.3. Symptomatologie dépressive 174
2.3.4. Symptomatologie traumatique 175
2.3.5. Perception du soutien de l'équipe soignante 175
2.3.6. Stratégies de coping 176
2.3.7. Qualité de vie 176
2.4. Analyses statistiques 176
3. RESULTATS 177
3.1. Prévalence de l'état de stress post traumatique deux mois après l'accouchement 177
3.2. Prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression durant la phase pré et postnatale :..... 177
3.3 Comparaison des variables sociodémographiques, familiales et obstétricales chez les femmes françaises en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel 178
3.3 Comparaison de la symptomatologie anxieuse et dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, des stratégies de coping et de la qualité de vie, durant les périodes pré et postnatales en fonction de la présence ou non d'un TSPT 178
3.5. Etude longitudinale en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel dans la période du post-partum sur la symptomatologie dépressive, la perception du soutien de l'équipe soignante, les stratégies de coping et la qualité de vie. 179
3.5.1. La symptomatologie dépressive 179
3.5.2. La perception du soutien de l'équipe soignante : 180
3.5.3. Les stratégies de coping 181
4 DISCUSSION 185

CHAPITRE 3 : ETUDE PROSPECTIVE SUR LE TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT : PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES CHEZ LES FEMMES TUNISIENNES 195

ARTICLE 4 : ETUDE PROSPECTIVE SUR LE TROUBLE DE STRESS POST TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES TUNISIENNES : PREVALENCE ET FACTEURS ASSOCIES 197
1. INTRODUCTION 200
2. METHODE 202
2.1. Procédure 202

2.2. Participantes ... *202*
2.3. Mesures ... *203*
2.3.1. Questionnaire d'anamnèse ... 203
2.3.2. Symptomatologie anxieuse ... 204
2.3.3. Symptomatologie dépressive ... 204
2.3.4. La symptomatologie traumatique ... 204
2.3.5. Perception du soutien de l'équipe soignante ... 205
2.3.6. Les stratégies de coping ... 205
2.3.7. La qualité de vie ... 206
2.4. Traduction et adaptation des échelles : ... *206*
2.5. Analyses statistiques ... *207*
3. RESULTATS ... 208
3.1. Prévalence du trouble de stress post traumatique deux mois après l'accouchement ... *208*
3.2. Prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression durant la phase prénatale et postnatale ... *208*
3.3. Comparaison des variables sociodémographiques, familiales et obstétricales chez les femmes tunisiennes en fonction de la présence ou non d'un TSPT ... *209*
3.4. Comparaison de la symptomatologie anxieuse et dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, des stratégies de coping et de la qualité de vie, et ce durant les périodes pré et postnatales en fonction de la présence ou non d'un TSPT ... *209*
3.5. Etude longitudinale en fonction de la présence ou non d'un TSPT post-partum sur la symptomatologie dépressive, la perception du soutien de l'équipe soignante, les stratégies de coping et la qualité de vie ... *210*
3.5.1. La symptomatologie dépressive ... 210
3.5.2. La perception du soutien de l'équipe soignante ... 211
3.5.3. Les stratégies de coping ... 212
3.5.4. La qualité de vie ... 212
4. DISCUSSION ... 216

CHAPITRE 4 : ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT. DIFFERENTIATION ENTRE DEUX POPULATIONS DE FEMMES FRANÇAISES ET TUNISIENNES ... 223

ARTICLE 5 : TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT : ETUDE COMPARATIVE DES FACTEURS DE RISQUE SUR DEUX POPULATIONS DE FEMMES FRANÇAISES ET TUNISIENNES ... 225
TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT : ETUDE COMPARATIVE DES FACTEURS DE RISQUE SUR DEUX POPULATIONS DE FEMMES FRANÇAISES ET TUNISIENNES ... 225
1. INTRODUCTION ... 228
2. METHODE ... 230
2.1. Participants ... *230*
2.2. Procédure ... *231*
2.3. Mesures ... *231*
2.3.1. Analyses statistiques ... 233
3. RESULTATS ... 233
3.1. Prévalence du trouble de Stress Post Traumatique chez les femmes françaises et tunisiennes ... *235*
3.2. Analyse de régression hiérarchique multiple ... *235*
4. DISCUSSION ... 237

CHAPITRE 5 : ETUDE DE MEDIATION SUR LA POPULATION FRANÇAISE ... 247

ARTICLE 6 : IMPACT DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE BONDING DANS UNE POPULATION DE FEMMES FRANÇAISES. MEDIATION DES STRATEGIES DE COPING ... 249
1. INTRODUCTION ... 252
2. METHODE ... 254
2.1. Population ... *254*

2.2. Mesures ... *255*
2.2.1. Fiche d'anamnèse ... 255
2.2.2. Trouble de Stress Post-traumatique ... 255
2.2.3. Bonding ... 256
2.2.4. Stratégies de coping ... 256
2.3. Analyse statistique ... *257*
3. RESULTATS ... 257
3.1. Caractéristiques de l'échantillon ... *257*
3.2. Analyse des corrélations entre les scores du TSPT, le bonding général, l'altération de lien, l'anxiété par rapport aux soins, le rejet de l'enfant, le risque de maltraitance et les stratégies de coping. ... *258*
3.3. Analyses de régression entre le score du TSPT, le bonding et les stratégies de coping ... *259*
3.4. Analyses des médiations multiples en série ... *261*
4. DISCUSSION ... 266
5. CONCLUSION ... 269

CHAPITRE 6 : ETUDE DE MEDIATION SUR LA POPULATION TUNISIENNE ... 273

ARTICLE 7 : IMPACT DU TSPT A LA SUITE DE L'ACCOUCHEMENT SUR LE BONDING DANS UNE POPULATION DE FEMMES TUNISIENNES. MEDIATION DES STRATEGIES DE COPING ... 275
1. INTRODUCTION ... 278
2. METHODE ... 280
2.1. Population ... *280*
2.2. Mesures ... *280*
2.2.1. Fiche d'anamnèse ... 280
2.2.2. Etat de stress post-traumatique ... 281
2.2.3. Bonding ... 281
2.2.4. Stratégies de coping ... 281
2.3. Analyse statistique ... *282*
3. RESULTATS ... 283
3.1. Caractéristiques de l'échantillon ... *283*
3.2. Analyse des corrélations entre les scores du TSPT, le bonding général, l'altération de lien, l'anxiété par rapport aux soins, le rejet de l'enfant, le risque de maltraitance et les stratégies de coping ... *284*
3.3. Tests des effets indirects ... *287*
3.3.1. Analyse de médiation multiple en série ... 287
4. DISCUSSION ... 291

CHAPITRE 7 : MODELISATION SUR L'IMPACT DU TSPT SUR LE BONDING MATERNEL ET LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES AUPRES DES FEMMES FRANÇAISES (ETUDE LONGITUDINALE T1, T2 ET T3) ... 295

ARTICLE 8 : TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT ET BONDING MATERNEL : UN MODELE DE FACTEURS DE RISQUE ... 297
1. INTRODUCTION ... 300
2. METHODE ... 302
2.1. Population et procédure ... *302*
2.2. Mesures prénatales ... *303*
2.3. Mesures postnatales ... *304*
2.4. Analyses statistiques ... *305*
3. RESULTATS ... 307
3.1. Analyse des corrélations entre les variables de l'étude ... *307*
3.2. Modèle A : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur l'altération du lien mère-enfant ... *310*
3.3. Modèle B : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur l'anxiété par rapport à l'enfant ... *312*
4. DISCUSSION ... 314

CHAPITRE 8 : MODELISATION SUR L'IMPACT DU TSPT SUR LE BONDING MATERNEL ET LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES AUPRES DES FEMMES TUNISIENNES (ETUDE LONGITUDINALE T1, T2 ET T3).....323

ARTICLE 9 : TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE EN LIEN AVEC L'ACCOUCHEMENT ET BONDING MATERNEL : MODEL DE FACTEURS DE RISQUES CHEZ LES FEMMES TUNISIENNES 325

1. INTRODUCTION 328
2. MÉTHODE 330
   - *2.1. Population et procédure 330*
   - *2.2. Mesures prénatales 332*
   - *2.3. Mesures postnatales 332*
   - *2.4. Analyses statistiques 334*
3. RÉSULTATS 335
   - *3.1. Analyse des corrélations entre les variables de l'étude 336*
   - *3.2. Modèle A : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur l'anxiété de la mère par rapport aux soins chez les femmes tunisiennes 338*
   - *3.4. Modèle B : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur le rejet de l'enfant 340*
4. DISCUSSION 342

PARTIE D : DISCUSSION GENERALE & PERSPECTIVES.....351

PARTIE E : BIBLIOGRAPHIE 365

PARTIE F : ANNEXES 379

Figures et tableaux :

Partie théorique et méthodologique

Figure 1 : Evolution du taux de natalité en France et en Tunisie depuis les années 1960 (“France - Urbanisation - Population des agglomérations de plus d’un million de résidents (% population) | Statistiques,” n.d.) ……..……..27

Figure 2 : Taux de mortalité maternelle par 100 000 habitants en France et en Tunisie (2017). (“Taux de mortalité maternelle - Comparaison de Pays,” n.d.)…….....28

Figure 3 : Synthèse des Facteurs de risque liés au développement du TSPT postnatal…….....51

Figure 4 : Modèle de la détermination des troubles mentaux de Kinderman et Tai (2007)
Kinderman and Tai’s (2007) mental disorder determination model ……...…...56

Figure 5 Approche processuelle proposée par Nef et al. (2012)`……..…….57

Figure 6: Design de l'étude ……...….86

Figure 7: Population générale de la recherche ……...……87

Figure 8: Etapes d'adaptation interculturelle des échelles ……88

Figure 9: Design longitudinal de la recherche avec les différents questionnaires utilisés ……100

Tableau 1 : Tableau descriptif des modifications apportées au diagnostic du stress post-traumatique entre le DSM IV et le DSM 5 …….……42

Tableau 2 : Prévalence de l'ESPT postnatal dans les études quantitatives réalisées entre 2006 et 2015 ……...47

Tableau 3 : Analyse exploratoire du CBTES-T destiné aux femmes tunisiennes ……..97

Tableau 4 : Validité discriminante entre le CBTES-T et l'EPDS…….....98

Article 1: A Tunisian adaptation and validation of the Brief COPE. The T-COPE

Figure 1: Protocol of translation and cross-cultural adaptation of the T-COPE ……...…112

Tableau 1: Socio-demographic data of the Tunisian population samples ……...….115

Tableau 2: Exploratory Factor Analysis- Items loading……..……116

Tableau 3: Correlations of the Tunisian version of Brief COPE and the WHOQOL-BREF…..……..119

Article 2 : Adaptation et validation d’une échelle spécifique aux événements traumatiques en lien avec l’accouchement : Prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) selon les nouveaux critères diagnostic du DSM 5.

Tableau 1 : Variables sociodémographiques et obstétricales des femmes françaises ……..144

Tableau 2 : Analyse exploratoire des dimensions du Child Birth Traumatic Event Scale……147

Tableau 3 : Validité discriminante entre le CBTES et l'EPDS……148

Tableau 4 : Prévalence du TSPT à deux mois et à six mois après l'accouchement chez les femmes françaises……....…149

Tableau 5a : Comparaison de l'âge et de la perception du soutien de l'équipe soignante des femmes en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel (test T) ……...……150

Tableau 5b : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques, familiales, obstétricales des femmes en fonction de la présence ou non d'un ESPT partiel (test de khi-deux) ……150

Article 3 : Etude prospective sur le Trouble de Stress Post Traumatique en lien avec l'accouchement : Prévalence et facteurs associés chez les femmes françaises

Figure 1 : Evolution des moyennes de la symptomatologie dépressive en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT) …….....…180

Figure 2 : Evolution des moyennes de la perception du soutien de l'équipe soignante en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT) ……..…….180

Figure 3 : Evolution des moyennes du déni en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT) ……..…181

Figure 4 : Evolution du score de la fonction physique en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT) ……..…...182

Figure 5 : Evolution du score de la douleur physique en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT) ……..…183

Figure 6 : Evolution du score des limitations dues à l'état affectif en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT) ……...…183

Tableau 1 : Variables socio-démographiques, gynécologiques et obstétricales des femmes françaises…….....173

Tableau 2 : Moyennes des scores de la symptomatologie dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, du déni, de la qualité de vie physique, des douleurs physiques et des limitations dues à l'état affectif à T1 et T2 en fonction des groupes (sans TSPT vs TSPT partiel) chez les femmes françaises……..…184

Article 4 : Etude prospective sur le Trouble de Stress Post Traumatique en lien avec l'accouchement chez les femmes tunisiennes : Prévalence et facteurs associés

Figure 1 : Etapes de l'adaptation interculturelle des échelles……...…….207

Figure 2 : Evolution des moyennes de la symptomatologie dépressive en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT) ……...…211

Figure 3 : Evolution des moyennes de la perception du soutien de l'équipe soignante en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT) ……..…211

Figure 4 : Evolution des moyennes de la dramatisation en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT)…….....212

Figure 5 : Evolution du score de la santé mentale en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT) ……...……...…213

Figure 6 : Evolution du score de la douleur physique en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT) ……..……213

Figure 7 : Evolution du score du fonctionnement social en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT) …….....214

Tableau 1: Données sociodémographiques et obstétricales des femmes tunisiennes……...……203

Tableau 2 : Moyenne / score de la symptomatologie dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, du déni, de la fonction physique, des douleurs physiques et des limitations dues à l'état mental à T1 et T2 en fonction des groupes (TSPT vs sans TSPT) chez les femmes tunisiennes……...…….…...215

Article 5 : Trouble de stress post-traumatique à la suite de l'accouchement : Etude comparative des facteurs de risque sur deux populations de femmes françaises et tunisiennes

Tableau 1 : Variables sociodémographiques et obstétricales des femmes françaises et tunisiennes ……..……...234

Tableau 2 : Modèles prédictifs du TSPT à deux mois post-partum chez les femmes françaises et tunisiennes……...……236

Article 6 : Impact du Trouble de Stress Post-traumatique à la suite de l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes françaises. Médiation des stratégies de coping

Figure1 : Modèle de médiation en série avec trois médiateur dans un diagramme conceptuel (Hayes, 2017; p-169)……..…261

Figure 2. Coefficients de trajectoire pour le modèle A avec l'analyse de deux médiateurs en série…….……...….262

Figure 3. Coefficients de trajectoire pour le modèle 2 avec l'analyse de deux médiateurs en série ……..……...263

Figure 4. Coefficients de trajectoire pour le modèle 3 avec l'analyse de trois médiateurs en série……..……...264

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de la population…….....258

Tableau 2 : Corrélations entre le score du TSPT, le bonding, les stratégies de coping et les covariables (n = 153) …….260

Tableau 3. Coefficients de régression, erreurs types et informations sur le résumé du modèle pour les modèles A, B et C. (n = 153)……265

Article 7 : Impact du TSPT à la suite de l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes tunisiennes. Médiation des stratégies de coping

Figure 1 : Modèle de médiation en série avec deux médiateurs dans un diagramme conceptuel (Hayes, 2017)……...…287

Figure 2 : Coefficients de trajectoire pour le modèle A avec l'analyse de deux médiateurs en série…….288

Figure 3 : Coefficients de trajectoire pour le modèle B avec l'analyse de deux médiateurs en série…….289

Tableau 1 : Données sociodémographiques et obstétricales des femmes tunisiennes…….….283

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel et les stratégies de coping à deux mois post-partum……..……...286

Tableau 3 : Coefficients de régression, erreurs types et informations sur le résumé du modèle pour les modèles A, et B pour les femmes tunisiennes (n = 131) ……...……...290

Article 8 : Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : un modèle de facteurs de risque

Figure 1 : Modèle A de l'impact du TSPT sur l'altération du lien mère-enfant et les facteurs de risques associés à 2 et 6 mois post-partum…….....…..311

Figure 2 : Modèle B de l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant et les facteurs de risques associés à 2 et 6 mois post-partum……....……..313

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques, gynécologiques et obstétricales des femmes ……...…..303

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel et les stratégies de coping à deux et six mois post-partum……...309

Article 9 : Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : model de facteurs de risques chez les femmes tunisiennes

Figure 1 : Modèle A de l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant et les facteurs de risques associés à 2 et à 6 mois post-partum chez les femmes tunisiennes……...…339

Figure 2 : Modèle B de l'impact du TSPT sur le rejet de l'enfant et les facteurs de risques associés à 2 mois et à 6 mois post-partum chez les femmes tunisiennes…….……341

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques, gynécologiques et obstétricales des femmes tunisiennes……...…331

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum chez les femmes tunisiennes…….....337

Introduction

La grossesse et l'accouchement constituent des périodes de transformations physiques, psychiques et sociales importantes dans la vie d'une femme. La plupart des femmes décrivent l'expérience de la maternité comme leur ayant permis de s'accomplir, de découvrir un nouvel aspect de la vie, de lui donner un sens et d'améliorer leur estime de soi. Néanmoins, cette période faite de bouleversements et d'adaptation est aussi source de vulnérabilité psychique et propice au développement de certaines pathologies.

Donner naissance à un enfant, ou plus, peut être considéré comme un événement extrêmement stressant dans la vie d'une femme. Cette expérience pourrait aussi être traumatisante et entraîner le développement de troubles psychopathologiques comme le stress post-traumatique (Denis, Parant, & Callahan, 2011; James, 2015; Wijma, Söderquist, & Wijma, 1997). En se référant aux critères diagnostiques du DSM IV, la prévalence du stress post-traumatique dans la période postnatale varie entre 3 et 4% (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz, Ayers, & Phillips, 2016). Cette prévalence peut atteindre 33% dans le cas de stress post-traumatique partiel (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006). Également, il semble que les croyances partagées, les facteurs sociaux, les processus psychologiques et les réponses émotionnelles sont autant de facteurs qui influencent les troubles psychopathologiques du post-partum.

De plus, les troubles périnataux peuvent avoir un effet considérable sur le développement de la relation entre la mère et son enfant. Dans le cas du stress post-traumatique suite à l'accouchement, plusieurs auteurs ont rapporté un impact négatif de ce trouble sur le bonding maternel (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008; Ionio & Di Blasio, 2014).

Par ailleurs, la culture représente un contexte important pour toutes les expériences affectives et humaines. Tout vécu d'une situation traumatisante peut être influencé largement par les facteurs culturels. Ainsi, le traumatisme peut se dissimuler derrière des croyances et des rites culturels, de même qu'il peut également se camoufler derrière des pratiques dont les origines ont souvent été oubliées mais dont la réalisation perdure et affirme l'appartenance à un groupe.

Ce travail a comme origine notre prise de conscience de l'incidence et de la gravité du stress post-traumatique lié à l'accouchement sur la santé mentale de la femme ainsi que sur le développement du lien entre la mère et son enfant. Ce travail doctoral vise d'abord à contribuer à une meilleure connaissance des facteurs sous-jacents au développement de ce trouble à la suite

de l'accouchement, puis à examiner l'impact du stress post-traumatique sur le développement du lien mère-enfant dans deux pays différents (la France et la Tunisie), et enfin à mieux comprendre les processus psychologiques médiateurs entre le stress post-traumatique et le bonding maternel.

Ce travail de thèse est présenté sous forme de quatre parties successives :

La **partie A** est constituée de 6 chapitres qui présentent les aspects psychologiques et culturels autour de la période périnatale et le modèle théorique utilisé. Le chapitre 1 renseigne sur les données statistiques concernant la natalité en France et en Tunisie ainsi que sur les aspects psychopathologiques et culturels liés à la période périnatale. Le chapitre 2 expose l'évolution de la définition du trouble de stress post-traumatique. Une description du passage du DSM IV au DSM 5 et les nouveaux critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique seront explicités. Les prévalences rapportées par plusieurs études internationales et les facteurs de risques associés à son développement seront aussi abordés. Le chapitre 3 présente le cadre théorique dans lequel notre étude s'intègre, à savoir « le modèle processuel transdiagnostique ». Le chapitre 4 expose des éléments principaux associés à la théorie de l'attachement et les approches qui en découlent. Puis, la notion du bonding maternel sera exposée, de même que des éléments de neurobiologie impliqués dans son expression et l'influence des pathologies périnatales dans son altération. Le chapitre 5 est une synthèse sur certains aspects psychologiques présents lors de la période périnatale tels que les stratégies de coping et la qualité de vie. Enfin, le chapitre 6 présente la problématique et les objectifs de la présente recherche doctorale.

La **partie B** détaille la méthodologie de la recherche avec la procédure et le cadre de l'étude, la présentation des populations étudiées et les échelles de mesure utilisées. Dans ce chapitre, seront également présentées l'adaptation transculturelle et la validation d'un questionnaire de coping en dialecte tunisien : « **A Tunisian adaptation and validation of the Brief COPE. The T-COPE** », ainsi que l'adaptation et la validation d'une échelle en français évaluant les symptômes associés au Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) suite à l'accouchement en fonction des critères du DSM 5: « **Adaptation et validation d'une échelle spécifique aux événements traumatiques en lien avec l'accouchement: Prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) selon les nouveaux critères diagnostic du DSM 5 ».**

La **partie C** présente l'ensemble des résultats des différentes études réalisées dans le cadre de cette recherche doctorale. Ces études sont présentées sous forme de sept articles scientifiques.

La **partie D** est une discussion générale des résultats proposés dans ce travail de recherche. Des propositions sur les possibilités de prise en charge et des différentes méthodes et psychothérapies adaptées pour le traitement du stress post-traumatique à la suite de l'accouchement sont exposées.

Articles scientifiques et travaux issus de la recherche

a. Les articles scientifiques

Hannachi, N., Muller L. & Spitz, E. (2018, soumis). A Tunisian adaptation and validation of the Brief COPE. The T-COPE. *Journal of Transcultural Nursing*

Hannachi, N & Spitz, E. (2018, soumis). Adaptation et validation d'une échelle spécifique aux événements traumatiques en lien avec l'accouchement : Prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) selon les nouveaux critères diagnostic du DSM 5.

Hannachi, N & Spitz, E. (2018, soumis). Etude prospective sur l'Etat de Stress Post-Traumatique en lien avec l'accouchement : Prévalence et facteurs associés chez les femmes françaises, *Européenne de psychologie appliquée.*

Hannachi, N & Spitz, E. (2019, soumis). Etude prospective sur l'Etat de Stress Post-Traumatique en lien avec l'accouchement chez les femmes tunisiennes : Prévalence et facteurs associés**,** *Pratiques psychologique.*

b. Les communications orales

Hannachi, N. Spitz, E. (2018). Etat de stress post-traumatique suite à l'accouchement : Etude prospective des facteurs de risque sur deux populations de femmes françaises et tunisiennes. Xème Congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé. Metz (France).

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Prospective study of risk factors on French and Tunisian populations. Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). Posttraumatic stress disorder after childbirth and maternal perceived self-efficacy: French-Tunisian cross-cultural study. Communication presented at the 15th European Congress of Psychology, Amsterdam, Netherland, 11-14 July.

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). PTSD after childbirth in Tunisian Arabic population. Communication presented at the Middle East Psychological Conference and Expo, Dubai, United Arab Emirates, 27-29 April.

Hannachi, N. & Spitz, E. (2016). Dépression prénatale et soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante : impact sur la perception du lien mère-enfant. Liens et interactions, bien être et vulnérabilité, Questions actuelles. Petite enfance. Conference Abstracts book p 236-237. https://sfp2016.sciencesconf.org/data/pages/Actes_SFP_2017.pdf

Hannachi, N., Renck, L., Spitz, E. (2016). Bonding & qualité de l'attachement (mère-enfant) durant la période périnatale. Postures, enjeux et méthodes dans le champ de la psychologie de la santé. https://afpsa2016.sciencesconf.org/program

Hannachi, N., A. George, E. Spitz (2014). Posttraumatic Stress Disorder After Delivery: French-Tunisian Cross-cultural Study. The European Psychologist, Vol. 16 Sup, http://ehps.net/ehp/index.php/contents/issue/view/23

Hannachi, N. & Spitz, E. (2014). Etude interculturelle franco-tunisienne : stratégies de coping et état de stress post-traumatique suite à l'accouchement. Journée internationale des jeunes chercheurs, STANISLAS.

George A**., Hannachi, N**., Luz R. & Spitz E. (2012). Etude comparative franco-tunisienne d'Etat de stress posttraumatique post accouchement. Congres de l'Association Francophone de Psychologie de la santé AFPSA, Lille, décembre 2012

c. Les communications affichées

Hannachi, N. Spitz, E. (2018). Posttraumatic Stress Disorder after childbirth: Prospective study of risk factors on French and Tunisian populations. Communication presented at the 32nd Annual conference of EHPS, Galway, Irland, 21-25 August.

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Hannachi, N. & Spitz, E. (2016). Depression & perceived autonomy support during pregnancy as a predictor of poor mother-infant bonding. Behaviour change: Making an impact on health and health service. Parental health behaviour. Conference Abstracts Book p 492. http://ehps2016.org/files/EHPS2016_Abstracts_Book_08082016.pdf

Hannachi N. & Spitz E. (2015). Adaptation and validation of the Tunisian version of the Brief COPE Scale. Principles of Behaviour. Change in Health & Illness. Conference Abstracts Book p 188. http://www.ehps2015.org/files/EHPS2015_Conference_Abstracts_01092015.pdf

Hannachi, N. & Spitz, E. (2014). Protocole de validation d'une échelle de coping en dialecte tunisien 8e Congrès de l'Association Francophone de Psychologie de la Santé Liège (Belgique). https://conferences.fapse.ulg.ac.be/AFPSA/pgm.php

Muller, L., M. Kretsch , **N. Hannachi** , B. Bucki , B. Plazonnet , C. Ricatte , C. de SantisA.-C. Rat, E. Spitz (2014). Breaking bad News in Different Medical Conditions: Exploring the Physicians and Patients Perspective. The European Psychologist, Vol. 16 Sup, http://ehps.net/ehp/index.php/contents/issue/view/23

Hannachi, N., Renck, L., Spitz, E. (2017). Mediation effect of bonding on mother-child attachment during perinatal period. Psychiatrie Clinique, biologique et thérapetique. Troubles du comportement. PO-031. http://eposter.europaorganisation.com/2017/encephale/index/slide/abstract/27.

PARTIE A : CADRE THEORIQUE & OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Chapitre 1 : Périnatalité : Aspects culturels et psychologiques

1. Etude de la natalité et de la mortalité maternelle en France et en Tunisie

- **Etude de la natalité en France et en Tunisie**

En 2017, 749 193 nouveau-nés sont nés en France et 221 760 sont nés en Tunisie.

Pour la France, le taux de natalité reste presque stable depuis les années 1960. Cependant, le nombre de naissance a enregistré une diminution de -7,73% durant les cinq dernières années. Ce nombre est passé de 812000 naissances en 2012 à 749193 nouvelles naissances en 2017.

Pour la Tunisie, depuis la mise en place de la politique de planning familial après l'indépendance en 1956, le pays a connu une forte diminution de la natalité. La moyenne est passée de plus de sept enfants par femme dans les années 1960 à deux enfants par femme dans les années 2000.

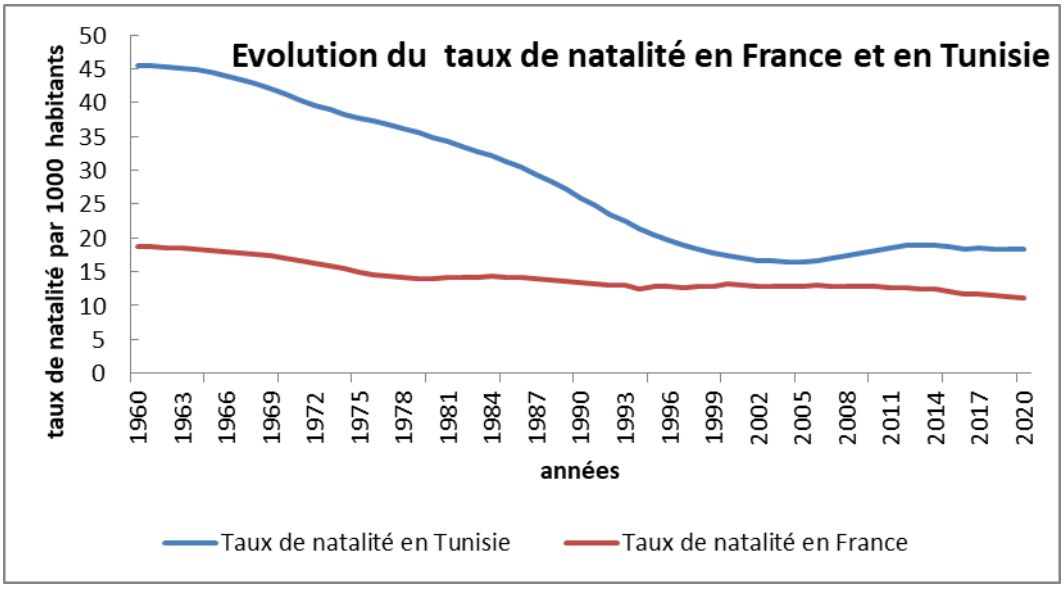


Figure 1: Evolution du taux de natalité en France et en Tunisie depuis les années 1960 ("France - Urbanisation - Population des agglomérations de plus d'un million de résidents (% population) | Statistiques," n.d.)

- **Etude de la mortalité maternelle en France et en Tunisie**

Concernant la mortalité maternelle, elle est définie comme étant le nombre annuel de décès de femmes pour toute cause liée ou aggravée par la grossesse ou par sa prise en charge. Elle comprend les décès pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivants l'accouchement ou encore durant l'interruption volontaire ou médicale de grossesse.

En France, la mortalité maternelle a été de 8 femmes pour 100 000 habitants en 2017.

En Tunisie, la mortalité maternelle a été de 62 femmes pour 100 000 habitants en 2017. Elle était 8 fois supérieure à celle en France.

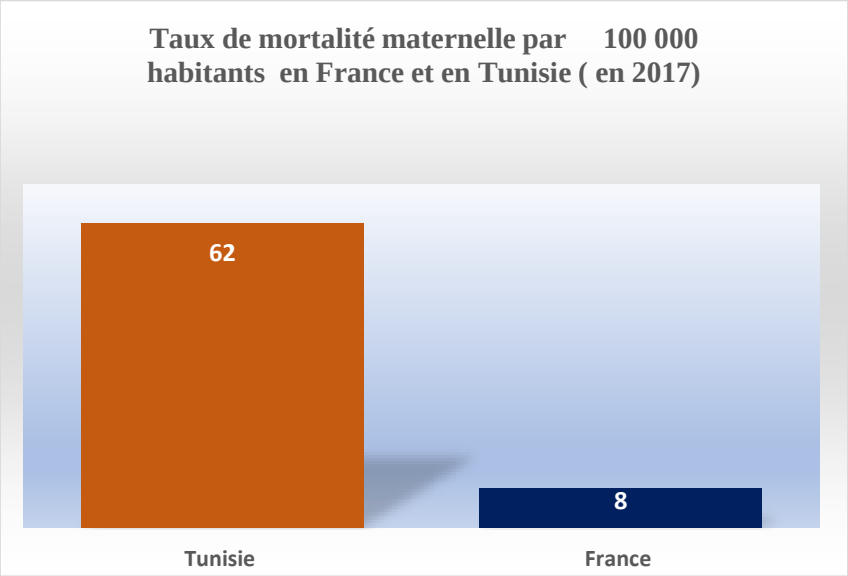


Figure 2 : Taux de mortalité maternelle par 100 000 habitants en France et en Tunisie (2017). ("Taux de mortalité maternelle - Comparaison de Pays," n.d.).

2. Aspect culturel de la maternité et de la naissance en France et en Tunisie

Le terme « maternel » a été introduit dans la langue française au XIVème siècle pour décrire l'instinct maternel et l'ensemble des soins assurés par la mère à sa progéniture. Le professeur Jean Pruvost, a confié que c'est vers l'an 1050 que le mot « mère » a été affirmé pour la première fois en langue française écrite pour qualifier une femme ayant enfanté, adopté un enfant, ainsi que pour désigner un pays d'origine (terre mère).
Dans la langue arabe, le mot « El Oum » est apparu pour faire référence à l'origine des choses (El Asl) dans un premier temps, et pour qualifier ensuite l'état d'une femme ayant enfanté.
Le mot « El Oum » tire son origine d'un terme né en 622 quand les premiers fidèles musulmans renoncèrent à l'organisation en clans qui dominait jusque-là pour une communauté de foi : « El Oumma ». Il est aussi la transposition de l'hébreu biblique « Oummah » définissant un peuple, une tribu ou une nation. On trouve également le terme « El Oumouma » qualifiant une femme qui donne naissance ou qui a la fibre maternelle.

D'un point de vue religieux, la femme a toujours été honorée dans toutes les religions monothéistes en raison de sa fécondité. Dans le Judaïsme, l'Ancien Testament considère la maternité comme une fonction sociale : assurer la transmission de la religion aux générations suivantes est alors un rôle réservé aux femmes. Une importance particulière est accordée aux femmes dans le christianisme : le Christ a été porté par une femme, la Vierge Marie. Dans la religion musulmane, la femme est honorée pour son rôle de mère qui porte et protège pendant neuf mois son enfant. Le Coran regorge de récits mentionnant les distinctions qui lui sont réservées. Les enfants sont ordonnés de lui vouer un respect et un amour aussi profond que possible, car de tous, c'est elle qui mérite le meilleur traitement. Il existe un Hadith (parole du prophète Mohamed) qui montre qu'il faut avoir un amour et une compassion envers la mère trois fois plus grands qu'envers le père, et ceci en vertu des trois charges que seule la mère supporte : la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Les hommes sont invités à bien traiter leurs femmes lors de la grossesse et après l'accouchement dans l'intérêt d'assurer la survie de la communauté.

Durant le temps de la grossesse, la femme est bénie et se trouve sous la protection de Dieu. Elle est même dispensée de certaines pratiques religieuses telles que le jeûne qui serait néfaste pour sa santé et celle de l'enfant qu'elle porte. Les anges font "l'istighfar" (le repentir) en son nom pour chaque jour de grossesse. Dans le Coran, il a été mentionné que dès lors que les prémices

de l'accouchement approchent et dès les premières douleurs et contractions, la femme devient égale à la personne qui fait le "Djihad" (combat spirituel ou physique). A partir du moment de la grossesse, jusqu'à l'accouchement et au sevrage du bébé, elle est comme le "Mujahid" (celui qui combat dans le sentier de Dieu). S'il lui arrive de mourir au cours de la grossesse ou dans les 40 jours suivants l'accouchement, elle meurt de la mort d'un "Schahid" (martyre). Lors de l'accouchement elle obtient la récompense de 70 années de prière et de jeûne. Tous ses pêchés lui seront pardonnés et tous ses vœux seront exaucés, ce qui ferait d'elle un intermédiaire entre Dieu et les hommes. Ainsi, les autres femmes lui rendent visite avant son accouchement pour lui demander de prier pour elles lors de l'accouchement. Parmi les rituels auxquels les femmes ont recours avant leur accouchement, il y a, comme lors du mariage, l'application de henné sur leurs mains et leurs pieds (considéré comme une plante du paradis). Encore une fois, s'il arrive qu'elle décède, elle est ainsi prête pour être accueillie au paradis.

- ***Croyances et troubles psychopathologiques du post-partum dans la culture tunisienne : le phénomène Kattous*** Nifâs ***:***

Dans la culture tunisienne, à partir du moment où la femme accouche et durant les 40 jours qui suivent, il se dit que « les portes du paradis lui sont ouvertes » et que la femme risque de mourir à tout moment. Le rite du quarantième jour prend ainsi tout son sens et met fin à cette période dramatique durant laquelle l'accouchée était aux « portes de la mort ». D'ailleurs, le jour de son accouchement, il se dit que la tombe de la femme s'ouvre afin de l'accueillir à tout moment. Le monde auquel elle appartient désormais se situe entre celui des vivants et celui des morts et elle reste ainsi suspendue pendant les 40 jours qui succèdent à son accouchement.

Durant toute cette période de Nifâs, la parturiente est obligée de rester couchée et de ne pas sortir du lit, et ce au moins durant les trois premiers jours suivant l'accouchement. Elle ne doit rien faire que de se gaver d'une nourriture riche et spéciale afin de reprendre des forces et de revenir à la vie. La fin de cette période de 40 jours marque alors le retour symbolique de l'accouchée à la vie. Au même moment, le nouveau-né prend sa place parmi les humains, car selon les croyances culturelles tunisiennes et magrébines de la naissance, le nouveau-né est considéré comme étant mi-ange, mi-humain. C'est pourquoi ce rite a tout son sens et marque une double naissance : une naissance pour l'enfant et une renaissance pour sa mère.

Dans la culture tunisienne, les troubles psychopathologiques du post-partum prennent tout leur sens dans des mythes et des croyances culturels souvent d'origine populaire dont l'appellation

dialectale est "Kattous Nifâs " (قَطُّوس النَّفاس). Le chat du post-partum, est donc une expression culturelle des troubles psychopathologiques du post-partum.

Dans le dialecte tunisien, "Kattous" désigne le chat, et " Nifâs," la période des 40 jours qui suivent l'accouchement. En effet, l'expression Kattous Nifâs renvoie à un « djinn » spécifique qui habite uniquement les femmes qui ont accouché.

Les djinns, dans la culture arabo-tunisienne, sont des créatures dotées de pouvoirs surnaturels que Dieu a créé à partir du feu. Quand ils séjournent sur la terre, ils demeurent dans des endroits sombres et déserts tels que les cavernes, les ruines, les canalisations d'égouts, les lieux sombres, les vieilles maisons ou encore dans des matières comme le feu, le charbon de bois, la cendre, le fumier ou le sang. Les djinns sont en général invisibles et peuvent prendre différentes formes (végétale, animale ou anthropomorphe). Ils sont capables d'influencer spirituellement et mentalement le genre humain en ayant un contrôle physique et psychique sur lui (possession).

Les djinns sont nommés ainsi à cause de leur faculté à se dissimuler et à se cacher de l'œil nu. C'est pour cette raison qu'on appelle le fœtus « Djanin » (caché dans le ventre de sa mère). Ibn Aquil dit : « il a été nommé djinn car il est capable de se dissimuler, de se cacher aux yeux et c'est ainsi qu'est désigné le fœtus dans le ventre de la mère ». C'est donc l'essence même de la racine du mot arabe "djinn" qui veut dire « caché » (“Les Djinns,” n.d.).
Les éléments connus à partir des différents écrits, Coran ; hadith, et culture populaire, témoignent tous d'un monde invisible et caché, comme l'indique d'ailleurs la racine du mot (jenna), coexistant avec celui des humains et dont les destins se croisent parfois pour le malheur et le bonheur.

Habituellement, les femmes les attirent plus que les hommes, en raison de leur processus physiologique de menstruation et d'accouchement. C'est pourquoi, durant cette période de 40 jours qui suit l'accouchement, la femme est susceptible d'être tourmentée, touchée par ce djinn « Kattous Nifâs » en cas d'affection légère, voire possédée dans les cas les plus graves. Une multitude de symptômes peuvent alors se manifester, comme une grande fatigue, de la fièvre, de violentes hémorragies, des crises de panique, de pleurs et la parturiente risque parfois la démence ainsi que de demeurer dangereuse pour son enfant.

Durant cette période de « Nifâs », la femme est considérée comme impure. Il lui est interdit de faire la prière, de se rendre dans un lieu saint comme la mosquée ou le cimetière ou de toucher un objet sacré comme le Coran. Il lui est interdit aussi d'avoir des rapports sexuels avec son mari

et elle ne doit ni traire le bétail ni faire à manger. A la fin de ces 40 jours, une purification complète s'impose à travers un grand bain réalisé dans un « hammam ».
Quoi qu'il en soit, le mot "djinn" est chargé de pouvoir et de crainte, comme si son évocation allait impliquer une réaction immédiate des djinns, réaction fortement redoutée car imprévisible. Parmi les djinns, il y a ceux qui causent le mal accidentellement et ceux qui nuisent délibérément. Les djinns malfaisants sont nommés « Kattous Nifâs » et la « Tâbiâ » (Djinn femelle qui tourmente les femmes enceintes, les jeunes enfants et les hommes aussi).

Le chat du post-partum, ou « Kattous Nifâs », choisi sa future victime et le moment où il va agir. Le djinn s'installe dans le corps du chat, d'où l'appellation « Kattous ». D'après Westermarck (1933), au Maroc, le chat est considéré comme un animal possédé par les esprits et/ou même par des djinns déguisés. Cependant, l'auteur confirme que malgré tout cet animal engendre aussi la « Baraka » (la bénédiction divine).

Dans le milieu rural tunisien, l'association entre les deux n'est pas aussi ambiguë qu'il n'y paraît. Tous les chats ne sont pas considérés comme des djinns déguisés, mais il existe un consensus sur le fait que les djinns préfèrent les chats à d'autres animaux, et surtout le chat noir. Il est probable que ce lien entre djinn et chat soit dû au fait que, comme les chats, les djinns s'approchent de leur victime sans se faire remarquer.

Être mère c'est savoir et pouvoir répondre à tous les appels et les cris de son enfant, mais il arrive que pendant cette période la mère vive une phase de grande fatigue, ce qui l'empêche de s'occuper de son enfant et de le protéger contre les pouvoirs menaçants et les esprits. Il arrive aussi qu'elle représente un danger pour son bébé. De la présence de ce risque dérive l'analogie que les gens font entre la mère et « le Djinn Kattous Nifâs ». La mère avec son instinct maternel fait penser à une chatte qui s'occupe et protège ses chatons, mais il arrive que cette même mère chatte se retourne contre ses propres petits, voire les mange.
Dans l'univers de la culture traditionnelle tunisienne, la période du post-partum est considérée comme une période essentielle : après l'accouchement, commence une grande série de différents soins qui consistent en des pratiques corporelles et rituelles dont le but est d'accompagner la mère, de la soutenir et de la prévenir ou de guérir les troubles susceptibles de l'atteindre. Plusieurs méthodes existent pour guérir de ces troubles causés par le djinn. Parmi ces méthodes, il y' a les thérapies coraniques, où il est hors de question de négocier avec le djinn. Pour le chasser en dehors du corps, "le cheikh" ou "le meddeb" (le chaman) prie en implorant dieu d'agir contre l'être invisible. Dans le cas du djinn Kattous Nifâs, le "meddeb " écrit une "Kitâba", un texte du Coran, qu'il faut dissoudre dans l'eau et boire. Si le djinn persiste et refuse de quitter le

corps, alors le "meddeb" organise une "hadhra", une sorte de cérémonie religieuse d'exorcisme. Il est aussi important de souligner que les soins diffèrent selon la gravité des cas. En ce qui concerne les somatisations et la dépression, on utilise les bandages et les inhalations de plantes, mais en ce qui concerne la "folie" et les visions, des rites plus extrêmes sont utilisés : effectuer des scarifications, des cautérisations à l'aide de la patte coupée d'un chat ou bien égorger un chat au-dessus de la tête de l'accouchée. De cette façon, la frayeur est guérie par la frayeur.

Le chat du post-partum « Kattous Nifâs » est une métaphore culturelle qui a aussi pour but de déculpabiliser la mère, pour ne pas la rendre responsable du rejet de son enfant et de l'ensemble des troubles qui peuvent la rendre malade. En dressant un tableau clinique de tous les symptômes somatiques et psychologiques qui apparaissent dans la période du post-partum tels que la fièvre puerpérale, le saignement, les troubles de l'humeur, l'angoisse, etc…. , ainsi on ne peut que constater, voire confirmer, que cette conception de « Kattous Nifâs » est comme « un modèle explicatif » utilisé surtout dans le milieu rural afin de donner du sens, de comprendre et de gérer les problèmes que l'accouchée pourrait vivre dans la période post-partum.

À la suite des 40 jours du " Nifâs ", la femme en question va se purifier et le djinn ne pourra plus l'attaquer. En revanche, si cet épisode persiste, il ne serait plus question de djinn mais plutôt de « mauvais œil ».

3. Troubles psychopathologiques du post-partum

La période périnatale est souvent associée à des changements physiques et psychologiques ainsi qu'à un risque d'apparition de symptômes et de troubles psychopathologiques dont la sévérité et la gravité varient d'une femme à l'autre.

a. Le blues du post-partum

Connu aussi sous l'appellation de baby-blues, il survient dans les 10 premiers jours après la naissance (avec un pic entre le 3ème et le 5ème jour) et touche entre 50 et 70% des femmes (Martinez, Johnston-Robledo, Ulsh, & Chrisler, 2001). Cet état non-pathologique transitoire se manifeste à travers une hypersensibilité chez la mère, avec des crises de larmes accompagnées parfois de tristesse, d'irritabilité, de manifestations anxieuses, et d'un sentiment d'indifférence envers le bébé dans certains cas. Ce sentiment est souvent difficilement vécu par la mère. Les symptômes du baby-blues s'atténuent généralement entre le 10ème et le 15ème jour après la naissance, sauf dans le cas d'une évolution vers une dépression du post-partum.

b. La dépression du post-partum

La dépression du post-partum (DPP) a toujours mobilisé l'intérêt clinique des professionnels de la périnatalité en raison de son impact sur les interactions mère-enfant, de ses conséquences sur la santé mentale de la mère ainsi que sur le développement psychologique des enfants. Comparativement aux blues du post-partum, la DPP s'installe plus tard et dure plus longtemps avec des risques plus graves sur la santé de la mère et de l'enfant.

La prévalence de ce trouble se situe entre 15% et 20%. Deux pics de survenue de la DPP sont à noter : entre la 4ème et la 6ème semaine après l'accouchement et lors du 2ème semestre post-partum. Le tableau clinique de la DPP inclut les troubles de l'humeur, l'anhédonie, l'irritabilité, la perte d'intérêt, les troubles de la mémoire et de la concentration, les troubles anxieux, les troubles du sommeil. La majorité des femmes qui souffrent de DPP expriment de la honte et de la culpabilité

quant au fait d'être distante de leur enfant, de se sentir incompétente dans leur rôle de mère et de ne pas supporter les pleurs de leur bébé.

Les symptômes, l'évolution et les conséquences d'une DPP sont comparables aux troubles dépressifs majeurs. Sans diagnostic de ce trouble et accompagnement thérapeutique adapté, la DPP peut avoir un impact majeur sur la relation mère-enfant avec des conséquences sévères sur le développement de l'enfant (O'Higgins, Roberts, Glover, & Taylor, 2013; Rahman, Iqbal, & Harrington, 2003).

c. La psychose puerpérale

Ce trouble psychiatrique est parmi les grandes urgences du post-partum. Il touche environ 1 à 2 femmes sur 1000 accouchements. La psychose puerpérale s'installe rapidement après la naissance. Le tableau clinique de cette pathologie comprend principalement des décompensations délirantes de survenue brutale ou progressive, des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur mélancolique et/ ou maniaque, des hallucinations auditives et/ou visuelles. Une prise en charge psychiatrique avec hospitalisation est nécessaire afin de protéger la mère et l'enfant d'un risque d'un passage à l'acte infanticide ou suicidaire.

Chapitre 2 : Trouble du Stress Post-Traumatique à la suite de l'accouchement

Malgré l'avancée de la science et de la société moderne, l'utopie d'une grossesse et d'une naissance heureuse continue d'exister. Les femmes continuent de subir la pression des contextes socioculturels, qui dans la plupart des cas génèrent des attentes parfois très élevées par rapport à l'état psychique maternel après l'accouchement, alors que cette étape de vie s'associe souvent à des états transitoires d'anxiété, de stress et d'ambivalence. Ces états psychiques font parfois partie d'une transition normale vers la parentalité tandis que dans d'autres cas, ils vont parfois s'associer à des états pathologiques.

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs chercheurs ont étudié l'hypothèse d'un vécu traumatique de l'accouchement par certaines femmes, ainsi que le développement de stress post-traumatique suite à l'accouchement auprès de populations d'origine ethnique différente (Adewuya, Ologun, & Ibigbami, 2006; Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; Susan Ayers & Pickering, 2001; Imširagić, Begić, Šimičević, & Bajić, 2017; Moghadam, Shamsi, & Moro, 2015; Olde, van der Hart, Kleber, & van Son, 2006).

1. Nosologie

Dans la version IV du DSM (DSM-IV-TR), le stress post-traumatique était classé dans la catégorie des troubles anxieux. En 2013, l'American Psychiatric Association (APA) a apporté des modifications dans cette catégorie. Désormais, dans la nouvelle édition du DSM 5, le Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT), auparavant connu sous l'appellation "Etat de Stress Post-traumatique ou ESPT", est classé dans une nouvelle catégorie distincte nommée « Troubles consécutifs aux traumatismes et au stress » ou encore « Trauma and Stress Related Disorder » (American Psychiatric Association, 2013).

- ***Le passage des classifications diagnostiques liées au stress post-traumatique du DSMVI au DSM 5 :***

Cinq modifications principales sont à noter dans le passage des classifications diagnostiques liées au stress post-traumatique du DSM IV au DSM 5.

- La première modification concerne le critère A. En plus des évènements traumatiques qui ont été cités dans le DSM IV tels que la mort, la menace de mort, les blessures graves, etc…, dans cette nouvelle édition du DSM 5, on trouve : les agressions sexuelles et/ ou la menace d'agressions sexuelles ainsi que l'exposition de manière répétée à des récits aversifs de l'évènement traumatique. Le DSM 5 reconnait aussi que même les victimes indirectes peuvent souffrir d'un trouble de stress post-traumatique du fait de leur proximité émotionnelle avec la victime directe. Une autre nouveauté significative à noter concerne les sentiments liés aux réactions émotionnelles tels que la peur intense, l'impuissance et l'horreur. Ces sentiments ne font plus partie des symptômes que la victime doit nécessairement manifester pour que la présence d'un trouble de stress post-traumatique soit reconnue.

- La deuxième modification concerne le nombre de critères et l'introduction de nouveaux signes cliniques. Dans cette nouvelle édition, le diagnostic du TSPT est basé sur 4 critères diagnostiques, incluant 20 signes cliniques contre précédemment 3 grands critères et 17 symptômes mentionnés dans le DSM IV. On retrouve le critère d'intrusion et des reviviscences (Critère B ou "présence de symptômes envahissants associés à un ou plusieurs événements traumatique"). Les évitements et l'émoussement de la réactivité générale qui ont été regroupés en un seul critère forment la catégorie « évitement » (Critère C ou "évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatique"). Une nouvelle catégorie (D ou "altération négative des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques") a été créée. Cette catégorie regroupe les symptômes d'engourdissement émotionnel et de nouveaux symptômes tels que le blâme persistant par rapport à soi et/ou autrui et les émotions négatives persistantes de l'humeur (crainte, horreur, colère, culpabilité et/ou honte). Le quatrième critère (E ou "altération marquée de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques") concerne les symptômes de l'hyper-activation neurovégétative et de l'hyperactivité. Cette catégorie reprend les signes cliniques du

critère D du DSM IV plus un signe clinique supplémentaire sur les comportements imprudents ou autodestructeurs.

- La troisième modification concerne la durée des symptômes (critère F). Le DSM 5 retire la spécification liée à l'évolution du trouble qu'on retrouve dans le DSM IV-R. Autrement dit, on ne retrouve plus la distinction entre TSPT aigu (durée des symptômes compris entre 1 et 3 mois) et TSPT chronique (durée des symptômes supérieurs à 3 mois). Pour le DSM 5 toute personne présentant les critères diagnostiques du TSPT depuis une durée supérieure à un mois est considérée comme souffrante d'un trouble de stress post-traumatique.
- La quatrième modification concerne le diagnostic du TSPT qui ne peut pas être posé chez une personne sous l'emprise d'une substance comme les médicaments, l'alcool et/ou les drogues (critère H).
- Enfin, la cinquième modification porte sur une précision dans le diagnostic concernant les symptômes de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Ces signes permettent de déterminer si la personne présente des symptômes dissociatifs en plus des symptômes traumatiques.

Le tableau ci-dessous résume les grands changements dans le passage du DSM IV au DSM 5.

Tableau 1 : Tableau descriptif des modifications apportées au diagnostic du stress post-traumatique entre le DSM IV et le DSM 5

American Psychiatric Association	
DSM IV	***DSM 5***
Critère A	
- Mort ou menace de mort, - Blessures graves ou la menace de telles blessures, - Menace pour l'intégrité physique, - Seules les victimes directes peuvent souffrir d'un trouble post-traumatique aigu ou chronicisé,	  Apprendre que l'évènement est arrivé à un ami proche ou parent, ++ Agression sexuelle et la menace d'une telle agression, ++ Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails aversifs de l'évènement,
- La réaction s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.	N'exige pas que la personne ait manifesté une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur face à l'évènement.

Critère B (intrusion)	
- Images déplaisantes concernant l'évènement, - Rêves et/ou cauchemars récurrents, - Reviviscences de l'évènement traumatique (des flash-back) - Pensées et perceptions intrusives provoquant un sentiment de détresse.	 ++ Réactions dissociatives
Critère C (Evitement)	
- Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme, - Emoussement de la réactivité générale.	- Evitement des pensées, émotions ou conversations qui pourraient rappeler l'évènement traumatique, - Evitement des activités, endroit ou personnes qui éveillent des souvenirs de l'évènement traumatique.
Critère D (Altération cognitive et émotionnelle associées à l'évènement traumatique)	
	- Incapacité à se rappeler d'un aspect important de l'événement, - Perceptions négatives, persistantes et exagérées de soi, des autres, ou du monde - Blâme persistant exagéré de soi/ autres quant aux causes et/ ou conséquences de l'évènement - État émotif négatif envahissant (peur, horreur, colère, culpabilité ou honte); - Perte d'intérêt ou de participation marquée pour des activités importantes, - Sentiment de détachement émotionnel ou d'éloignement des autres, - Incapacité persistante à ressentir des émotions positives.

Critère D (Hyper-activation neurovégétative)	***Critère E (Hyper-activation neurovégétative)***
- Troubles du sommeil, - Irritabilité, colère, - Problèmes de concentration, - Hypovigilance, - Réactions exagérées de sursaut.	  ++ Comportements imprudents et/ou autodestructeurs.
Critère E (Durée des symptômes)	***Critère F (Durée des symptômes)***
>1mois = Aigue >3 mois = Chronique	>1mois
	Critère H
	- Les troubles ne peuvent être attribués à la prise de médications, à une substance psychotrope ou à une maladie.

2. Prévalence

Remarque : ***Toutes les études citées dans cette partie ont utilisé les critères diagnostiques du DSM IV pour étudier le stress post-traumatique, c'est pourquoi nous avons choisi l'abréviation ESPT (Etat de Stress Post-Traumatique) et non pas la nouvelle abréviation TSPT (Trouble Stress Post-Traumatique) proposée dans le DSM 5***.

Depuis la fin des années 1990, plusieurs recherches ont été conduites dans le but de déterminer la prévalence du stress post-traumatique à la suite de l'accouchement. Toutefois, ces prévalences varient selon les critères d'inclusion de chaque étude.

Dans une méta-analyse réalisée par Grekin & O'Hara (2014), on trouve une prévalence moyenne de 3,17% auprès d'une population de femmes ayant eu une grossesse et un accouchement sans complications particulières. Ce taux est confirmé par une revue de littérature récente réalisée sur 28 études et qui situe la prévalence de ce trouble autour de 4% dans une population de femmes simples[1] (Yildiz et al., 2016).

Si on considère la population de femmes présentant un risque périnatal élevé, tel qu'un accouchement prématuré, le taux d'ESPT s'élève à 15% (Grekin & O'Hara, 2014) et peut atteindre plus de 18% (Yildiz et al., 2016) chez les femmes ayant eu des complications durant la grossesse et l'accouchement.

Les recherches suggèrent aussi que la prévalence de l'ESPT varie selon le moment d'évaluation après l'accouchement. Elle est en moyenne de 4,48% quatre à six semaines après l'accouchement, diminue à 1,44% à 3 mois post-partum puis rejoint les 4,9% si on la mesure six mois après l'accouchement dans des populations de femmes simples (Yildiz et al., 2016).

Il faut souligner l'importance de l'outil d'évaluation utilisé. En effet, des études montrent qu'il y a une différence entre les prévalences évaluées avec des mesures basées sur un diagnostic d'ESPT complet (présence des critères A, B, C et D du DSM IV) et celles qui se réfèrent à un certain nombre de symptômes d'ESPT (Boals & Hathaway, 2010; Grekin & O'Hara, 2014)

Si on se réfère aux études réalisées sur l'ESPT à la suite de l'accouchement selon les continents, on trouve que la prévalence de l'ESPT varie selon le contexte socioculturel. On relève par exemple un taux d'ESPT de 2% dans les pays occidentaux (Susan Ayers, Harris, Sawyer, Parfitt,

[1] Population de femmes simples = femmes n'ayant pas eu de complications durant la grossesse et l'accouchement

& Ford, 2009; Denis & Callahan, 2009; Maggioni et al., 2006; Stramrood et al., 2011). En Afrique, une seule étude réalisée par Adewuya et al. (2006) fait état d'un taux de 5,9%. Dans les pays de l'Orient, des études réalisées en Iran montrent une prévalence de ce trouble beaucoup plus importante par rapport aux pays de l'Occident. Cette prévalence varie entre 16,4% et 17% (Modarres, Afrasiabi, Rahnama, & Montazeri, 2012; Soltani, Abedian, Mokhber, & Esmaily, 2015) et s'élève jusqu'à 32% et 39% dans d'autres études (Moghadam et al., 2015; Vizeh et al., 2012). Toutefois, les auteurs de ces études n'indiquent pas s'ils ont différencié les femmes qui n'ont pas eu de complications lors de leur accouchement de celles qui ont vécu un accouchement prématuré, des complications obstétricales ou une mort fœtale, etc.

Concernant la fréquence des symptômes d'ESPT, certaines études avancent que la prévalence d'un ESPT partiel selon la présence des critères diagnostiques B, C et D du DSM IV[2] est de 3 à 5% (Alcorn et al., 2010; Stramrood et al., 2011). Cette prévalence peut aller de 28 à 33% si on ne prend en compte que deux critères diagnostiques (Cigoli et al., 2006; Maggioni et al., 2006).

Maintenant, si on s'intéresse à la fréquence de chaque critère, on trouve que dans le post-partum, les femmes présentent significativement plus de symptômes d'hyperactivité neurovégétative (de 25 à 27%), suivis des symptômes d'intrusion (de 12 à 15%) et d'évitement (de 2 à 7%) (Susan Ayers et al., 2009; Cigoli et al., 2006; Lemola, Stadlmayr, & Grob, 2007; Maggioni et al., 2006). La différence entre la fréquence des symptômes d'hyperactivité neurovégétative et de l'évitement pourrait s'expliquer par le fait que l'expression significative des symptômes d'hyperactivité neurovégétative est en grande partie la conséquence des changements physiologiques liés à l'arrivée du nouveau-né. En effet, les premières semaines du post-partum, les femmes manquent de sommeil à cause des réveils répétés du bébé et peuvent encore souffrir de douleurs en lien avec leur accouchement, ce qui pourrait expliquer des symptômes tels que les difficultés de concentration, l'irritabilité et l'hypovigilance, etc. La faible fréquence des symptômes d'évitement pourrait s'expliquer, quant à elle, par le fait que la maternité ainsi que les soins postnataux de routine qui nécessitent parfois le déplacement à l'hôpital, rendent plus difficile pour les femmes l'évitement de rappels de l'accouchement (Susan Ayers et al., 2009).

[2] Selon le DSM IV : Critère B = Intrusion ; Critère C = Evitement ; Critère E = Hyper-activation neurovégétative

Tableau 2 : Prévalence de l'ESPT postnatal dans les études quantitatives réalisées entre 2006 et 2015

ESPT suite à l'accouchement						
Auteur/ Année	*Pays*	*Mesure*	*Période/Prévalence*			
			1- 6 mois		*6- 12 mois*	
Population sans risque obstétrical						
Adwuya et al. (2006)	Nigeria	MINI	6 semaines	5,9%	-	-
Alcorn et al. (2010)	Australie	PDS	4-6 semaines	3,6%	6 mois -	5,8%
Ayers et al. (2009)	UK	PDS	3 mois	2,5%	-	-
Denis et al. (2008)	France	IES-R	1-4 mois	4,6%	9 mois	2,9%
Ford & Ayers (2011)	UK	PDS	3 mois	0,9%	-	-
Grigoriadis et al. (2011)	Canada	MINI	4 mois	0%	-	-
Heagen et al. (2015)	Pays-Bas	PSS-SR	3 mois	0,6%	10 mois	0,3%
Maggioni et al. (2006)	Italie	PTSD-Q	3-6 mois	2,4%	-	-
Polachek et al. (2012)	Israël	PDS	4-6 semaines	3,4%	-	-
Schwab et al. (2012)	Australie	PDS	4-6 semaines	21%	-	-
Seng et al. (2013b)	USA	NWS-PTSD	4-6 semaines	6%	-	-
Soderquest et al. (2009)	Suède	TES	4-6 semaines	1,7%	11 mois	0,9%
Stramrood et al. (2011)	Pays-Bas	TES	2-6 semaines	1,2%	-	-
Tavares et al. (2012)	Brésil	MINI	1-3 mois	3,6%	-	-
Vossbeck-Elsebusch et al. (2014)	Allemagne	PDS	1-6 mois	11,1%	-	-
Population avec risque obstétrical élevé						
Abedian et al. (2013)	Iran	PCI	4-6 semaines	16,4%	-	-
Ammerman et al. (2012)	USA	SCID	-	-	6mois	37,6%
Muzik et al. (2013)	USA	NWS-PTSD	-	-	6mois	43,1%
Shlomi Polachek et al. (2015)	Israël	PDS	4-6 semaines	9,9%	-	-
Soltani et al. (2015)	Iran	PCI	4-6 semaines	17%	-	-

3. Facteurs de risque

Les différentes recherches réalisées sur la symptomatologie traumatique durant la période postnatale ont permis d'identifier plusieurs facteurs de risques en lien avec l'ESPT post-partum.

a. Les facteurs sociodémographiques

Les données sur les facteurs sociodémographiques sont contradictoires. Pour certains chercheurs, ***le statut marital*** et ***l'âge*** de la femme ne sont pas associés à l'ESPT (Olde et al., 2005; Stramrood et al., 2011). Tandis que pour d'autres auteurs, les femmes célibataires ou divorcées sont plus à risque de développer un ESPT dans le post-partum (Montmasson, Bertrand, Perrotin, & El-Hage, 2012). En ce qui concerne l'âge, des chercheurs comme Iles et al. (2011) avancent l'hypothèse selon laquelle les femmes plus âgées sont plus réalistes par rapport à l'accouchement et pourraient avoir vécu plusieurs expériences stressantes dans la vie, cela leur permettrait de s'adapter de manière plus efficace aux situations stressantes, en l'occurrence à l'accouchement, par rapport aux femmes plus jeunes. En ce qui concerne ***le niveau d'éducation***, la majorité des études s'accordent sur l'absence d'impact de ce facteur sur la survenue d'un ESPT dans le post-partum (Adewuya et al., 2006; Imširagić et al., 2017; Moghadam et al., 2015; Stramrood et al., 2011).

b. Les facteurs médicaux et obstétricaux :

Les facteurs médicaux et obstétricaux peuvent être prénataux ou périnataux. Plusieurs études ont montré que ***la primiparité*** (Cigoli et al., 2006; Moghadam et al., 2015) ainsi que ***les complications vécues durant la grossesse***, telles que les hospitalisations répétées et les menaces d'accouchement prématuré (Maggioni et al., 2006), peuvent être prédictives d'un ESPT post-partum.

Quant aux facteurs périnataux, ils impliquent principalement ***les césariennes d'urgence*** (Fairbrother & Woody, 2007; Soderquist et al., 2009) et ***l'utilisation d'instruments*** pendant l'accouchement vaginal (Alcorn et al., 2010; Susan, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009).

Toutefois, les données sur les facteurs obstétricaux restent contradictoires (Sorenson & Tschetter, 2010) et plusieurs chercheurs insistent sur le fait que, même si l'accouchement ne se déroule pas comme prévu, ce sont les représentations cognitives de la femme vis-à-vis de son accouchement qui vont être prédictives ou non d'un ESPT dans le post-partum (Ford, Ayers, & Bradley, 2010; Maggioni et al., 2006).

c. Les facteurs personnels :

Ces facteurs sont représentés principalement par : les troubles pré-morbides liés à l'histoire psychiatrique de la parturiente tels que ***les antécédents de traumas antérieurs*** (Soet, Brack, & Dilorio, 2003). En effet, certaines études montrent que les femmes ayant fait l'expérience d'une fausse couche antérieure, d'une interruption médicale de grossesse ou ayant vécu un décès précoce d'un nouveau-né sont plus à risque de développer un ESPT post-partum (Garthus-Niegel et al., 2014; Maggioni et al., 2006). D'autres facteurs comme ***l'anxiété-trait*** (Keogh, Ayers, & Francis, 2002; Verreault et al., 2012), ***une dépression prénatale*** (Soderquist et al., 2009), ou encore les épisodes dépressifs notamment en lien avec une grossesse antérieure sont corrélés aux symptômes d'un ESPT postnatal.

Les antécédents de traumas sexuels favoriseraient aussi le développement de la symptomatologie traumatique (Soet et al., 2003). Des études réalisées auprès de femmes ayant subi un viol pendant l'âge adulte ont montré que lors du premier accouchement, et quel que soit le mode d'accouchement pratiqué, ces femmes ont eu une réactivation de leur trauma antérieur, ce qui favorisait l'apparition d'un ESPT dans le post-partum (Halvorsen, Nerum, Øian, & Sørlie, 2013; Nerum, Halvorsen, Sørlie, & Øian, 2006).

Le vécu négatif de l'accouchement et la détresse émotionnelle peuvent aussi être associés au développement d'un ESPT post-partum. Certaines études soulignent que la durée du travail (Olde et al., 2005; Verreault et al., 2012), la peur et la douleur perçues durant l'accouchement comme un sentiment de détresse et de menace vitale (Boudou, Séjourné, & Chabrol, 2007; Imširagić et al., 2017), le sentiment de perte de contrôle et d'impuissance (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012; Nicholls & Ayers, 2007; Soet et al., 2003) constituent des facteurs liés au risque de développement d'un ESPT postnatal. Ainsi, même si l'équipe médicale estime que l'accouchement s'est déroulé sans complications particulières, c'est la perception des complications par la mère qui serait associée à l'ESPT (Montmasson et al., 2012).

Dans ce même contexte, Denis & Callahan (2009) font part de l'importance des représentations et des attentes de la femme vis-à-vis de la mise au monde d'un bébé et de l'impact de la non cohérence entre ces représentations et le déroulement réel de l'accouchement sur le développement de troubles psychopathologiques tel que l'ESPT dans le post-partum.

Les cours d'éducation prénatale semblent être associés significativement à ce trouble. Dans une étude réalisée par une équipe de chercheurs en Turquie, on trouve que, par rapport à un groupe contrôle, le suivi des cours de préparation à la naissance a permis aux femmes enceintes de renforcer leur sentiment d'auto-efficacité, d'avoir un meilleur sentiment de contrôle de la situation et d'avoir moins peur de l'accouchement, et par conséquent de présenter moins de symptômes d'ESPT post-partum (Gökçe İsbir, İnci, Önal, & Yıldız, 2016).

d. Les facteurs interpersonnels :

Les facteurs interpersonnels étudiés sont principalement le soutien social perçu et la perception du soutien de la part de l'équipe soignante. En ce qui concerne le soutien social perçu, plusieurs études ont montré un lien significatif entre un faible soutien social de la part du conjoint, de la famille ou de l'entourage et le développement d'un ESPT post-partum (Czarnocka & Slade, 2000; Soet et al., 2003).

Toutefois, dans une méta-analyse réalisée sur les facteurs prédictifs au développement de l'ESPT chez l'adulte, les auteurs ont souligné que pour que le soutien social soit perçu comme satisfaisant et soit utilisé comme stratégie de faire face, un certain temps doit passer entre l'évènement traumatique et l'évaluation de l'ESPT. En effet, les auteurs expliquent que juste après l'évènement traumatique, les femmes ont des difficultés à percevoir le soutien social dont elles bénéficient et elles ont besoin de temps pour prendre du recul vis-à-vis de l'évènement traumatique et ainsi se rendre compte du soutien de leur entourage. D'ailleurs les auteurs soutiennent l'hypothèse d'un effet cumulatif du soutien social perçu qui progresse en fonction du temps (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).

Concernant le manque de soutien au développement de l'autonomie de la part de l'équipe soignante, des études ont montré que ce facteur peut être prédictif au développement de l'ESPT dans le post-partum (De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011). L'équipe soignante joue un rôle important pour informer, guider et soutenir la femme tout au long de la période périnatale. Des études ont montré que le soutien de l'équipe soignante pouvait être un facteur protecteur

face au développement de l'ESPT suite à l'accouchement. Une perception positive de l'équipe soignante durant l'accouchement a été associée à une diminution de l'ESPT, que ce soit pour les femmes avec des antécédents de traumas ou pour les femmes qui ont subi des interventions plus complexes durant leur accouchement (De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011).

En somme, on peut dire que l'Etat de Stress Post-Traumatique suite à l'accouchement n'est pas la conséquence d'un évènement en particulier mais le résultat de l'interaction entre une multitude de facteurs, qu'il s'agisse de facteurs obstétricaux et/ou de facteurs personnels ou interpersonnels survenus durant la grossesse ou pendant l'accouchement (S. Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016). D'autres facteurs comme le soutien social perçu et les stratégies d'adaptation au stress sont aussi des éléments à prendre en considération. Les cours de préparation à la naissance peuvent expliquer en partie la différence de prévalence entre les femmes des pays développés et celles des pays en cours de développement dans lesquels ce type de cours n'existe pas ou se trouve réservé aux femmes de classe aisée.

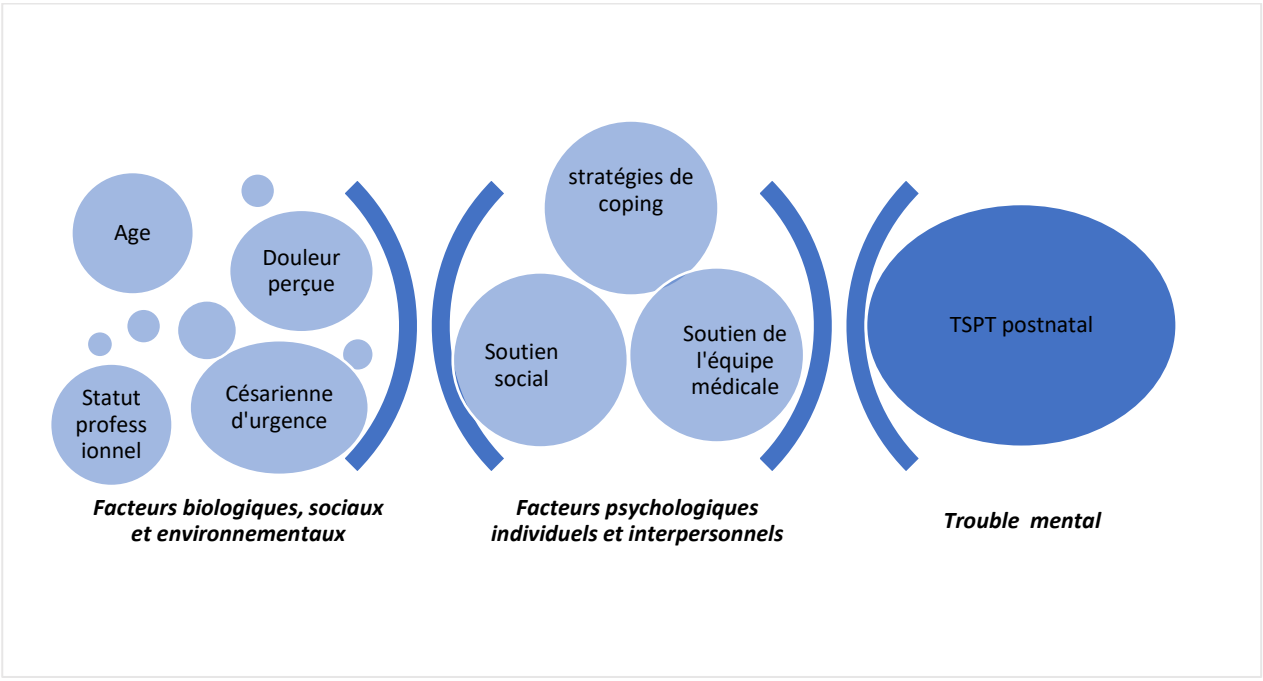


Figure 3 : Synthèse des Facteurs de risque liés au développement du TSPT postnatal

Chapitre 3 : Modèle Processuel transdiagnostique

L'approche transdiagnostique a été évoquée pour la première fois par Harvey et al. (2004). Elle s'est élaborée à partir d'un double constat, d'une part, la prévalence élevée des troubles comorbides dans les approches catégorielles qui se réfèrent aux critères diagnostiques du DSM, et d'autre part, la présence de processus psychologiques communs aux différents troubles mentaux. Ces processus peuvent déterminer de manière causale le développement et/ou le maintien de troubles de santé mentale. En effet, cette approche suppose que des processus psychologiques émotionnels, cognitifs et comportementaux sont à l'origine de l'expression des troubles mentaux et que plusieurs troubles peuvent être sous-tendus par les mêmes processus psychologiques (Harvey et al., 2004; Nef, Philippot, & Verhofstadt, 2012).

Quant au postulat de la primauté des processus psychologiques, il a été avancé par Kinderman dans son « Modèle des troubles mentaux par médiation psychologique » (Kinderman, 2005; Kinderman & Tai, 2007). Ainsi, les auteurs s'interrogeaient sur la pertinence de l'utilisation du modèle bio-psycho-social dans l'étude des troubles mentaux (Engel, 1981), car ce modèle donne trop souvent un rôle secondaire aux facteurs psychologiques, tout en prétendant les mettre au même plan que les facteurs biologiques et sociaux. Suite à cette constatation, Kinderman et ses collaborateurs ont proposé une nouvelle approche (figure 4) dans le domaine de santé mentale qui suggère que les troubles psychopathologiques sont influencés par des facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels mais à travers la médiation des processus psychologiques (Philippot, Bouvard, Baeyens, & Dethier, 2015). Ces auteurs ont bien précisé que le dysfonctionnement des processus psychologiques serait la cause proximale des troubles mentaux alors que les facteurs biologiques, sociaux et circonstanciels seraient les causes distales médiatisées par les processus psychologiques.

Cette approche part de deux postulats de base : le premier suppose que différents troubles mentaux résultent de processus psychologiques communs (***Approche transdiagnostique***), et le deuxième supporte l'hypothèse de la primauté des processus psychologiques dans le développement des troubles mentaux (***Modèle des troubles mentaux par médiation psychologique***).

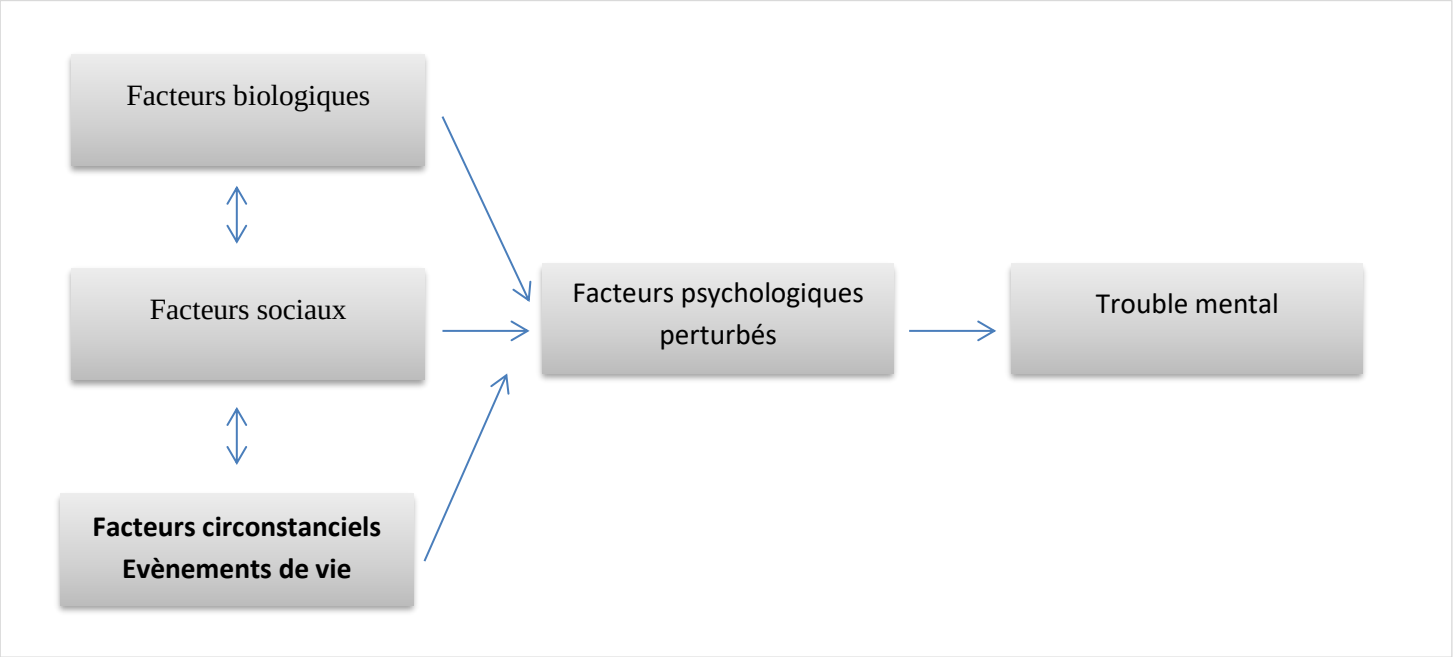


Figure 4 : Modèle de la détermination des troubles mentaux de Kinderman et Tai (2007)
Kinderman and Tai's (2007) mental disorder determination model

À la suite de l'intégration dans le modèle de ces deux postulats, Nef et ses collaborateurs ont proposé de compléter le modèle transdiagnostique (Nef et al., 2012). Dans ce modèle, Nef et ses collaborateurs (figure 5) ont introduit les effets des processus interindividuels en interaction avec ceux des processus individuels. Ces deux types de processus conservent les mêmes déterminants biologiques, sociaux et circonstanciels et vont s'influencer mutuellement. Les auteurs ont aussi inclus les conséquences des problèmes psychologiques qui peuvent être à court ou à long terme. Ces conséquences peuvent aussi influencer le maintien des problèmes psychologiques (Nef et al., 2012).

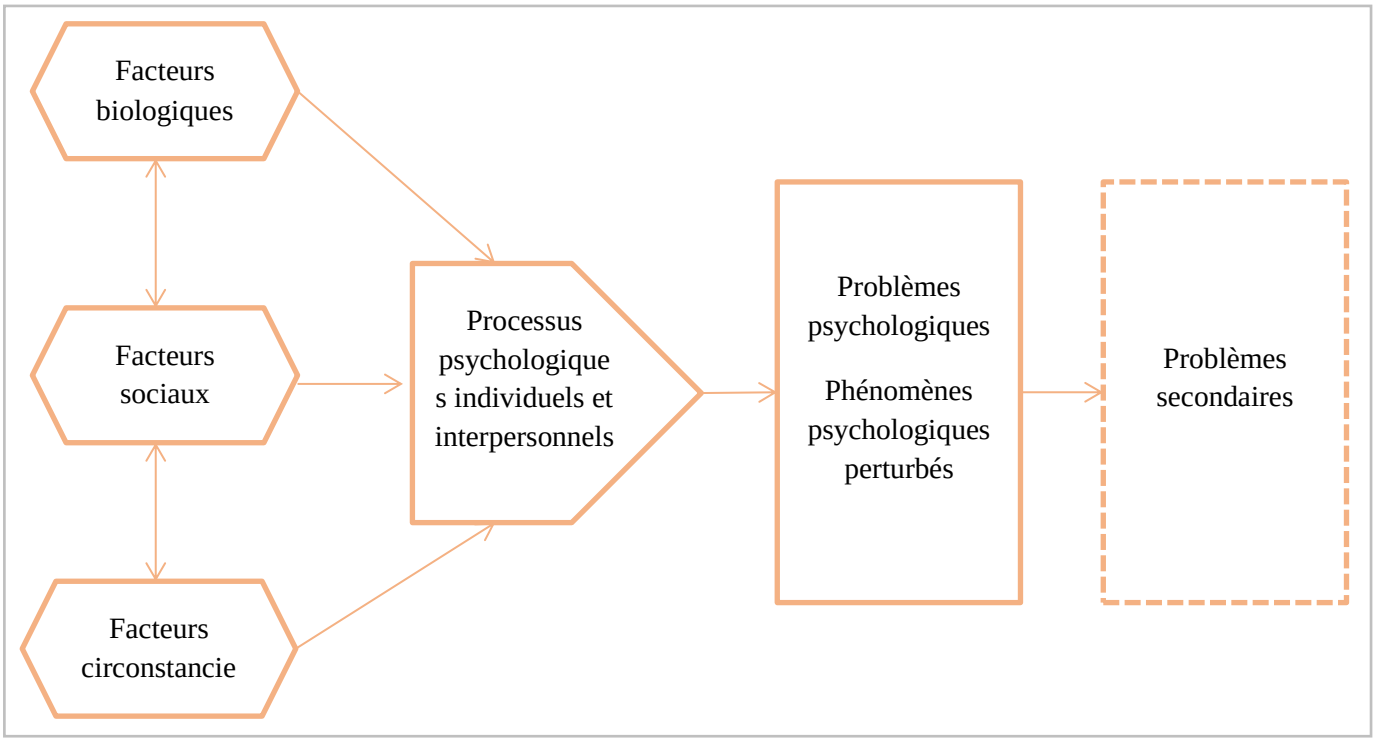


Figure 5 : Approche processuelle proposée par Nef et al. (2012)

L'approche processuelle transdiagnostique présente plusieurs avantages parmi lesquels on peut citer : l'explication et le traitement des troubles comorbides associés à la problématique principale ainsi que le traitement simultané de plusieurs troubles en agissant sur les processus communs. Cette méthode joue un rôle important dans la généralisation des effets thérapeutiques d'un trouble à l'autre, ainsi que dans la prévention de divers troubles en ciblant les facteurs de risque communs à différentes problématiques.

En se référant à cette approche, la prise en charge psychothérapeutique des patients se fera donc en deux étapes. La première consisterait à identifier les processus psychologiques responsables du développement et du maintien du trouble de santé mentale. Dans la deuxième étape, l'objectif serait d'agir sur les processus afin d'éliminer le trouble mental ainsi que les troubles comorbides associés (Philippot et al., 2015). L'objectif du thérapeute serait donc de supprimer la cause du maintien du trouble.

Chapitre 4 : Relations entre la mère et son enfant

Depuis les premiers travaux de René Spitz en 1947 sur le syndrome de « l'hospitalisme » suivi par ceux de l'ethnologue américain Harray Harlow en 1958 sur l'importance du contact physique et de l'accompagnement dans les premiers stades de développement chez les primates, une importance particulière a été accordée à la notion de l'attachement. Ainsi, plusieurs modèles théoriques ont été proposés pour illustrer l'attachement tout au long de la vie.

1. Attachement de l'enfant envers son tuteur

Vers la fin des années soixante, John Bowlby a publié une série de résultats et de recherches menée pendant la deuxième guerre mondiale auprès de jeunes enfants hospitalisés. Ces recherches ont montré l'effet de la séparation, la perte et le deuil sur le développement des relations d'attachement chez les enfants. Les travaux de Bowlby sont considérés comme pionniers dans le domaine de la psychologie du développement. Selon Bowlby, l'attachement est défini comme un lien puissant qui unit deux personnes. Il s'agit d'un système comportemental biologiquement déterminé. Dans sa théorie, Bowlby souligne l'importance de la formation d'une relation affective stable et durable entre l'enfant et sa figure d'attachement comme composante indispensable pour son développement socio-affectif futur. Dès sa naissance, l'enfant est doté d'un système d'attachement qui va lui permettre d'assurer sa survie. Ainsi, les comportements d'attachement comme les pleurs, les sourires, les vocalises vont susciter l'intérêt de sa figure d'attachement qui va apporter une réponse à ses besoins de nourriture, de protection et d'affection.

Selon Bowlby (1969), les réponses de la figure d'attachement face aux comportements d'attachement de l'enfant vont déterminer les « Internal Working Model » ou « Modèles Internes Opérants » (M.I.O) chez l'enfant. Les M.I.O sont défini comme des représentations mentales, conscientes ou inconscientes « du monde extérieur et de soi, à partir desquelles l'individu perçoit les évènements, entrevoit le futur et construit des plans ». Ils commencent à s'installer entre six et neuf mois et se stabilisent vers cinq ou six ans. Ces schémas mentaux fonctionnent comme un enregistreur des premiers modes d'interaction avec la figure d'attachement. Cette intériorisation du modèle parental donne les bases pour les relations futures. Ainsi, à l'âge adulte, ce sont les représentations mentales mises en place précédemment qui déterminent la capacité à former et à réguler les liens affectifs. Dans ce sens, Hazan &

Shaver (1994) avancent que l'expérience de parentalité est influencée par les représentations que la personne adulte garde de son expérience avec ses propres parents.

Dans les années 1960, Mary Ainsworth, une psychologue américaine, a voulu valider empiriquement les notions théoriques de Bowlby par l'intermédiaire de la « situation étrange ». Ce protocole expérimental permet une évaluation qualitative du type d'attachement. Il s'agit de faire subir à un enfant un léger stress. Pour cela, huit épisodes d'une durée totale de 20 à 25 minutes sont prévus dans une salle avec un miroir sans tain. Le dispositif implique deux séparations avec l'adulte ainsi qu'un contact avec une personne étrangère. Les réactions de l'enfant, en particulier lors des retrouvailles avec l'adulte renseignent le chercheur sur la qualité de son sentiment de sécurité. En 1969, Ainsworth met alors en place un protocole expérimental pour évaluer l'attachement entre l'enfant et sa mère. A partir des résultats obtenus et des comportements présentés par l'enfant lors de la séparation avec sa figure d'attachement, trois catégories de classification ont été proposées : « Anxieux-Évitant », « Attachement Sécurisé » et « Anxieux-Résistant ». Pendant les années 1980, Mary Main a poursuivi les travaux de Mary Ainsworth et a identifié une quatrième catégorie d'attachement qu'elle a nommé « attachement désorganisé ».

Les avancés de Bowlby, d'Ainsworth, de Main sur la théorie de l'attachement ont marqué l'histoire de la psychologie du développement et ancrées le concept « d'attachement ». Elles sont globalement en concordance avec les travaux réalisés parallèlement en Neurosciences Affectives durant les années 90. Travaux qu'il est indispensable de citer tant les recherches sur les processus neuronaux des émotions à travers la phylogénèse, recherches préconisées dans le cadre de Neurosciences Affectives ont renforcés la compréhension des échanges émotionnels lors des interactions entre congénères. En particulier, Panksepp à travers son livre « The aecheology of mind » publié en 2012 (Archéologie des émotions non encore traduit en français) a élaboré une approche qui présente 7 systèmes émotionnels, certains de ses systèmes pour assurer la survie des espèces et d'autres systèmes émotionnels pour assurer les interactions entre congénères.

Ce cadre conceptuel met particulièrement en lumière deux systèmes émotionnels qui sont au centre de nos intérêts. Le système que Panksepp appelle « *Grief-Panic* » qui monte que tout « petit » à travers l'arbre phylogénétique émet des signaux afin d'attirer l'attention du donneur de soin. Ce concept de « *Grief-Panic System »* est défini comme la panique, le chagrin lié à la séparation, à la perte, à la solitude. La détresse de séparation du nourrisson par rapport à la

personne qui lui donne les soins, elle peut susciter des réactions comparables à une attaque de panique avec des pleurs forts, les tentatives répétées de rejoindre l'adulte maternant. « *Grief-Panic System* » favorise la création du lien d'attachement entre le jeune et son tuteur. Pour Panksepp l'attachement est un système émotionnel secondaire qui dépend d'un apprentissage lors d'interactions. Trop d'expériences précoces de détresse liées à des séparations entraîneraient une sur-sensibilisation de système « *Grief-Panic* ». Cette hypersensibilisation amènerait ensuite une hyper-réactivité à toutes les situations de séparation et de perte. De plus, parmi les systèmes socio-émotionnels, Panksepp définit également le système « *Care* » qui permet de prendre soin de sa progéniture, d'avoir envie de s'occuper d'un petit, de le nourrir, le caresser, de l'envelopper, de faire des gestes tendres. Lorsque le « *Care system* » crée une expérience positive, il génère des affects positifs chez ceux qui prennent soin. Selon Panksepp, nous serions neurologiquement équipés pour avoir envie de prendre soin. Dans l'objectif d'améliorer les connaissances dans ce domaine du « prendre soin » et d'avoir une meilleure compréhension des processus en jeu, de nombreuses recherches se sont investi dans l'étude du développement du lien du tuteur envers le petit à travers des travaux de recherche couvrant un vaste spectre allant de la neurobiologie a la psychologie.

2. Attachement du parent envers l'enfant : développement du bonding

Après les travaux de Bowlby sur l'attachement, l'équipe de recherche de Marshall Klaus a mené une expérience auprès des femmes qui venaient d'accoucher et à qui il a été proposé de passer dix minutes ininterrompues, dans une chambre seule avec leurs bébés. Les chercheurs ont remarqué que contrairement aux premiers temps passés dans la salle d'accouchement, les mères étaient plus chaleureuses et affectives envers leur enfant. Suite à ces observations, Klaus & Kennell (1976) ont proposé d'envisager l'attachement sous l'angle de la relation de la mère envers son enfant. Ces auteurs étaient les premiers à introduire la notion du bonding. D'après Klaus et Kennell, le développement des liens entre la mère et son enfant reposent sur les sentiments de la mère à l'égard de l'enfant et n'a pas nécessairement besoin d'une réponse de la part de l'enfant. En effet, contrairement à l'attachement, considéré comme une relation à double sens et dans laquelle les deux parties (la mère et son enfant) sont actives, le bonding repose sur l'unilatéralité de la relation et une certaine « non-réciprocité » dans l'interaction. Il s'agit d'une relation, dans laquelle seule la mère est active et engagée. D'après Klaus et

Kennell, le bonding serait « un phénomène, selon lequel un contact précoce et prolongé dès la naissance entre la mère et l'enfant est crucial au développement d'un lien affectif » (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, Paul, & Polomeno, 1996). Des études ont été réalisées par la suite sur le contact précoce et elles ont fortement critiqué l'hypothèse de Klaus et Kennell en raison de faiblesses conceptuelles et méthodologiques autour de ce phénomène (Brown & Hellings, 1989; Lamb, 1982). Toutefois, les recherches sur les liens d'attachement parent-enfant in utéro ont été reconduites dans les années 1990 et 2000 par plusieurs auteurs (Condon, 1993; Condon & Corkindale, 1997; Siddiqui & Hägglöf, 2000). Ceux-ci ont souligné le rôle de l'attachement précoce dans la construction du lien affectif ultérieur entre la mère et son enfant.

Plusieurs auteurs se sont intéressés au bonding maternel [3]et certains l'ont traduit par la sensibilité parentale (Lacharité, 2003). Cette sensibilité serait un facteur déterminant dans l'établissement du lien d'attachement entre la mère et son enfant ainsi que le développement cognitif et émotionnel de l'enfant. En effet, le bonding se définit à travers les émotions chaleureuses vécues par la mère dès les premières heures ou jours de vie de son bébé et au sentiment qu'elle éprouve d'avoir un lien très spécial avec son enfant (Leckman et al., 2005. In Guedeney, Lamas, Bekhechi, Mintz, & Guédeney., 2008). Le bonding est caractérisé aussi par la recherche et le maintien de la proximité avec le bébé. Cette condition de proximité physique a pour fonction de faciliter et de favoriser l'interaction de la mère avec son enfant ainsi que de développer son potentiel de « *Care* » parental. Ainsi les comportements maternels de protection et de d'attention tels que nourrir, toucher, bercer, maintenir le contact visuel, porter une attention à l'enfant etc. Ces comportements sont propices au développement du bonding et de l'attachement parent-enfant. Toutefois, il est important de souligner que le rôle de la sensibilité parentale n'est pas exclusif et que d'autres facteurs environnementaux, dans lesquels évolue la relation entre la mère et son enfant, ont un effet tout aussi important que la qualité du bonding maternel.

[3] Il est important de faire la distinction entre la notion de bonding et d'autres terminologies telles que l'***accointance*** et ***l'amour maternel***. La première terminologie désigne l'action du parent visant à faire connaissance avec son enfant et la recherche d'informations à son sujet. Tandis que la deuxième constitue un processus plus complexe , qui nécessite d'établir un lien, de le maintenir, de le relâcher et de le transmettre (Besson, Farail, Galtier, Martin, & Vaquer, 2001).

2.1. Neurobiologie du bonding

Les recherches menées sur les bases neurobiologiques du bonding ont désigné le neuropeptide ocytocine, comme l'une des hormones principales impliquée dans le développement du comportement parental ainsi que dans les comportements sociaux associés chez les mammifères. Appelée aussi hormone de la parturition et de la lactation, cette hormone est secrétée au niveau des noyaux paraventriculaires et supra-optiques de l'hypothalamus et transportée par l'hypophyse postérieure. L'ocytocine affecterait les comportements parentaux à travers deux actions : la première serait l'action de l'ocytocine sur des organes tels que l'utérus pour augmenter la force et la fréquence des contractions, les glandes mammaires pour favoriser la lactation et l'appareil cardio-vasculaire pour une action de vasodilatation. La deuxième action de l'ocytocine serait centrale et se traduit à travers son implication dans les comportements parentaux. En effet, les récepteurs d'ocytocine sont présents dans des régions du cerveau responsables de la formation des comportements sociaux et du système de récompense/plaisir. L'ocytocine serait alors impliquée dans la formation des liens de filiation et dans les comportements parentaux, plus particulièrement chez la mère. L'ocytocine agit entre autres sur l'amygdale qui joue un rôle important dans la reconnaissance sociale. Elle interagit aussi avec le système de récompense et de plaisir, ce qui renforce positivement le développement et l'expression du bonding (Carter, 2005). L'ocytocine interviendrait également dans la régulation des réponses face aux stimuli menaçants au niveau des glandes surrénales, dans le sens d'une diminution de la réactivité face au stress (effet anxiolytique) mais aussi comme hormone de réponse au stress (Tops, Van Peer, Korf, Wijers, & Tucker, 2007. In Nicole Guedeney, Guédeney, & Fonagy, 2009). D'ailleurs l'ocytocine aurait une action apaisante sur la gestion du stress maternel généré durant l'accouchement et le post-partum. Dans ce sens, des études réalisées auprès des mères humaines ont montré que la libération de l'ocytocine au cours de l'accouchement, l'allaitement et le contact peau à peau entre la mère et son nouveau-né sont associées à une réactivité accrue de la mère, à une diminution du stress maternel et à un lien plus optimal entre la mère et son enfant (Carter, 1998; Light et al., 2000).

Des études ont montré aussi qu'il n'y a pas de différence entre l'ocytocine maternelle et paternelle et que comme chez les mères, l'ocytocine paternelle reste élevée au cours des premiers six mois qui suivent la naissance de l'enfant. Toutefois, si l'ocytocine maternelle était liée aux comportements maternels affectueux tels que les vocalisations, l'expression des affections positives et chaleureuses et le contact physique affectueux avec l'enfant. Pour les

pères, l'ocytocine était associée au degré de stimulation, qui inclut le contact proprioceptif, la stimulation tactile et la présentation des objets (Gordon, Zagoory-Sharon, Leckman, & Feldman, 2010).

2.2. Impact des troubles psychopathologique du post-partum sur le bonding maternel :

Le bonding maternel fait partie des concepts centraux dans le domaine de la recherche postnatale. Brockington (2004) indique qu'après la naissance de l'enfant, le développement de la relation mère-enfant est le processus psychologique le plus important. Cependant, dans certains cas, les sentiments affectueux de la mère envers son bébé ne se développent pas. Ce déficit est appelé trouble du lien mère-enfant ou encore trouble du bonding (I. F. Brockington, Fraser, & Wilson, 2006; Kumar, 1997). Ces auteurs se sont particulièrement intéressés au lien mère-enfant et à l'impact des pathologies postnatales sur le bonding maternel. Ils ont rapporté qu'entre 10 et 25% des femmes qui ont été consultées un psychiatre pour des troubles psychopathologiques après leur accouchement ont présenté des troubles du bonding (I. Brockington, 1996. In O'Higgins et al., 2013). Ainsi, dans le but de diagnostiquer les troubles du lien-mère enfant, ces auteurs ont mis au point une échelle d'auto-évaluation du bonding maternel (Brockington et al., 2001; Brockington et al., 2006). Cette échelle permet d'évaluer quatre sous dimensions : l'altération du lien mère-enfant, le rejet et la colère pathologique envers l'enfant, l'anxiété par rapport à l'enfant et le risque de maltraitance. Toutefois, l'auteur a avancé que le rejet total de l'enfant ne se rencontre que dans 0,5 à 1% des cas.

Si on s'intéresse de plus près à l'impact des troubles du post-partum sur le lien mère-enfant et aux conséquences de l'altération du bonding maternel sur le développement de l'enfant, on trouve que depuis une vingtaine d'années, les recherches sur l'impact de certains troubles du post-partum tels que les troubles anxieux, dépressifs, psychotiques ainsi que les troubles liés au stress post traumatique se sont multiplié. La majorité des études réalisée dans ce domaine ont souligné que les problèmes psychopathologiques durant la période du post-partum constituent un risque pour le développement du bonding maternel et que la santé mentale de la mère influence la relation mère-enfant, ainsi que les expériences d'interaction (Ian Brockington, 2004; Parfitt & Ayers, 2009; Reck et al., 2006).

Les études menées auprès des mères qui présentaient une *symptomatologie anxieuse* dans la période du post-partum ont indiqué que les symptômes de l'anxiété maternel étaient associé à

une moindre sensibilité maternelle (Feldman et al., 2009; Nicol-Harper, Harvey, & Stein, 2007) et à un manque de sentiments maternels affectueux (Tietz, Zietlow, & Reck, 2014). Dans une autre étude réalisée auprès de mères anxieuses et qui évaluait le lien entre l'anxiété maternelle, les caractéristiques des interactions mère-enfant et la régulation émotionnelle chez les nourrissons lors des situations stressantes. Ainsi, contrairement aux mères du groupe témoin, il a été établi que les mères anxieuses avaient un comportement plus intrusif et exhalté pendant les épisodes de jeu libre, de jeu en face à face et d'enseignement. Ce comportement reflétait une hyperexcitation qui caractérise la plupart des troubles anxieux (Kaitz, Maytal, Devor, Bergman, & Mankuta, 2010). Dans une autre étude qui a été menée au Bengladesh, auprès de mères présentant une symptomatologie anxieuse et dépressive en post-partum, ces mères ont signalé avoir des difficultés dans leur relation avec leur enfant et présenter une altération des soins donnés à leur enfant (Edhborg, Nasreen, & Kabir, 2011). Ces différentes études confirment l'impact d'une symptomatologie anxieuse maternel sur le développement du bonding.

En ce qui concerne, l'impact de la *dépression du post-partum* sur le bonding maternel, les études réalisées ont rapporté des problèmes dans le développement d'affects positifs de la mère envers son enfant, ainsi qu'un manque de sentiments maternel chaleureux (Reck et al., 2006). Dans ce sens, Brockington et al. (2001) ont souligné que près de 29% des mères qui souffrent de dépression du post-partum ont une altération de la relation avec l'enfant. Ces résultats ont été confirmés dans une étude plus récente réalisés auprès de 80 femmes (Dubber, Reck, Müller, & Gawlik, 2015) et qui a été établi que la dépression du post-partum était significativement corrélée à une altération du bonding, expliquant 20,8% de sa variance totale. Dans une étude plus ancienne réalisée par Kumar (1997), l'auteur avance que les femmes qui souffraient de dépression post-partum avaient des problèmes récurrents dans le développement d'une relation avec leur enfant, elles exprimaient une absence d'affection, un rejet de l'enfant et un risque d'abus envers leur enfant.

Concernant l'impact du *stress post-traumatique* sur le bonding maternel, les chercheurs ont rapporté un effet négatif et direct de la symptomatologie traumatique du post-partum sur le bonding maternel ainsi que des difficultés chez ces mères à établir un lien d'attachement avec leurs enfants (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995; Parfitt & Ayers, 2009). En effet, L'ESPT postnatal semble altérer la sensibilité et la capacité de la mère à interpréter les signaux de l'enfant, ainsi que les représentations maternelles vis-à-vis de l'enfant. Dans une étude menée auprès 211 femmes, six mois après leur accouchement, les auteurs ont avancé que les femmes

avec ESPT total ou partiel ont rapporté une représentation maternelle négative de leur enfant. Ces mères décrivaient leurs enfants comme étant difficiles, envahissants et source de détresse émotionnelle pour elles (Davies et al., 2008). De façon plus ciblée, Parfitt & Ayers (2009), indiquaient que certains symptômes de l'ESPT comme l'évitement et l'engourdissement émotionnel étaient associés plus spécifiquement aux difficultés liées à l'expression du bonding. Par ailleurs, d'autres chercheurs, ont avancé que les femmes qui souffrent d'un ESPT postnatal sont plus à risque de présenter des comportements intrusifs (Cohen et al., 2008; Ionio & Di Blasio, 2014) ou incohérents et non protecteurs lors de l'interaction avec l'enfant (Schechter et al., 2015). Dans d'autres études, certains auteurs ont souligné que les mères qui présentaient un ESPT auraient tendance à éviter leur enfant afin de ne pas être envahi par des souvenirs désagréables lié à l'accouchement et à la naissance de l'enfant (Weaver, 1997 *In* Ionio & Di Blasio, 2014).

Ainsi, il est évident que les troubles psychopathologiques périnataux ont un impact considérable sur le développement du lien mère-enfant. Cependant, ce ne sont pas les seuls éléments d'influence, les processus psychologiques jouent eux-mêmes un rôle tout aussi important dans le développement des troubles psychopathologiques et dans l'expression du bonding maternel.

Chapitre 5 : Facteurs psychologiques liés à la période périnatale

1. Stratégies de coping

La grossesse, l'accouchement et la période du post-partum peuvent être des moments propices à l'augmentation du niveau du stress. Ce stress pourrait avoir un effet négatif considérable sur le fonctionnement psychologique, physiologique et social de la mère.

La manière dont les femmes font face aux situations stressantes pourrait avoir un impact important sur l'expression de certains troubles psychopathologiques liés à la période périnatale et sur le développement de la relation mère-enfant. Cette notion de faire face nous renvoie à la notion du coping développé par Lazarus et Folkman en 1984. En effet, le coping est défini comme étant « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer les exigences spécifiques (internes et/ou externes) perçues par l'individu comme consommant ou excédant ses ressources* » (Lazarus et Folkman, 1984, p.141). Le coping est un processus dynamique qui implique l'interaction entre plusieurs facteurs tels que les facteurs émotionnels, cognitifs, comportementaux et physiologiques. Le coping renvoie également aux processus d'adaptation (Bruchon-Schweitzer, 2003). La distinction la plus communément utilisée pour classer les stratégies de coping repose sur des fonctions d'adaptation, à savoir une stratégie d'adaptation centrée sur le problème ou sur l'émotion (Folkman & Lazarus, 1980). L'adaptation centrée sur le problème vise à résoudre la situation stressante ou à modifier la source du stress afin de réduire son impact, tandis que l'adaptation axée sur l'émotion vise à gérer les émotions associées à la situation stressante et à réduire au minimum la détresse déclenchée par l'agent stresseur.

Dans le contexte périnatal, des stratégies de coping spécifiques peuvent avoir un effet protecteur ou pathologique (de Tychey et al., 2005a). Par exemple, il a été révélé que des stratégies de coping centrées sur l'humour et l'acceptation de la situation auraient un effet protecteur permettant une meilleure adaptation face aux évènements stressants liés à la période prénatale, alors que des stratégies comme le déni et le désengagement comportemental seraient significativement corrélées au développement de certains troubles psychopathologiques. Cette association est due au fait que les femmes utilisant ces stratégies auraient une tendance à refuser de faire face à la situation stressante et aux souffrances réactivées par la grossesse. Dans une autre étude réalisée par De Noose (2012), il a été montré que l'auto-blâme est aussi lié au développement de la dépression prénatale. Après une recherche menée par Honey et al. (2003) auprès de 306 femmes, les chercheurs ont souligné que la dépression postnatale pourrait être prédite par le recours à des stratégies de coping évitant. Van Bussel et al. (2009) confirment ce

résultat et indiquent que la dépression du post-partum est positivement liée à un coping évitant et négativement associée à un coping actif ainsi qu'à la recherche du soutien social. Dans le contexte de traumatismes liés à la naissance d'un enfant, des études ont montré que le recours à des stratégies non adaptatives à la situation stressante pendant la période périnatale est souvent lié à une augmentation du risque de développer un ESPT du post-partum (Krings, Spitz, & Tarquinio, 2013; Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld, & Ehring, 2014).

Dans la majorité des études menées sur les stratégies d'adaptation dans le contexte périnatal, les stratégies de coping ont été identifiées comme facteur prédictif au développement de troubles psychopathologiques durant la période périnatale. Cependant, il a été souligné que certaines pathologies, telles que l'anxiété, influencent le choix des stratégies de coping, et que le coping influence également l'anxiété (Graziani, 2001; In. Razurel, 2013). ***A partir de ce constat, on pourrait se questionner sur une éventuelle interaction entre les stratégies de coping et certaines pathologies périnatales, et sur la possible influence de certaines pathologies telles que l'ESPT sur le choix des stratégies de coping ?***

Par ailleurs, la capacité de faire face aux évènements de vie est importante pour le développement de la relation mère-enfant. D'après Rosenblum & Andrews (1994), la capacité de la mère à faire face aux demandes environnementales aurait un impact positif sur sa relation avec son enfant. Pouvoir gérer les situations stressantes de manière adaptative aurait un effet positif sur le développement de la sensibilité maternelle et sur la capacité de la mère à répondre aux besoins de son enfant. Alors que, lorsque les capacités d'adaptation de la mère sont dépassées, des effets délétères sur le développement de sa relation avec l'enfant et sur le développement de l'enfant à court et à moyen terme peuvent apparaître. Les mères sont donc moins en mesure de maintenir des stratégies de coping efficaces qui leur permettraient la protection de l'enfant, la préservation d'une relation d'attachement stable et qui faciliteraient une relation normale et stable avec l'enfant.

2. Qualité de vie

La période périnatale est synonyme de changements physiques et psychologiques qui pourraient avoir un impact sur la qualité de vie des femmes.

Les études effectuées sur la question de la qualité de vie chez la femme en période périnatale sont très limitées. Cependant, les auteurs qui se sont intéressés à l'étude de ce phénomène ont souligné une faible qualité de vie chez les parturientes en comparaison avec des femmes dans la même tranche d'âge (Taşdemir, Balci, & Günay, 2010). Ce constat est expliqué par les limitations physiques liées à la grossesse. Toutefois, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sont des points déterminants de la qualité de vie des parturientes. Dans ce sens, une étude réalisée auprès des femmes italiennes a montré que les femmes avec une grossesse normale ont rapporté une meilleure qualité de vie que les femmes avec un haut risque d'accouchement prématuré (Pesavento, Marconcini, & Drago, 2005). Dans une autre étude réalisée par De Tychey et al. (2008), les auteurs ont avancé que la qualité de vie des parturientes est très susceptible d'être altérée dans le cas d'une atteinte d'une pathologie périnatale telle que la dépression. Des manifestations comme la limitation de l'activité physique, les douleurs physiques et une moins bonne santé mentale seraient alors plus présentes et plus importantes chez ces femmes.

La qualité de vie est un domaine complexe qui s'est développé grâce à l'intégration de plusieurs indicateurs liés à la santé et au bien-être matériel et subjectif. Afin de permettre une meilleure évaluation de la qualité de vie chez les parturientes, des échelles spécifiques à la période de la grossesse et du post-partum doivent être développées.

Chapitre 6 : Problématique

Une expérience difficile et traumatisante de l'accouchement représente un problème majeur pour la future santé mentale de la femme, ainsi que pour le développement de la relation entre la mère et son enfant. Les études quantitatives menées sur la prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT), anciennement appelé état de stress post traumatique (ESPT) ont rapporté des prévalences autour de 4% deux à trois mois après l'accouchement (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz et al., 2016). Hypothétiquement, en fonction du nombre de naissances en France en 2017 soit 749 193 naissances, 29 968 femmes seraient susceptibles de présenter un trouble de stress post traumatique à la suite de l'accouchement ; proportionnellement en Tunisie, en 2017 où il y a eu 221 760 naissances, ainsi 8 870 femmes présenteraient un risque de développer un trouble de stress post-traumatique du post-partum dans ce pays. Concernant la fréquence de la symptomatologie traumatique ou ESPT partiel, les recherches ont établi des taux élevés pouvant atteindre 33% (Cigoli et al., 2006; Maggioni et al., 2006). Au niveau international, l'évolution des critères diagnostiques en psychiatrie a entrainé la parution en 2013, d'une nouvelle édition 5 du DSM dans laquelle, les critères diagnostiques du stress post traumatique ont été modifiés. A notre connaissance, aucune étude sur le TSPT en se référant aux nouveaux critères du DSM 5 n'a été encore publiée à ce jour et il n'existe aucun outil spécifique au diagnostic du TSPT en lien avec l'accouchement suivant les critères du DSM 5.

Plusieurs facteurs de risques biologiques, sociaux et circonstanciels liés au développement du TSPT à la suite de l'accouchement ont été cités dans la littérature. Par exemple, parmi les facteurs biologiques, l'âge de la mère jouerait un rôle important dans le développement du TSPT (Iles et al., 2011). Dans les facteurs sociaux, le statut marital et le statut socio-professionnel pourraient être liés à l'expression du TSPT (Davies et al., 2008). Parmi les facteurs circonstanciels, la littérature cite la primiparité (Moghadam et al., 2015), les complication durant la grossesse ou le mode d'accouchement (Maggioni et al., 2006; Soderquist et al., 2009). En ce qui concerne les facteurs de risques psychologiques, des processus psychologiques individuels tels que les stratégies de coping ou interpersonnels tels que la perception de la qualité de la relation avec l'équipe soignante (Ford & Ayers, 2011) pourraient être déterminants dans l'évolution d'un TSPT durant la période du post-partum.

Au demeurant, cette période postnatale est une étape essentielle pour le développement de la relation entre la mère et son enfant. Il s'agit d'une phase pendant laquelle le bébé aura besoin de bénéficier de l'hypersensibilité parentale et maternelle lui permettant de développer ses compétences cognitives, émotionnelles et relationnelles. Or dans le cas où la mère serait atteinte d'une pathologie tel qu'un TSPT du post-partum, ce trouble pourrait avoir non

seulement une influence sur la santé psychique de la mère mais également avoir des effets délétères sur le développement du bonding maternel, ainsi que des conséquences sérieuses sur le développement de l'enfant (Dubber et al., 2015; Ionio & Di Blasio, 2014; O'Higgins et al., 2013). Pour cette étude, nous nous sommes basés sur le modèle processuel transdiagnostique de Kindermann présentait dans le chapitre 3.

Notre recherche présente la particularité d'avoir été réalisée conjointement auprès de femmes françaises et tunisiennes. Pour la population française, des données ont déjà été publiées mais nous nous proposons d'approfondir les connaissances sur certains processus psychologiques durant la période de la périnatalité. Pour les populations du Maghreb et en Tunisie, si dans la littérature, on retrouve des études menées sur des troubles spécifiques à la période périnatale, telles que la dépression, l'anxiété et les psychoses puerpérales, de façon regrettable, le TSPT à la suite de l'accouchement n'a jamais fait l'objet de recherche dans ces pays.

Le choix de l'approche processuelle transdiagnostique a été motivé essentiellement par la spécificité du trouble étudié dans cette thèse (le TSPT), des troubles comorbides associés (comme l'anxiété et la dépression périnataux), des facteurs de risques (biologiques, sociaux ou circonstanciels), des processus psychologiques individuels (tels que les stratégies de coping utilisées par la personne) et interpersonnels (comme la qualité de la relation avec l'équipe soignante), et des conséquences qui peuvent se manifester (comme l'altération de la relation entre la mère et son enfant). Ce modèle général nous paraît donc approprié pour l'étude du TSPT en lien avec l'accouchement et pour l'analyse de son impact sur le développement de la relation mère-enfant.

Ainsi les objectifs de ce projet de recherche étaient les suivants :

- Afin de pouvoir évaluer les différentes variables de l'étude chez les femmes tunisiennes, une adaptation culturelle a été nécessaire pour l'ensemble des outils de mesures n'ayant pas fait l'objet de validations préalables auprès de la population tunisienne. Dans ce cadre, un travail d'adaptation culturelle et de validation d'une échelle spécifique aux stratégies de coping a été réalisé. Nous avons alors adapté puis validé la version tunisienne de la Brief COPE en se basant sur les indications de Bullinger et al. (1998) et de Epstein et al. (2015) pour l'adaptation transculturelle.

- Dans le but d'évaluer les symptômes du trouble de stress post-traumatique spécifique à l'accouchement et en suivant les critères diagnostiques du DSM 5, un travail de développement et de validation d'une échelle spécifique à ce trouble a été réalisé sur chacune des populations française et tunisienne. Pour l'élaboration de cette échelle, nous nous sommes référés à l'échelle de stress post-traumatique lié à l'accouchement développée par Wijma et al. (1997) et au questionnaire péri-traumatique de Pierrehumbert et al. (2004). Chaque item de cette nouvelle échelle représente un symptôme du TSPT suivant les critères diagnostiques du DSM 5.

- Afin d'explorer au plus près le TSPT en lien avec l'accouchement, une recherche prospective avec 2 temps de recueil de données (prénatal et 2 mois après la naissance) a donc été réalisée conjointement auprès d'un échantillon de femmes françaises et tunisiennes. Le but de cette recherche était (1) de déterminer dans un premier temps la prévalence de ce trouble dans les 2 pays, tout en se référant aux critères diagnostiques du DSM 5 ; (2) de fournir plus d'informations sur les facteurs de risque au développement d'un TSPT dans la période postnatale et sur les facteurs de vulnérabilité spécifiques à chacune des populations (chapitre 2 et 3 de la partie résultats) ; (3) de réaliser une étude comparative par rapport aux facteurs de risque associés au développement du TSPT dans la période postnatale dans chacune des deux populations de femmes françaises et tunisiennes (chapitre 4 de la partie résultats).

- Dans un second temps nous nous sommes intéressés à l'impact de la présence de symptômes du TSPT sur le développement du lien mère-enfant. Quel impact sur le bonding maternel ? Quelles dimensions spécifiques du bonding seraient altérées par ce trouble ? Quels sont les processus en jeu ? Les stratégies de coping sont-elles des variables médiatrices entre le TSPT et le bonding maternel ? Cette partie de la recherche tentera de répondre à ces différentes questions et d'apprécier s'il y a des points communs ou des différences en fonction des 2 populations de femmes françaises et tunisiennes (chapitre 5 et chapitre 6 de la partie résultats).

- Finalement nous proposerons des modélisations afin d'appréhender la menace de la présence de symptômes de TSPT à la suite de l'accouchement sur la qualité des soins donnés à l'enfant 6 mois après sa naissance et plus particulièrement les facteurs de risque d'une moindre qualité des soins (bonding). Les facteurs associés biologiques, sociaux et circonstanciels distaux ainsi que les processus psychologiques seront inclus dans ces modèles en se référant au modèle transdiagnostique avec une approche processuelle (chapitre 7 et 8 de la partie résultats).

- Une discussion générale avec des perspectives sur la prise en charge du TSPT en lien avec l'accouchement ont été proposées à la fin de cette recherche doctorale.

PARTIE B : Méthodologie de la recherche

Chapitre 1 : Procédure et cadre de l'étude

1. Procédure

Cette recherche longitudinale a été conduite sur deux populations issues de deux pays différents : la France et la Tunisie.

En France, avant de lancer le recueil des données, 68 sages-femmes qui exercent dans un cadre libéral dans les régions Lorraine et Ile de France ont été contactées. Des rendez-vous ont eu lieu afin de leur expliquer les objectifs et le déroulement de l'étude. Au total, 20 sages-femmes ont accepté de collaborer pour le recrutement des femmes enceintes de l'étude. Les participantes ont été ensuite recrutées dans leurs cabinets durant les séances de préparation à la naissance dans la région Lorraine (73,3%) et l'Ile de France (26,7%) et elles ont été informées du cadre général de l'étude, de son déroulement et de sa méthodologie (*cf*, annexe 3). Chaque passation de questionnaires a été accompagnée de la signature d'un consentement éclairé, indispensable pour l'inclusion dans l'étude (*cf*, annexe 4). Deux mois après la date estimée de l'accouchement, chaque participante a été recontactée par courrier dans le but de répondre aux deuxièmes passations de questionnaires correspondant à la deuxième phase de l'étude, celui-ci était accompagné d'une enveloppe pré-timbrée pour le retour (*cf*, annexe 6). Les femmes qui ont répondu au premier et au deuxième livrets de questionnaires ont été recontactées une troisième fois (six mois après l'accouchement) afin de participer à la troisième et dernière phase de l'étude (*cf*, annexe 8).

En Tunisie, en raison du nombre très limité de sages-femmes qui exercent dans le secteur libéral et du manque de cours de préparation à la naissance, le recueil des données a été essentiellement réalisé dans les unités de suivi gynécologique et obstétrique de l'hôpital « Mongi Slim » qui se situe dans la ville de la Marsa de Tunis, ainsi que dans 5 cabinets de médecins gynécologues exerçant en libéral dans la banlieue nord et sud de Tunis. Pour ce recueil des données, nous avons effectué 3 déplacements en Tunisie (décembre 2014, décembre 2015, et avril 2016) afin de prendre contact avec les professionnels, lancer les démarches d'autorisations nécessaires et rencontrer les participantes. Un premier contact avec les femmes tunisiennes a été réalisé durant leurs visites de suivi du 3ème trimestre de grossesse. Ces femmes ont été informées du cadre général de l'étude, de ses objectifs et de son déroulement (*cf*, annexe 12). Comme pour les femmes françaises, chaque questionnaire a été accompagné de la signature d'un consentement éclairé, indispensable pour l'inclusion dans l'étude (*cf*, annexe 13). Deux mois après la date d'accouchement estimée, toutes les femmes ont été rappelées par téléphone pour vérifier si elles acceptaient de participer à la deuxième phase de l'étude. À la suite de cet appel,

des rendez-vous ont été convenus avec elles afin de leur remettre les questionnaires en main propre. La même démarche a été faite pour la troisième phase de l'étude. Cette méthode a été choisie afin d'assurer un maximum de retours, d'autant que l'approche avec les enveloppes pré-timbrées ne semblait pas la mieux adaptée pour la population tunisienne.

2. Design de l'étude

Cette étude est longitudinale et prospective avec trois phases de recueil de données.

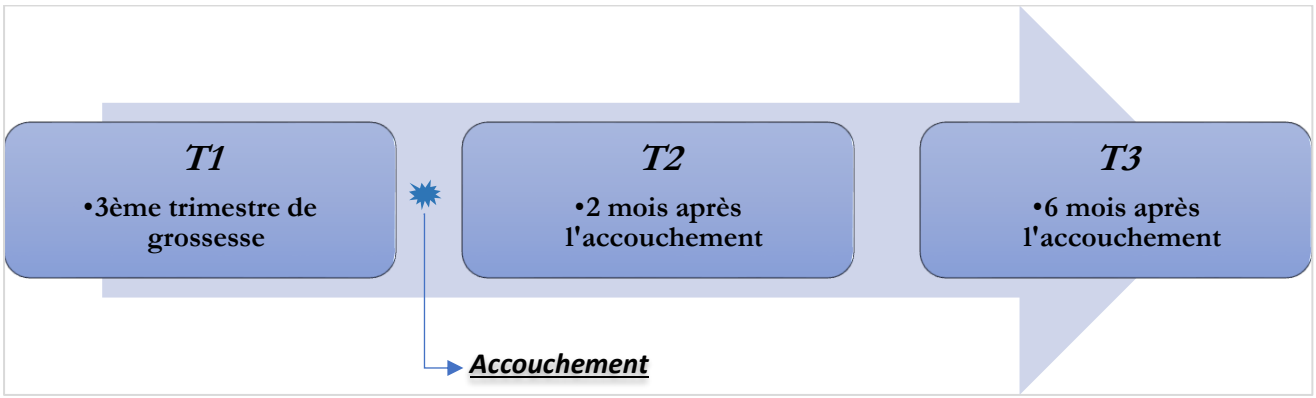


Figure 6 : Design de l'étude

- ***Critères d'inclusion pour les femmes françaises et tunisiennes :***

- Femmes âgées de 18 ans minimum.
- Femmes pouvant lire et écrire.
- Femmes enceintes de 6 ou 7 mois de grossesse au minimum.

- ***Critères d'exclusion pour les femmes françaises et tunisiennes :***

- Femmes n'ayant pas rempli le document de consentement éclairé.
- Femmes avec diagnostic prénatal de pathologie fœtale.
- Femmes ayant perdu leur enfant pendant la grossesse ou l'accouchement.
- Femmes souffrant d'un état de stress post-traumatique durant la grossesse.

3. Population

Notre échantillon est composé de 646 femmes (n= 420 femmes françaises et n= 226 femmes tunisiennes), ayant accepté de participer à cette recherche entre le mois de décembre 2015 et le mois de mai 2017. A la deuxième phase de l'étude, 284 femmes (n= 153 femmes françaises et n= 131 femmes tunisiennes) ont accepté de répondre au deuxième livret de questionnaires. Pour la troisième et dernière phase de l'étude, 189 (n= 65 femmes françaises et n= 125 femmes tunisiennes) ont participé au recueil des données. (*Figure 2)*

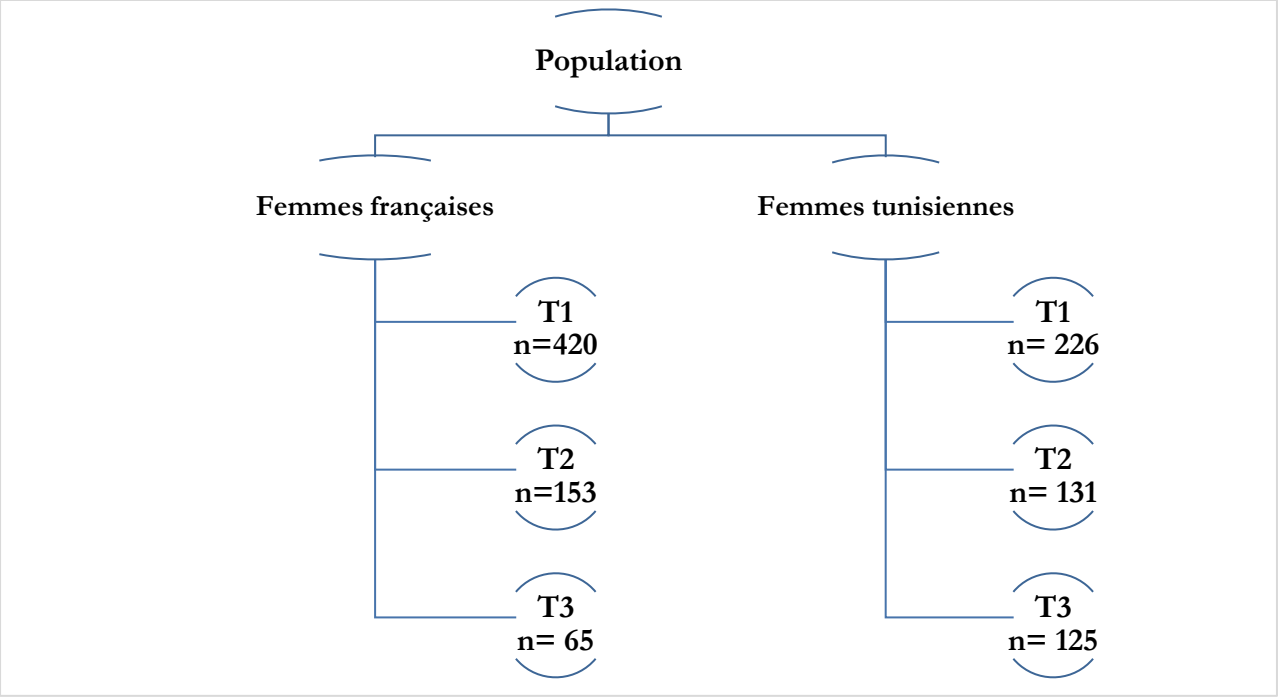


Figure 7 : Population générale de la recherche

4. Mesures

Dans le but d'obtenir une version adaptée à la population tunisienne, une méthodologie spécifique pour la traduction et l'adaptation interculturelle (Bullinger et al., 1998; Epstein et al., 2015) a été appliquée à l'ensemble des échelles utilisées dans cette recherche qui n'avaient pas été validées auparavant sur la population tunisienne. Les différentes étapes suivies pour la réalisation de ces adaptations sont décrites ci-dessous.

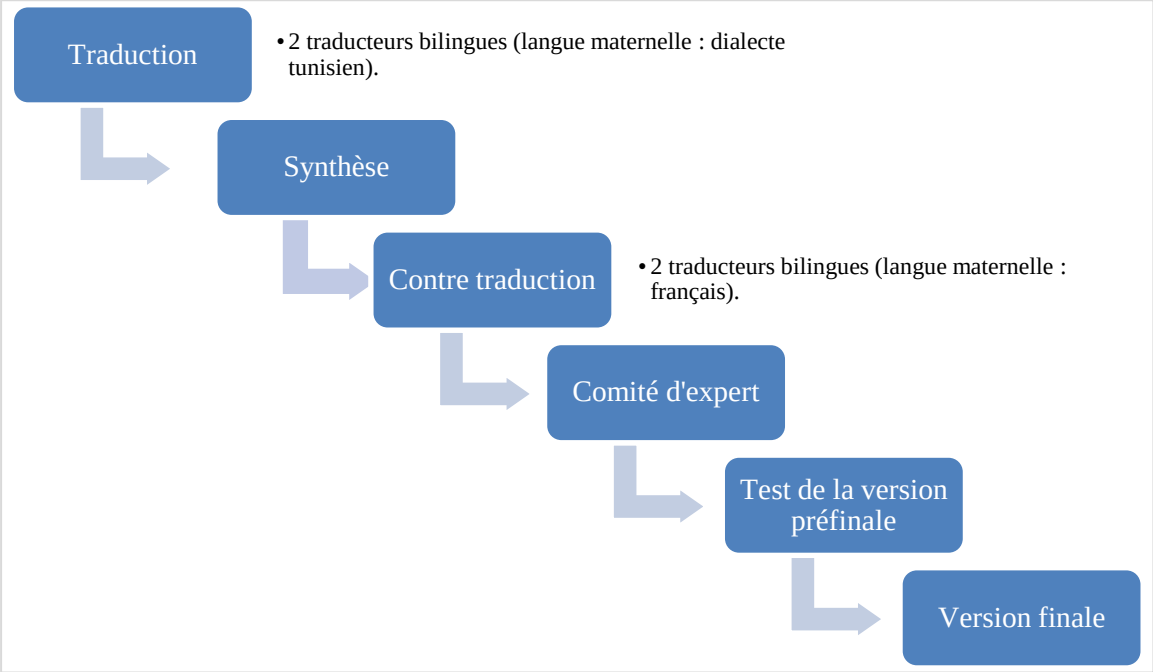


Figure 8 : Etapes d'adaptation interculturelle des échelles

4.1. Evaluations prénatale et postnatale

Une partie des échelles utilisées pour cette étude ont fait l'objet d'adaptation et de validation préalables pour chacune des deux populations (françaises et tunisiennes). Pour les échelles dont la validation n'avait pas été publiée auparavant, nous avons réalisé des travaux de traduction et d'adaptation culturelle. Des informations sur l'adaptation et la validation de chaque outil de mesure, et ce pour chaque population, seront fournies lors de la présentation de chacune des échelles.

4.1.1. Fiche anamnestique

Cette fiche a été construite dans le but de recueillir des données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques. Le soutien du conjoint et de l'entourage durant la grossesse a également été évalué. (*cf*, annexe 5)

4.1.2. Anxiété prénatale

L'anxiété prénatale a été évaluée avec la sous-échelle de l'HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) de Zigmond & Snaith. (1983).

En langue française, cette échelle a été validée sur la population française par Lépine, Godchau, Brun, & Lempérière, (1985). Elle est composée de sept items cotés de 0 à 3. Dans cette étude, le score seuil de 8 (soit supérieur ou égal à 8) a été utilisé comme indicateur d'anxiété (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Jomeen & Martin, 2004). Sur l'échantillon de femmes françaises de la présente recherche, l'alpha de Cronbach de l'échelle de l'anxiété prénatale était de 0,72.

Pour la population tunisienne, un travail de traduction et d'adaptation culturelle a été réalisé sur la sous-échelle « Anxiété » de l'HADS. Le score seuil de 8 (soit supérieur ou égal à 8) a été utilisé comme indicateur d'anxiété. Sur l'échantillon de femmes tunisiennes en prénatal, l'échelle présentait une consistance interne moyenne avec un alpha de Cronbach de 0,59.

Dans le cadre de cette recherche, la sous-échelle « Anxiété » de l'HADS a également été administrée en postnatal. Sur la population tunisienne, elle avait une bonne consistance interne avec un alpha de Cronbach de 0,72.

4.1.3. Dépression prénatale

La symptomatologie dépressive prénatale a été évaluée à l'aide de l'Edinburgh Prenatal Depression Scale (Murray & Cox, 1990). Il s'agit d'une échelle composée de dix items, cotés de 0 à 3.

Cette échelle n'a pas été validée sur la population française. Toutefois, dans une étude effectuée sur la dépression pré et post natale auprès d'un échantillon de 277 femmes françaises, une

adaptation de l'outil en français a été conduite et a démontré de bonnes qualités psychométriques de l'échelle (de Tychey et al., 2005b). Le score seuil de 14 (soit supérieur ou égal à 14) a été utilisé pour cette étude comme indicateur de dépression prénatale. L'alpha de Cronbach sur l'échantillon de la présente étude était de 0, 82.

Pour la population tunisienne, nous avons utilisé la version adaptée et validée par une équipe de recherche en Tunisie (Slim, 2004) et qui a montré une bonne consistance interne de 0,91. Le score seuil de 10 (soit supérieur ou égal à 10) a été utilisé comme indicateur de dépression pour la population tunisienne (Masmoudi et al., 2008). L'alpha de Cronbach sur notre échantillon de femmes tunisiennes était de 0,86.

4.1.4. Perception de la relation avec l'équipe soignante

La perception de la relation avec l'équipe soignante a été évaluée avec la version courte du modified Health Care Climate Questionnaire (mHCCQ). Il s'agit d'une échelle développée par Williams et al en 2005 (Williams, Lynch, & Glasgow, 2007; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005) évaluant la perception par le patient de la qualité du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante et composée de six items, coté de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai).

Pour la population française, une étude portant sur l'adaptation et la validation de l'outil a été réalisée par Spitz et al. (2018). Pour notre présente étude, la consistance interne est bonne avec un alpha de Cronbach respectivement de 0,88 en prénatal et de 0, 90 en postnatal.

Pour la population tunisienne, un travail de traduction et d'adaptation culturelle a été réalisé sur cette échelle. La version traduite et adaptée sur la population tunisienne dans le cadre de cette recherche a montré une bonne consistance interne aussi bien en prénatal qu'en postnatal avec respectivement des alphas de Cronbach de 0,96 et de 0,91.

4.1.5. Stratégies de coping

L'évaluation des stratégies de coping a été réalisée à l'aide de la Brief COPE (Carver et al., 1997 (Carver, 1997).

Cette échelle est composée de 28 items qui forment 14 sous-échelles distinctes. Les items sont cotés de 1 à 4 avec 1 (pas du tout d'accord) et 4 (tout à fait d'accord). Pour connaitre le score de chaque sous-échelle, les deux items qui la composent doivent être additionnés, ce qui permet d'obtenir des scores qui varient entre 2 et 8.

Les sous-échelles de la Brief COPE permettent d'évaluer différentes stratégies d'adaptation au stress :

1. ***Coping actif :*** un processus par lequel l'individu prend des mesures actives pour essayer d'éliminer ou de contourner le facteur de stress ou de minimiser ses effets.
2. ***Distraction :*** cela consiste à se distraire des pensées liées à la situation stressante ou au but avec lequel le facteur de stress interfère. Exemple : rêver, échapper au sommeil ou être absorbé par des émissions de télévision, etc. C'est une variation du désengagement comportemental ;
3. ***Planification :*** soit penser à organiser un plan pour faire face à la situation stressante. Cela implique la mise en œuvre de stratégies d'action, des étapes à suivre et de la meilleure façon de gérer le problème ;
4. ***Soutien social instrumental :*** implique la recherche de soutien social pour des raisons instrumentales, la recherche de conseils, d'assistance ou d'informations ;
5. ***Soutien social émotionnel :*** cette stratégie est fonctionnelle lorsqu'une personne peut être rassurée après une situation stressante. Cela implique la poursuite du soutien moral, de la sympathie et de la compréhension ;
6. ***Expression des sentiments :*** il s'agit de la tendance à se concentrer sur sa détresse et à ventiler ces sentiments. Cette stratégie est hautement dysfonctionnelle lorsque la personne se concentre sur sa détresse au détriment d'un effort d'adaptation actif. Cependant, cette stratégie peut convenir si la personne utilise ce moment pour exprimer ses émotions, pendant une période de deuil par exemple ;
7. ***Déni :*** il est décrit comme le refus de croire que le facteur de stress existe ou bien une tentative d'agir comme si le facteur de stress n'était pas réel. Il est souvent considéré comme une stratégie controversée car il peut être utile lorsqu'il est utilisé pour

minimiser la détresse émotionnelle et faciliter le processus d'adaptation, mais à long terme il entrave le recours à des stratégies plus fonctionnelles ;

8. ***Blâme :*** le sentiment d'auto-reproche associé à un sentiment de culpabilité ;
9. ***Acceptation :*** selon Carver, l'acceptation est une réponse d'adaptation fonctionnelle. L'acceptation d'une situation stressante permet à la personne de s'engager dans une tentative d'adaptation avec le facteur de stress ;
10. ***Réinterprétation positive :*** ce type d'adaptation vise à gérer les émotions de détresse. En d'autres termes, cela consiste à gérer la détresse émotionnelle plutôt que de gérer le facteur de stress. Ceci vise à amener la personne à poursuivre ou à reprendre des actions d'adaptation actives ;
11. ***Utilisation de substances :*** cette stratégie concerne la consommation de substances (alcool, drogues et médicaments) pour échapper à la réalité et éviter la situation stressante ;
12. ***Humour :*** c'est un moyen qui permet de ne pas prendre au sérieux la situation stressante, pour éviter d'être submergé par les émotions. C'est par un effort d'évitement cognitif que l'individu tente de faire face à la situation ;
13. ***Religion :*** cette stratégie pourrait être une source de soutien émotionnel et un vecteur de réinterprétation positive ;
14. ***Désengagement comportemental :*** il s'agit de réduire ses efforts pour faire face au facteur de stress, même en abandonnant la tentative d'atteindre les objectifs avec lesquels le stresseur interfère ;

Pour la population française, nous avons utilisé la version française de Muller & Spitz (2003). Pour la population tunisienne et dans le cadre de cette thèse, nous avons réalisé une étude d'adaptation et de validation de la Brief COPE sur la population tunisienne. Cette étude a été menée auprès de 750 sujets extraits de la population générale. Pour la population tunisienne, nous avons introduit deux nouvelles dimensions à la Brief COPE : ***la dramatisation***, qui exprime la notion de s'inquiéter et de se concentrer uniquement sur les aspects négatifs de la situation (Rosenstiel & Keefe, 1983) et ***la rumination***, qui se réfère à l'acte de penser de façon répétitive à la même situation et au rappel des mêmes pensées improductives (Klauer & Filipp, 1993). Au total, cette échelle est composée de 32 items répartis sur 16 dimensions. L'analyse confirmatoire de l'échelle suggère un bon ajustement du modèle avec $\chi^2 = 608{,}953$, DF = 344

(χ^2/ DF = 1,77), p = 0,001; CFI = 0,91 ; RMSEA = 0,05 ; SRMR = 0,05. (Voir Article 1 à la fin de la partie Méthodologie de la recherche).

4.1.6. Qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie dans le pré-partum a été réalisée à l'aide du Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF-36). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation qui évalue 8 dimensions différentes : l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique, les limitations dues à l'état psychique, les relations avec les autres, les douleurs physiques, la vitalité et la santé perçue. Pour chaque dimension, les scores varient entre 0 et 100. Pour cette échelle, plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie (Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger, 1998; Ware Jr & Sherbourne, 1992).

Pour la population française, la version adaptée et validée par Leplège et al. (1998) a été utilisée pour cette étude. Pour les femmes tunisiennes, la version adaptée et validée sur la population tunisienne par Guermazi et al. (2012) a été adoptée dans cette recherche.

4.2. Evaluation uniquement réalisée en période postnatale

4.2.1. Dépression postnatale

Les symptômes de dépression postnatale évalués à la deuxième et à la troisième phase de l'étude ont été mesurés avec l'Edinburgh Postnatal Depression scale (EPDS, Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de dix items cotés de 0 à 3.

Pour les femmes françaises, nous avons utilisé la version validée par Guedeney & Fermanian, (1998). Le score seuil de 12 (soit supérieur ou égal à 12) a été choisi comme indicateur de dépression durant les phases postnatales (Teissèdre & Chabrol, 2004). L'analyse de fiabilité de cette échelle à deux mois post-partum a indiqué un alpha de Cronbach de 0, 84.

Pour la population tunisienne, nous avons eu recours à la version adaptée et validée par Slim, (2004). L'étude a été menée auprès de 600 femmes tunisiennes, recrutées durant leur séjour à la maternité après l'accouchement. La version tunisienne de l'EPDS montre une consistance interne élevée de 0,91. Le score seuil de 10 (soit supérieur ou égal à 10) a été utilisé comme indicateur de dépression pour les femmes tunisiennes. Pour cette étude, nous avons choisi de définir la dépression aiguë comme le reflet des scores compris entre 10 et 12 et la dépression

chronique comme le résultat des scores supérieurs ou égaux à 12. Pour l'échantillon de la présente étude, l'alpha de Cronbach était de 0, 92 en période postnatal.

4.2.2. Trouble de stress posttraumatique

La symptomatologie traumatique a été évaluée à l'aide d'une échelle spécifique à l'état de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement "Child Birth Traumatique Event Scale". La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Elle est composée de 25 items qui correspondent aux cinq critères diagnostiques du DSM 5 : critère A (4 items) ; critère (B) ou **Intrusion** (5 items), critère (C) ou **Evitement** (2 items), critère (D) ou **Altérations négatives des cognitions** (8 items) ; et critère (E) ou **Hyper-activation neurovégétative** (6 items). Pour qu'une femme soit diagnostiquée comme ayant un trouble de stress post-traumatique après son accouchement, elle doit présenter, en plus du critère A, au moins :

- Un symptôme sur 5 du critère B ;
- Un symptôme sur 2 du critère C ;
- Trois symptômes sur 8 du critère D ;
- Deux symptômes sur 6 du critère E.

Cette échelle permet à la fois d'évaluer des symptômes liés à un trouble de stress post-traumatique et d'établir un profil de femmes avec TSPT.

Pour la population française, la validation de cette échelle a fait l'objet d'un article scientifique réalisé lors de cette recherche doctorale. L'article est présenté à la fin de la partie méthodologie de la recherche (Article 2).

Pour les femmes tunisiennes, l'étude de la structure psychométrique de l'échelle est présentée ci-dessous.

- ***Analyse exploratoire de la Child Birth Traumatique Event Scale sur la population tunisienne (CBTES-T) :***

Afin de vérifier si les critères B, C, D et E du DSM 5 pouvaient être identifiés comme des dimensions dans la CBTES, une analyse factorielle en composantes principales (ACP) avec rotation varimax a été conduite sur les vingt et un items (symptômes). L'ACP a relevé une structure à quatre facteurs expliquant 70,44% de la variance totale ; KMO = 0,91 ($p < 0,0001$). Cependant, comme il s'agit d'une échelle diagnostique composée principalement de symptômes, il est apparu que les items des quatre critères (B, C, D et E) du DSM 5 n'étaient pas répartis de manière totalement appropriée au sein des quatre facteurs apparaissant dans notre ACP. Le premier facteur de l'ACP est représenté principalement par des symptômes d'intrusion associés à des difficultés d'endormissement et à un état émotionnel négatif persistant. Le deuxième facteur est constitué par des symptômes liés à l'altération marquées de l'éveil et de la réactivité (hyper-activation neurovégétative et hypervigilance), associés à des difficultés à s'engager dans des activités, à des difficultés de rappel des aspects importants de l'évènement traumatique et à un sentiment de détachement émotionnel d'autrui. Le troisième facteur est constitué principalement des symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur liés aux comportements autodestructeurs. Le quatrième et dernier facteur est composé des symptômes d'évitements persistants des stimuli en lien avec l'évènement traumatique (voir tableau 2 ci-dessous).

La consistance interne du CBTES-T a été évaluée avec l'alpha de Cronbach qui était de 0,94 sur les vingt et un items (critères B, C, D et E). La consistance interne de chaque critère a aussi été évaluée : critère B ($\alpha = 0, 91$), critère C ($\alpha = 0, 84$), critère D ($\alpha = 0, 84$) et critère E ($\alpha = 0, 85$).

Tableau 3 : Analyse Exploratoire du CBTES-T destiné aux femmes tunisiennes

Composantes	1	2	3	4
B1. Souvenirs répétitifs concernant l'accouchement	.63			
B2. Cauchemars concernant l'accouchement	.70			
B3. Flash-back	.66			
B4. Sentiment de détresse psychique	.76			
B5. Réaction physiologique suite au rappel d'évènement concernant l'accouchement	.74			
C1. Evitement des pensées ou d'émotions liées à l'accouchement				.81
C2. Evitement des activités, personnes ou endroits pouvant rappeler l'accouchement				.74
D1. Difficultés à se rappeler des moments importants de l'accouchement		.63		
D2. Croyances négatives sur soi-même ou les autres			.75	
D3. Pensées négatives concernant l'équipe soignante			.81	
D4. Auto-blâme			.72	
D5. Etat émotionnel négatif persistant	.62			
D6. Difficultés à s'engager dans des activités		.78		
D7. Sentiment de détachement d'autrui		.77		
D8. Incapacité d'éprouver des émotions positives			.76	
E1. Comportement irritable ou accès de colère		.51		
E2. Comportement autodestructeur avec prise de risque			.71	
E3. Hypervigilance		.65		
E4. Réactions de sursaut exagéré		.75		
E5. Difficultés de concentration		.74		
E6. Difficultés d'endormissement	.52			

- ***Validité discriminante*** :

Les corrélations entre le score total de l'échelle de dépression postnatale (EPDS) et le score total du CBTES-T ainsi qu'avec les critères B, C, D et E mesurés deux mois après l'accouchement étaient modérées à élevées. On note une corrélation modérée entre le score de l'EPDS et le critère C évaluant les critères d'évitement était modérée (r = 0,37**). Tandis que les corrélations entre le score de l'EPDS et le critère B évaluant les symptômes d'intrusion (r = 0,50**), le critère D évaluant les altérations cognitives (r = 0,54**) et le critère E évaluant l'hyper-activation neurovégétative (r = 0,53**) étaient élevées. La corrélation entre le score de l'EPDS et le score du CBTES (critères B, C, D et E) était de (r = .64**). (Voir tableau 4)

Tableau 4 : Validité discriminante entre le CBTES-T et l'EPDS

Corrélation entre le score de la dépression et les critères diagnostiques du TSPT chez les femmes tunisiennes					
	Score TSPT	**Critère B**	**Critère C**	**Critère D**	**Critère E**
Score EPDS	**.64****	**.50****	**.37****	**.54****	**.53****

4.2.3. Le bonding maternel

L'évaluation des sentiments et des attitudes maternelles envers l'enfant a été réalisée à l'aide du Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Cet outil d'autoévaluation a été développé par Brockington et al. (2006) dans le but de repérer les désordres du lien mère-enfant durant la période du post-partum. Le PBQ est composé de 25 items répartis sur 4 sous-échelles : ***Altération du lien entre la mère et son enfant*** (12 items) ; ***Anxiété par rapport à l'enfant*** (4 items) ; ***Rejet de l'enfant*** (7 items) et ***Risque de maltraitance*** (2 items). Les items sont cotés de 0 (= "toujours") à 5 (= "jamais") pour les réponses positives telles que ***"je me sens proche de mon bébé"*** et de 0 (= "jamais") à 5 (= "toujours") pour les réponses négatives telles que ***"je regrette d'avoir eu mon bébé"***. Un score élevé indique une altération du bonding.

Pour la population française, une traduction et une adaptation de l'échelle a été menée par une équipe de recherche de l'Université de Toulouse II (Goutaudier, Sejourne, Bui, Cazenave, & Chabrol, 2014), indiquant une consistance interne élevée de 0,95. Pour notre étude nous avons choisi d'utiliser la version de Goutaudier et al. (2014) et d'introduire un nouvel item, ***"il m'arrive de secouer mon bébé lorsqu'il se montre particulièrement difficile"***, dans le but de garantir une meilleure sélection des femmes qui présentaient un score élevé dans la sous-échelle de risque d'abus. L'alpha de Cronbach était de 0,76 sur notre échantillon de femmes françaises. Pour les sous-dimensions du bonding, les alphas de Cronbach étaient les suivants : l'altération du lien entre la mère et son enfant ($\alpha = 0,66$), l'anxiété par rapport à l'enfant ($\alpha = 0,57$), le rejet de l'enfant ($\alpha = 0,70$) et le risque de maltraitance ($\alpha = 0,44$).

Pour la population tunisienne, un travail de traduction et d'adaptation culturelle a été réalisé sur cette échelle. La version traduite et adaptée sur la population tunisienne dans le cadre de cette recherche a montré une bonne consistance interne de 0,71. Pour les sous-dimensions du bonding, les alphas de Cronbach se présentaient de la façon suivante : l'altération du lien entre la mère et son enfant ($\alpha = 0,52$), l'anxiété par rapport à l'enfant ($\alpha = 0,44$), le rejet de l'enfant ($\alpha = 0,68$) et le risque de maltraitance ($\alpha = 0,28$).

Pour résumer, cette étude longitudinale a été menée en trois temps d'évaluation avec trois livrets de questionnaires différents (cf. Figure 3).

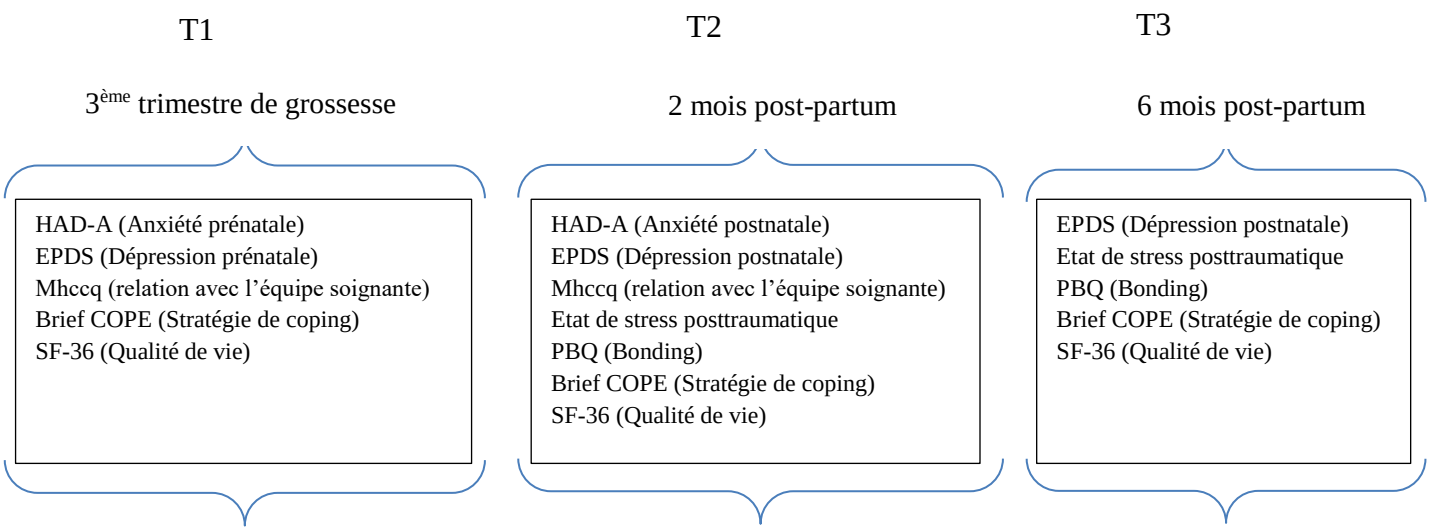


Figure 9 : Design longitudinal de la recherche avec les différents questionnaires utilisés

5. Traitement des données

Les analyses statistiques des données ont été opérées à l'aide du logiciel "*Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS, version 21)*. Pour les variables discontinues, des calculs de pourcentage et des tests de Khi^{2} ont été réalisés. Pour les variables continues, des calculs de moyennes, d'écarts-types, des t-Test de Student et des Anova ont été effectués.

Des corrélations avec le coefficient de Pearson ont été réalisées entre les scores des différentes échelles. Par convention, le seuil de significativité retenu était $p \leq 0{,}05$. Des analyses de régressions linéaires simples et hiérarchiques ont été effectuées afin de proposer des modèles prédictifs de la symptomatologie traumatique pour les deux populations de femmes françaises et tunisiennes. Des modèles linéaires à mesures répétées avec tests multidimensionnels ont été réalisés dans le but d'étudier l'effet du temps, des symptômes de stress post-traumatique et de leur interaction sur différentes variables.

Dans le but de proposer des modèles de médiation entre le trouble de stress post-traumatique, le bonding maternel et les stratégies de coping à deux mois post-partum, le Process macro for SPSS and SAS développé par Andrew Hayes a été utilisé (Hayes, 2012). Il s'agit d'un outil combiné d'analyse de médiation et de modération, qui permet d'estimer les effets directs et indirects dans les modèles de médiateurs simples ou multiples (avec des médiateurs parallèles ou en série). Cet outil permet d'estimer un modèle en calculant divers effets et en appliquant des méthodes d'inférences modernes comme les intervalles de confiance (Bootstrap) pour les effets indirects et la technique de Johnson-Neyman dans l'analyse de modération. Enfin, dans le but de présenter des modèles explicatifs par rapport à l'impact du TSPT sur le bonding maternel, des modèles d'équations structurelles ont été réalisés à l'aide du logiciel Onyx (von Oertzen, Brandmaier, & Tsang, 2015).

6. Considérations éthiques

Cette recherche s'inscrit dans la continuité du Projet ACCOUNOVA « Etude de l'efficacité d'une technique psychothérapeutique innovante chez les femmes ayant subi un stress post-traumatique lors de l'accouchement » doctorat d'Astrid George (2014), qui a fait l'objet d'une soumission au Comité de Protection des Personnes (CPP). Un avis favorable a été donné sous le numéro d'enregistrement 2010-A00287-32.

Chapitre 2 : Etude de validation de la brief COPE sur la population tunisienne

Article 1: A Tunisian adaptation and validation of the Brief COPE. The T-COPE

L'article a été soumis au *Journal of Transcultural Nursing.*

A Tunisian adaptation and validation of the Brief COPE. The T-COPE

Nawel HANNACHI*, Laurent MULLER & Elisabeth SPITZ

Authors:

Nawel Hannachi [a]*

Psychologist, PhD student

Laurent Muller [a]

PhD

Elisabeth Spitz [a]

PhD Professor

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Funding:

"STANISLAS" Graduate School. Lorraine University

Conflicts of interest:

None.

Background and objectives: This study reports on the adaptation and validation of the Brief COPE scale to the Tunisian cultural context.

Design and methods: A total of 750 subjects participated in the research. Following the translation and cultural adaptation of the scale, two studies were carried out. The first aimed to explore the stability of the T-COPE structure after the introduction of two new factors (dramatization and rumination). The second study was designed to confirm the final 16-factor model of the scale.

Results: Sixteen factors were extracted by EFA and explained 80.89% of the total variance of coping strategies. T-COPE factor scores were distributed with no floor or ceiling effects. Discriminant validity with the WHOQOL-BREF indicated a good constructive validity. Cronbach alphas were acceptable to good, ranging from 0.50 to 0.88. Confirmatory Factor Analyses of the T-COPE suggested a good model fit: X^2=608.953, X^2/DF=1.77; CFI=0.91; RMSEA=0.05; SRMR=0.05.

Conclusion: The Tunisian version of Brief COPE also showed a good structure in terms of model fit. Overall, after adjustment of items for the Maghreb dialect, the scale is deemed appropriate for both clinical and research uses with Tunisian-speaking people and can thus be applied to these populations.

Key words: Coping, adaptation, validation, cross-cultural, Brief COPE

1. Introduction

Coping has been widely identified as a crucial variable in understanding the actions and thoughts used by individuals when facing a stressful situation. It is described as one of the more proximal processes that predict psychological and behavioral responses to stress (Ntoumanis, Edmunds, & Duda, 2009). It has been conceptualized as either a dispositional style or a situational process. Although stable coping styles do exist and are important (Lazarus, 1993), many studies have emphasized coping as a highly contextual process. Therefore, the effectiveness of a coping strategy is contingent on its suitability with the stressful situation (Lazarus & Folkman, 1984) and must have the flexibility, to change over time and across different stressful conditions. In this perspective, coping has been defined in the cognitive theories of stress of Lazarus and Folkman (1984) as an individual's "constantly changing cognitive and behavioural efforts, designed to control, reduce or tolerate internal and/or external demands that are appraised as threatening or exceeding the resources of the person". Since the 1940s, the distinction most commonly used to classify coping strategies relies on coping functions, namely, problem- versus emotion-focused coping (Folkman & Lazarus, 1980). Problem-focused coping is aimed at resolving the stressful situation or altering the source of the stress in order to reduce its impact, while emotion-focused coping is aimed at managing the emotions associated with the situation and minimizing stressor-triggered distress rather than changing the situation itself. However, while coping is a complex process involving these two higher order adaptive functions, this categorization does not allow a conceptually clear, mutually exclusive and exhaustive classification (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Hence, it would appear that a set of lower order categories must be used to reliably classify instances of coping. Carver and colleagues (Carver, Scheier and Weintraub, 1989) accordingly adopted this position to develop the COPE inventory, as well as its later abridged version, the Brief COPE (Carver, 1997), and proposed an inventory based on fourteen 'ways of coping' constructed on a self-regulated theoretical background: active coping, planning, positive reframing, acceptance, humor, religion, use of emotional support, use of instrumental support, self-distraction, denial, venting, substance use, behavioral disengagement and self-blame.

The Brief COPE is among the more widely used measures of coping. It has been translated and validated into several languages including German (Knoll, Rieckmann, & Schwarzer, 2005), Spanish (Perczek, Carver, Price, & Pozo-Kaderman, 2000), French (Muller & Spitz, 2003) and

Korean (Kim & Seidlitz, 2002). There are two formats of the Brief COPE: the situational format to study coping in specific situations and the dispositional format to assess usual coping strategies used by an individual to cope with a stressful situation. For some studies, the instrument has been shown to have a respectable model fit (Maroco, Campos, Bonafé, da Graça Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2014; Monzani et al., 2015; Muller & Spitz, 2003). However, for other studies, the elimination of certain dimensions was needed in order to achieve a specific structure of the scale (Kim & Seidlitz, 2002; Knoll et al., 2005; Ruiz et al., 2015). Moreover, since the 2000s, research on coping has evolved considerably with the emergence of new strategies, such as in the area of pain management for example, in which the authors introduced new pain-specific dimensions (Esteve, Ramírez-Maestre, & López-Martínez, 2007; Irachabal, Koleck, Rascle, & Bruchon-Schweitzer, 2008).

Moreover, coping processes and outcomes are also thought to be influenced by individual cultural practices, beliefs and norms (Lam & Zane, 2004). Numerous studies focusing on cross-cultural differences in coping have been conducted and have identified clear differences between coping styles in Western, Asian and African settings. Among these studies, O'Connor & Shimizu (2002) identified differences between British and Japanese populations. For instance, Japanese participants used coping styles focused predominantly on emotional support and less on personal control than the British population. In a study conducted among individuals living with HIV in China, authors argued that, in general, strategies such as humor, self-distraction, problem solving and acceptance reflected the resilient nature of the traditional Chinese population (Su et al., 2015). On the other hand, a study by Mohanraj et al. (2015) conducted in South India showed that culturally, individuals in India did not use humor as a strategy to cope with stressful situations. Another study conducted by Aguilar-Vafaie & Abiari (2007) in Iranian students showed the importance of the role of religious coping among this population. Finally, studies by Utsey, Adams, & Bolden (2000) and van der Walt, Potgieter, Wissing, & Temane (2008) in an African setting demonstrated the use of a culture-specific coping strategy by the African population which included the use of rituals, spirituality, cognitive-emotional debriefing and collectivistic coping.

With regard to the Arabic language, the Brief COPE was translated in some studies, including in a Syrian sample (Khayat, 2008) and a Saudi sample (Al-Sowygh, 2013) although the authors of these studies do not indicate whether the translation was performed in literary Arabic or

according to the dialect of these countries. Indeed, in Arab countries, literary Arabic is the officially practiced language, whereas the spoken language may differ from one dialect to another. To date, no validation studies of the Brief COPE have been published in either literary Arabic or dialect.

In order to design a coping measure in a Tunisian setting, we adapted the Brief COPE in its situational format and tested its validity for use in the Tunisian population. This adaptation and validation study was carried out in two stages with two different population samples. The goal of the first study was to explore the stability of the T-COPE structure after introducing new factors. The second study was designed to confirm the structure of the T-COPE with its 16 subscales. Similarly to Carver (1997), we chose to maintain the distinction between different types of coping in the present study in order to provide greater detail regarding the various coping strategies used.

1. Methods

1.1. Participants and procedure

The research was carried out with two separate study samples. In the first and second study, data were extracted from the general population: employers from different institutions (banks, architectural firms, etc.), students and staff of two different universities, namely the Higher Institute of Human Sciences of Tunisia and the National School of Architecture and Urbanism.

1.2. Measurements

- ***Brief COPE***

Brief-COPE is a 28-item questionnaire consisting of the following 14 subscales (Carver, 1997):

- **Self-distraction**: consists in distracting oneself from thoughts related to the stressful situation or the goal with which the stressor is interfering. Example: daydreaming, escape through sleep or by being absorbed in television programs, etc. It is a variation of behavioral disengagement;

- **Active coping**: process by which the individual takes active steps to try to remove or circumvent the stressor or minimize its effects. This type of coping includes initiating direct action, increasing one's efforts, and judiciously executing a coping attempt to resolve the situation;
- **Planning:** thinking about organizing a plan to cope with the stressor. This involves implementing action strategies, what steps to take and how best to handle the problem;
- **Denial**: described as the refusal to believe that the stressor exists or an attempt to act as if the stressor is not real. It is often referred to as a controversial strategy since it can be useful when used to minimize emotional distress and facilitate the coping process, although long-term denial impedes functional strategies for denying the reality of the event and allows the event to become more serious there by making, the adjustment more difficult;
- **Substance use**: this strategy relates to substance use (alcohol, drugs and medication) to escape reality and avoid the stressful situation;
- **Use of emotional support**: this strategy is functional when a person gets to be reassured after a stressful situation. This implies the pursuit of moral support, sympathy and understanding;
- **Use of instrumental support** involves seeking social support for instrumental reasons, looking for advice, assistance or information;
- **Behavioral disengagement:** reducing one's efforts to cope with the stressor, even giving up the attempt to achieve goals with which the stressor is interfering;
- **Venting:** the tendency to focus on one's distress and to ventilate those feelings. This strategy is highly functional when the person focuses on his or her distress at the expense of an effort of active coping. However, this strategy may be suitable if the person uses the moment to vent his or her emotions, for example during a period of mourning;
- **Positive reframing**: this type of coping is aimed at managing emotions of distress. In other words, manage emotional distress rather than dealing with the stressor. This is aimed at getting the person to continue or resume active coping actions;
- **Humor**: this is a means of not taking the stressful situation seriously, to avoid being overwhelmed by emotions. It is through a cognitive avoidance effort that the individual attempts to cope with the situation;
- **Acceptance**: according to Carver, acceptance is a functional coping response. The acceptance of a stressful situation allows the person to engage in an attempt to deal with the stressor;

- **Religion:** this strategy could serve as a source of emotional support and a vehicle for positive reinterpretation;
- **Self-blame**: feeling of self-reproach associated with a sense of guilt.

Each subscale is comprised of two items assessed on a 4 point-scale: completely agree, agree, disagree, and completely disagree.

❖ ***Protocol for the translation and cross-cultural adaptation of T-COPE***

Historically, Tunisia was colonized by France over a period spanning 75 years. As a result of this colonization, the French language became an alternative to the Tunisian dialect. In addition, there are a large number of words and expressions in the Tunisian dialect extracted from the French lexical field. The French language is also the second official language of the country and several subjects such as mathematics, sciences and physics are taught in French. Even in the world of business and medicine, the professional jargon is mostly French. This proximity of the Tunisian dialect and the French language hence motivated our choice to begin from the French translation of the Brief COPE rather than the original English version.

In order to obtain the final version of the T-COPE, a specific methodology for the translation and cross-cultural adaptation was applied to the Brief COPE (Bullinger et al., 1998; Epstein, Osborne, Elsworth, Beaton, & Guillemin, 2015). In a first step, the French version of the Brief COPE was translated. This translation was carried out by three bilingual translators: a psychologist (the author of this study who is of Tunisian origin and bilingual) and two other professional translators comprised of native Arabic-Tunisian dialect speakers. The translations were made in the Tunisian dialect closest to the literary Arabic. Synthesis of the translations led to a unique version. Next, two other translators (native French speaking) performed a backward translation. Then, taking into account the information conveyed by the different translators on their choice of translation, an expert committee comprised of a psychologist, a linguist and a methodologist reviewed the translations and made cultural adaptations. The translation of the scale was carried out in collaboration with the authors of the French version of the Brief COPE (Muller & Spitz, 2003) who in turn had performed the translation of the French version in collaboration with the author of the original scale (Carver, 1997).

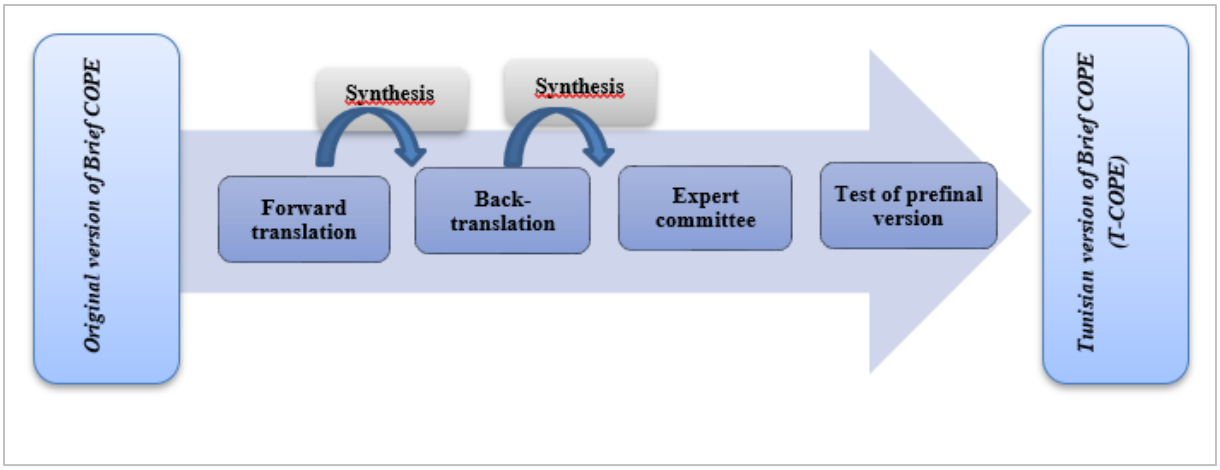


Figure1: Protocol of translation and cross-cultural adaptation of the T-COPE

❖ **Pre-test**

In order to test the acceptability of the questionnaire, 31 participants answered the translated scale (table 1). Interviews were thereafter conducted with the participants in order to collect their comments on items which appeared to have an ambiguous wording. Participants estimated the time needed to complete the questionnaire at 5 min.

After the pre-test phase, items such as active coping, denial, use of instrument support, use of emotional support, planning and humor were reformulated in order to clarify the ambiguous terms identified by the participants. Indeed, as in any language and dialect, polysemy is an important criterion that must be taken into consideration in translation. In the present instance, the Tunisian dialect is rich in polysemy that may have different meanings from one region to another. We therefore opted for a simple translation, accessible and understandable in the same manner by all Tunisians, with the use of words devoid of semantic ambiguity.

- **WHOQOL-BREF**

To explore the discriminant validity of the T-COPE, a global measure of quality of life was chosen which was not focused on health or disease. The short form of the WHOQOL-BREF (“Group development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment,” 1998) consists of two global health care items, exploring an individual's overall satisfaction with life and general sense of personal well-being, as well as 24 items exploring the different aspects of quality of life. These aspects consist of four factors: physical health,

psychological health, social relationships and environment. Answers are coded from 1 to 5 after which scores are converted to a linear scale from 0 to 100. A high score is an indicator of a good quality of life.

Given the absence of a validated and published version of the WHOQOL-BREF for the Tunisian population, the latter was translated and culturally adapted to this specific population by applying the translation protocol described by Bullinger et al. (1998) and Epstein et al. (2015). Internal consistency was used to assess the homogeneity of the scale. Cronbach's alpha indicated a good internal consistency with α= .92 and was found acceptable to good for each subscale: physical health (α= .75); psychological health (α= .85); social relationships (α= .71) and environment (α= .82).

1.3. Statistical analysis

The first study was conducted with an Exploratory Factor Analysis (EFA) based on Principal Component Analysis (PCA) and the Varimax rotation method, which allow reporting simple underlying structures in complex data (Shlens, 2014). The respective reliabilities of the global scale and of each sub-scale were examined by using Cronbach's alpha coefficient. Sensitivity of the scale was verified by using the floor and ceiling effect method. To determine discriminant validity, the scale was correlated with the WHOQOL-BREF. These correlational analyses were performed with the assumption that there was a poor correlation between the two scales and to verify that Brief COPE measures stress adjustment strategies and not quality of life.

The second study was based on a Confirmatory Factor Analysis (CFA). The Maximum Likelihood (ML) estimation method was used to test the models. The indicators used to evaluate model fit were chi-square ($X^2/DF \leq 2$), the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA≤0.06) and Bentler's comparative fit index (CFI ≥ 0.95; although an index between 0.90 and 0.95 was acceptable) (Kline, 2015). The Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) was computed with a goal of 0.08 for a good model fit (Broc, Carlsberg, Cazauvieilk, Faury, Loyal, 2017).

Statistical analyses were performed using SPSS 21.0 and AMOS 18 for CFA analysis.

2. Study 1

Several studies on coping have performed since the 2000s. These studies featured various objectives such as validation and adaptation of coping scales in different populations, the search of new structures as well as the specification of coping strategies used in each domain including health, education, work, etc. Accordingly, studies on coping strategies used in the setting of pain have revealed the importance of strategies such as dramatization and rumination. Moreover, it is known that exaggeration (moubalagha) is part of the cultural communication patterns in the Arab and North African world (Feghali, 1997; Patail, 1983).

Thus, based on our knowledge of Arabic and Maghrebeen societal culture (the first author being of Tunisian nationality) and to validate the Brief COPE in the Tunisian population, we decided to introduce these two new factors and to test the stability of the Tunisian structure of the Brief COPE. The 14 strategies proposed by Carver (28 items) were retained to which were added two new strategies comprised of the following two items:

- Dramatization: which expresses the notion of worrying and focusing only on the negative aspects of the situation (Rosenstiel & Keefe, 1983).
- Rumination: which refers to the act of repetitively thinking about the same situation and the recall of the same unproductive thoughts (Klauer & Filipp, 1993).

2.1. Results and discussion of study 1

The sample consisted of 443 participants consisting of 22 % men and 78 % women. The mean (SD) age of the participants was 29.84 (8.48) years, ranging from 18 to 68 years (Table1).

Table 1: Socio-demographic data of the Tunisian population samples

REFTAB

Variables	Pretest	Study1	Study2
		Data	
	(n =31)	(n= 443)	(n= 307)
Age			
Minimum/Maximum	19/38	18/68	18/73
Mean ± SD	26.71± 6.02	29.8 ± 8.4	28.85 ± 9.64
Gender			
Male	31.30%	22.10%	25.10%
Female	65.6 %	77.90%	74.90%
Professional situation			
Employed	-	39.30%	36.20%
Students	-	27.50%	41.40%
Unemployed	-	32.50%	22.10%
Retirees	–	0.70%	0.30%
Marital status			
Single	-	39.30%	57.70%
In couples	-	60.70%	40.10%

2.1.1. Factor structure

Table 2 presents the item loading for the postulated factors of the Tunisian version of Brief COPE.

Table 2: Exploratory Factor Analysis- Items loading

	Components															
Subscales	1 EV: 5.96% α= 0.66	2 EV: 4.34% α= 0.58	3 EV: 2.69% α= 0.63	4 EV: 5.15% α= 0.75	5 EV:2.26 % α= 0.57	6 EV: 3.72% α= 0.73	7 EV: 3.26% α= 0.66	8 EV: 3.79% α= 0.66	9 EV: 2.41% α= 0.52	10 EV: 7.46% α= 0.80	11 EV: 7.89% α= 0.84	12 EV: 11.32% α= 0.65	13 EV: 11.32% α= 0.64	14 EV:13.10 % α= 0.73	15 EV: 2.63% α= 0.56	16 EV: 2.21% α= 0.38
Planning 13	0,80															
Planning 26	0,82															
Behavioral disengagemt 6		0,81														
Behavioral disengagemt 15		.831														
Humor 16			0,82													
Humor 30			0,81													
Use of instrumental support 10				0,88												
Use of instrumental support 19				0,88												
Use of emotional support 14					0,67											
Use of emotional support5														0,85		
Self-blame 12						0,80										
Self-blame 27						0,89										
Self-distraction 1							0,84									
Self-distraction 17							0,84									
Acceptance 8								0,78								
Acceptance 24								0,86								
Denial 3									0,90							
Denial 22												0,41				
Religion 7										0,88						
Religion 29										0,83						
Substance use 4											0,88					
Substance use 23											0,89					
Dramatization 21												0,56				
Dramatization 31												0,74				
Rumination 25													0,72			
Rumination 32													0,72			
Venting 9														0,87		
Venting 18														0,84		
Positive reframing 11															0,77	
Positive reframing 28															0,56	
Active coping 2																0,83
Active coping 20																0,78
N	407	408	417	414	411	405	418	414	392	425	411	408	412	415	409	416
MEAN	6,27	4	4,71	4,92	6,09	5,42	5,99	5,74	4,83	3,02	6,26	4,43	5,84	6,18	6,16	6,63
Standard deviation	1,34	2,33	1,75	1,9	1,48	1,82	1,69	1,64	1,63	1,61	1,78	1,63	1,45	1,55	1,45	1,23

Analysis revealed a structure of 16 principal factors, accounting for 80.87% of the total variance of coping strategies; KMO = 0.69. Thirteen *a priori* sub-scales formed distinct factors: planning, behavioral disengagement, humor, use of instrumental support, self-blame, self-distraction, acceptance, religion, substance use, rumination and positive reframing. Three exceptions were noted for the other factors. First, items under "use of emotional support" (e.g. item 5: *I've been getting emotional support from others*; item 14: *I've been getting comfort and understanding from someone*) did not form a single factor while item 14 loaded with "venting" items. It is possible that these two items did not sufficiently reflect the search of emotional support by which an individual is able to be reassured and to understand after a stressful situation, but rather represented the possibility of venting feelings. This result may possibly be due to the fact that the translation was not sufficiently subtle to distinguish the difference between using emotional support and venting. Secondly, items of "active coping" (e.g. item 2*: I've been concentrating my efforts on doing something about the situation* ; item 20: *I've been taking action to try to make the situation better*) loaded respectively at 0.83 and 0.78 although on separate factors as documented in the Carver version (Carver, 1997) in which active coping did not form a single factor. Finally, item 22 of denial (*I've been refusing to believe that it has happened*) was associated with "dramatization" (e.g. item 21: *I felt that the situation was unbearable and I felt like* that *I'm not going to get better*; item 31: *I felt that I had no more to go on and deal with the situation*). This result could be due to the order in which the items were placed in the scale. Indeed, item (22) of denial was placed after item (21) of dramatization, which generates a halo effect. This cognitive bias can be defined as the influence of a response on another response. Indeed, the order of the questions in the questionnaire bears an influence on the responses since in order to be consistent; individuals tend to respond in the same manner as in the initial responses. It can be also described as a contamination phenomenon between the various questions ((Nisbett & Wilson, 1977; Pronin, Gilovich, & Ross, 2004).

2.1.2. Metric properties of the scale

a- Sensitivity

The scores of the 16 factors of the T-COPE were well distributed with no floor or ceiling effects. The percentage of responders achieving the highest or lowest possible score was ≤ 15% (Cortina, 1993; Roussel, 2005).

b- Reliability

Cronbach's alphas ranged from 0.38 to 0.84. A moderate alpha was noted for certain subscales such as "behavioral disengagement" (α= 0.58), "denial" (α= 0.52), "positive reframing" (α= 0.56), "use of emotional support" (α= 0.57) and poor internal consistency for "active coping" (α= 0.38). However, the reliability value of certain subscales was consistent with previous findings in other versions of the Brief COPE. For example, Cronbach's alpha for "behavioral disengagement" in the initial version (Carver, 1997) and in the examination of the structure of the French version (Doron et al., 2014) was 0.56 and 0.63, respectively. In the same French study, there was also a moderate internal consistency for "denial" (α=0.55) and "active coping" (α= 0.53).

It should also be noted that the alpha coefficient is dependent on the number of statements or the semantic redundancy of items. The greater the number of items or similarly-worded items, the higher the alpha coefficient (Cortina, 1993; Roussel, 2005). In the present scale, each dimension consisted of two items which would appear insufficient to calculate Cronbach's alpha and explain the obtained coefficients.

c- Discriminant Validity

Discriminant validity was assessed by calculating Pearson's correlation coefficients among the translated scale and the WHOQOL-BREF scores, the inter-correlations of which are depicted in (Table 3). As can be seen, the two scales were weakly to moderately correlated. The highest scores were observed between dramatization and physical health (r= -0.38**); dramatization and psychological health (r= -0.43**) and between dramatization and environment (r= -0.34**). This would appear logical since dramatization influences the perception of the person's quality of life and that stress generally interferes with the quality of life.

Table 3: Correlations of the Tunisian version of Brief COPE and the WHOQOL-BREF (Study1)

T- COPE subscales	**WHOQOL-BREF subscales**			
	physical health	Psychological	Social relationships	Environment
Active coping	0.122*	0.144*	0.078	0.075
Denial	-0.193**	-0.206**	-0.047	-0.154**
Self-blame	-0.145**	-0.148**	-0.190**	-0.186**
Acceptance	0.088	0.175**	0.199**	0.076
Self-distraction	0.187**	0.240**	0.114*	0.222**
Use of emotional support	-0.040	-0.037	0.004	0.012
Use of instrumental support	-0.084	-0.048	-0.009	-0.005
Humor	0.049	0.070	0.053	-0.036
Planning	0.147**	0.206**	0.160**	0.134*
Positive reframing	0.158**	0.188**	0.143*	0.124*
Behavioral disengagement	-0.078	-0.144*	-0.026	-0.105
Religion	0.130*	0.136*	0.239**	0.144*
Substance use	-0.171**	-0.189**	-0.217**	-0.186**
Venting	0.011	-0.046	0.031	0.007
Dramatization	-0.382**	-0.438**	-0.275**	-0.340**
Rumination	-0.270**	-0.292**	-0.135*	-0.220**

*Note: *p ≤ .05. **p ≤ .001*

3. Study 2

The goal of this second study was to confirm the 16-factor model of the T-COPE. Following the first study and based on its EFA results and to render the translation more suitable, certain linguistic changes were made relative to items of active coping and emotional support. The order of the items was also revised in order to avoid cognitive bias.

3.1. Results and discussion

The sample consisted of 307 participants comprised of 26% men and 74% women. The mean (SD) age of participants was 28.85 (8.64) years, ranging from 18 to 73 years (Table 1).
The CFA of the T-COPE with its 32 items and its 16 subscales suggest a good model fit[4]. X^2=608.953, DF=344 (X^2/DF= 1.77), p= 0.001; CFI=0.91; RMSEA= 0.05; SRMR= 0.05. Cronbach's alpha coefficients ranged from 0.50 to 0.88. These results are in keeping with the various findings which have been documented in general populations (Astorga, 2015) or in populations with specific diseases (Kimemia, Asner-Self, & Daire, 2011; Mohanraj et al., 2015; Su et al., 2015).

[4] Despite good model fit estimates, we nonetheless encountered the problem of "Heywood cases". Indeed, by proposing 2 items per subscale (Carver, 1997), we were aware of potential arising problems. A Heywood case is when the solution includes negative variance estimates (Dillon, Kumar, & Mulani, 1987; Gerbing & Anderson, 1987; Kline, 2015). In the present instance, the problem pertained to an error variance estimated at (e1= -4, 69) and (e26= -0, 17), which corresponds to the error of item1 of "Distraction" and item 27 of "Blame". As recommended, in order to treat negative error variance estimates, the error variance of (e1) and (e26) was established at 10%. It is a methodological solution aimed at preventing negative error estimates (Dillon et al., 1987; Gerbing & Anderson, 1987), particularly when the origin of the Heywood cases is not a lack of fit or a misspecification error but rather due to the number of items per factor.

4. General Discussion

Since the emergence of the conceptualization of coping (Folkman & Lazarus, 1980), research using this concept has continued to grow. Indeed, coping strategies have a crucial role in the adjustment to stressful situations. Brief COPE is an instrument that has been used in many areas of research, notably to evaluate coping with disease-related stress such as in heart failure (Bean, Gibson, Flattery, Duncan, & Hess, 2009; Paukert, LeMaire, & Cully, 2009), HIV (Sanjuán, Molero, Fuster, & Nouvilas, 2013; Su et al., 2015) and cancer (Merluzzi et al., 2017; Yusoff, Low, & Yip, 2010) as well as to assess coping by a caregiver of a family member with a chronic illness (Jackson et al., 2009). It is also used to evaluate coping related to other domains such as burnout (Gibbons, 2010) and terrorism (Stein et al., 2013). These studies have highlighted that the use of strategies such as disengagement, self-blame, denial and negative venting are significantly correlated with depression, anxiety, poor quality of life, disease progression and burnout.

Brief COPE has been adapted in several languages and contrary to the objective of the author of the origin scale (Carver, 1997), many validation studies have chosen to reduce the number of dimensions. As a result, different structures of the Brief COPE can be found, namely 3-factor solution (Brasileiro et al., 2016; Hur, MacGregor, Cherkas, Williams, & Spector, 2012), 4-factor solution (Baumstarck et al., 2017; Krägeloh, 2011), 5-factor solution (Doron et al., 2014; Kimemia, Asner-Self, & Daire, 2011; Mohanraj et al., 2015), 7-factor solution (Amoyal et al., 2011), 8-factor solution (Kapsou, Panayiotou, Kokkinos, & Demetriou, 2010; Moran, Landero, & Gonzalez, 2010) and 9-factor solution (Pozzi et al., 2015; Ruiz et al., 2015). In many instances, cognitive and behavioral strategies such as active coping and planning are proposed within a single factor. Strategies used to redirect or divert attention away from the stressful situation such as substance use, self-distraction, behavioral disengagement and denial are introduced in a single factor. Finally, social support strategies such as use of instrumental or emotional support, venting and religion are also proposed in a single factor. In most cases, after an inadmissible model fit solution of the 14-factor structure, authors propose other model solutions based on the EFA but without taking into account the preliminary theoretical framework (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

While the structure and strategies that constitute these factors differ within the various research settings, the goal of these studies is to propose the adequate structure for the targeted population. However, (Carver, 1997) recommended not to create a combination of subscales or to form an overall index of coping. Indeed, each subscale measures a “conceptually differentiable coping

reaction", allowing an evaluation of various coping strategies with which a person can respond to a stressful event. For example, authors commonly combine active coping and planning within a single factor while the first requires an active response to solve the problem or to reduce the source of stress and the second necessitates a cognitive response based on thinking about organizing a plan to deal with the stressful situation. Other frequently used combinations include those between self-blame (admonishing oneself for the responsibility of the situation), denial (thinking that the stressor is not real) and self-distraction (focusing away from the stressful situation), despite the fact that the three strategies are conceptually different. Thus combining different subscales into a single factor appears rudimentary and does not allow a deeper understanding of the concept of coping nor the different possible strategies. The originality of the present study is reflected in three specific elements: 1) to propose for the first time a new structure of the Brief COPE translated and validated in a Tunisian population, taking into account the specificity of the Tunisian dialect; 2) to retain the 14 original factors established by Carver, in order to maintain the diversity of the different subscales; 3) to add dimensions in conjunction with cultural adaptation.

The Brief-COPE is a simple and practical tool enabling the evaluation of different coping strategies in a short form. In the present study, while we have introduced the situational format of the scale, there is also a dispositional format, which assesses individual coping styles and provides information enabling to gain a better understanding of how individuals generally cope when they encounter a stressful situation (Carver, 1997). A future study would be of interest in order to validate the structure in a dispositional format.

Brief COPE can be used either in scientific research or in clinical practice. Indeed, assessment of the individual coping strategies may help clinicians assist individuals to cope more adaptively by using effective strategies. To this end, various cognitive behavioral therapies based on coping strategies have been developed in order to help individuals improve their health behavior when faced with different diseases. Such therapies include the "Cognitive Behavioral Stress Management" (Antoni, Ironson, & Schneiderman, 2007). This intervention, focused on learning how to better cope with daily stressors, is based on different sessions which include stress management and relaxation training. Among discussed elements in stress management is coping skill training which aims to define the various coping strategies, to explain to the individual how he or she can identify his or her own coping style and how to improve the latter in order to better deal with a stressful situation by reducing the emotional burden or solving the problem. This intervention has proven its efficacy in the field of therapeutic education, especially by improving quality of life, personal growth and interpersonal relationship, whether

in patients with specific diseases including cancer (Penedo et al., 2006) or in healthy subjects (Gaab et al., 2003). Indeed, studies indicate that this type of intervention may contribute toward reducing physiological stress parameters such as cortisol (Cruess et al., 2000) as well as facilitate positive emotional responses and improve the cell immune function such as among women with early-stage breast cancer (McGregor et al., 2004).

In summary, the T-COPE appears to be an appropriate measurement tool for use in the Tunisian population. To our knowledge, this study is the first to psychometrically validate Brief COPE in this particular population. In addition, since the Tunisian dialect originates from a common base of literary Arabic in Maghreb countries, it also remains understandable by these populations. It is thus our belief that by adjusting items to the specific dialect of the various Maghreb populations, the T-COPE can also be applied in these countries.

References:

Aguilar-Vafaie, M. E., & Abiari, M. (2007). Coping Response Inventory: Assessing coping among Iranian college students and introductory development of an adapted Iranian Coping Response Inventory (CRI). *Mental Health, Religion and Culture*, *10*(5), 489–513.

Al-Sowygh, Z. H. (2013). Academic distress, perceived stress and coping strategies among dental students in Saudi Arabia. *The Saudi Dental Journal*, *25*(3), 97–105.

Antoni, M. H., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2007). *Cognitive-behavioral stress management*. Oxford University Press. Retrieved from https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=YjfiBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=cognitive+behavioral+stress+management&ots=o4dx_9iZcy&sig=Huj-1aqrHT_WrHDk1F4RiQ0kWUo

ASTORGA, M. C. M. (2015). Coping and health in harassed teachers. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, *1*(1), 437–444.

Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: A new French four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*.

Bean, M. K., Gibson, D., Flattery, M., Duncan, A., & Hess, M. (2009). Psychosocial factors, quality of life, and psychological distress: ethnic differences in patients with heart failure. *Progress in Cardiovascular Nursing*, *24*(4), 131–140.

Brasileiro, S. V., Orsini, M. R., Cavalcante, J. A., Bartholomeu, D., Montiel, J. M., Costa, P. S., & Costa, L. R. (2016). Controversies regarding the psychometric properties of the brief COPE: the case of the Brazilian-Portuguese version "COPE breve." *PloS One*, *11*(3), e0152233.

Broc, Carlsberg, Cazauvieilk, Faury, Loyal, G., Mathilde, Christophe, Stéphane, Déborah. (2017). *Stats faciles avec R*. Retrieved from http://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807304789-stats-faciles-avec-r

Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., … Ware, J. E., Jr. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal Of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 913–923.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*(2), 267–283. https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267

Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, *78*(1), 98–104. https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.1.98

Dillon, W. R., Kumar, A., & Mulani, N. (1987). Offending estimates in covariance structure analysis: Comments on the causes of and solutions to Heywood cases. *Psychological Bulletin*, *101*(1), 126–135. https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.1.126

Doron, J., Trouillet, R., Gana, K., Boiché, J., Neveu, D., & Ninot, G. (2014). Examination of the hierarchical structure of the Brief COPE in a French sample: Empirical and theoretical convergences. *Journal of Personality Assessment*, *96*(5), 567–575. https://doi.org/10.1080/00223891.2014.886255

Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(4), 360–369.

Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Martínez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*(2), 179–188.

Feghali, E. (1997). Arab cultural communication patterns. *International Journal of Intercultural Relations*, *21*(3), 345–378.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(3), 219–239. https://doi.org/10.2307/2136617

Gerbing, D. W., & Anderson, J. C. (1987). Improper solutions in the analysis of covariance structures: Their interpretability and a comparison of alternate respecifications. *Psychometrika*, *52*(1), 99–111. https://doi.org/10.1007/BF02293958

Gibbons, C. (2010). Stress, coping and burn-out in nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(10), 1299–1309.

Group development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. (1998). *Psychological Medicine*, *28*(3), 551–558. https://doi.org/10.1017/S0033291798006667

Hur, Y.-M., MacGregor, A. J., Cherkas, L., Williams, F. M., & Spector, T. D. (2012). Age differences in genetic and environmental variations in stress-coping during adulthood: a study of female twins. *Behavior Genetics*, *42*(4), 541–548.

Irachabal, S., Koleck, M., Rascle, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stratégies de coping des patients douloureux: adaptation française du coping strategies questionnaire (CSQ-F). *L'Encéphale*, *34*(1), 47–53.

Jackson, A. C., Enderby, K., O'Toole, M., Thomas, S. A., Ashley, D., Rosenfeld, J. V., … Gedye, R. (2009). The role of social support in families coping with childhood brain tumor. *Journal of Psychosocial Oncology*, *27*(1), 1–24.

Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C. M., & Demetriou, A. G. (2010). Dimensionality of coping: An empirical contribution to the construct validation of the Brief-COPE with a Greek-speaking sample. *Journal of Health Psychology*, *15*(2), 215–229. https://doi.org/10.1177/1359105309346516

Khayat, R. A. (2008). *Perceived stress, coping styles and periodontitis: A cross cultural analysis*. ProQuest Information & Learning, US.

Kim, Y., & Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences*, *32*(8), 1377–1390. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00128-3

Kimemia, M., Asner-Self, K. K., & Daire, A. P. (2011). An exploratory factor analysis of the Brief COPE with a sample of Kenyan caregivers. *International Journal for the Advancement of Counselling*, *33*(3), 149–160.

Klauer, T., & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK): Handanweisung*. Hogrefe, Verlag f. Psychologie.

Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. Retrieved from https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=Q61ECgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Principles+and+practice+of+structural+equation+modelling&ots=jDmm3uA8lj&sig=_imf8TooW0Bh5ekOXJaj2MYK7JE

Knoll, N., Rieckmann, N., & Schwarzer, R. (2005). Coping as a Mediator Between Personality and Stress Outcomes: A Longitudinal Study with Cataract Surgery Patients. *European Journal of Personality*, *19*(3), 229–247. https://doi.org/10.1002/per.546

Krägeloh, C. U. (2011). A systematic review of studies using the Brief COPE: Religious coping in factor analyses. *Religions*, *2*(3), 216–246.

Maroco, J., Campos, J. B., Bonafé, F. S., da Graça Vinagre, M., & Pais-Ribeiro, J. (2014). Adaptação transcultural Brasil-Portugal da escala Brief COPE para estudantes do ensino superior. *Psicologia, Saúde E Doenças*, *15*(2), 300–313.

Merluzzi, T. V., Philip, E. J., Heitzmann Ruhf, C. A., Liu, H., Yang, M., & Conley, C. C. (2017). Self-Efficacy for Coping With Cancer: Revision of the Cancer Behavior Inventory (Version 3.0). *Psychological Assessment*. https://doi.org/10.1037/pas0000483

Mohanraj, R., Jeyaseelan, V., Kumar, S., Mani, T., Rao, D., Murray, K. R., & Manhart, L. E. (2015). Cultural adaptation of the Brief COPE for persons living with HIV/AIDS in Southern India. *AIDS and Behavior*, *19*(2), 341–351.

Monzani, D., Steca, P., Greco, A., D'Addario, M., Cappelletti, E., & Pancani, L. (2015). The situational version of the Brief COPE: Dimensionality and relationships with goal-related variables. *Europe's Journal of Psychology*, *11*(2), 295.

Moran, C., Landero, R., & GONZÁLEZ, M. T. (2010). COPE-28: a psychometric analysis of the Spanish version of the Brief COPE. *Universitas Psychologica*, *9*(2), 543–552.

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. = Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among a french population. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, *29*(6), 507–518.

Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). The halo effect: Evidence for unconscious alteration of judgments. *Journal of Personality and Social Psychology*, *35*(4), 250–256. https://doi.org/10.1037/0022-3514.35.4.250

Ntoumanis, N., Edmunds, J., & Duda, J. L. (2009). Understanding the coping process from a self-determination theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, *14*(2), 249–260.

O'Connor, D. B., & Shimizu, M. (2002). Sense of personal control, stress and coping style: A cross-cultural study. *Stress and Health*, *18*(4), 173–183.

Patail, R. (1983). *The Arab Mind (Revisited Ed)*. New York: Charles Scribner's Sons.

Paukert, A. L., LeMaire, A., & Cully, J. A. (2009). Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Aging & Mental Health*, *13*(4), 601–610. https://doi.org/10.1080/13607860802459823

Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, *74*(1), 63–87. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA740105

Pozzi, G., Frustaci, A., Tedeschi, D., Solaroli, S., Grandinetti, P., Di Nicola, M., & Janiri, L. (2015). Coping strategies in a sample of anxiety patients: factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain and Behavior*, *5*(8). Retrieved from http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/brb3.351/full

Pronin, E., Gilovich, T., & Ross, L. (2004). Objectivity in the Eye of the Beholder: Divergent Perceptions of Bias in Self Versus Others. *Psychological Review*, *111*(3), 781–799. https://doi.org/10.1037/0033-295X.111.3.781

Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, *17*(1), 33–44.

Roussel, P. (2005). Chapitre 9. Méthodes de développement d'échelles pour questionnaires d'enquête. *Méthodes & Recherches*, 245–276.

Ruiz, R. J., Gennaro, S., O'Connor, C., Marti, C. N., Lulloff, A., Keshinover, T., … Melnyk, B. (2015). Measuring coping in pregnant minority women. *Western Journal of Nursing Research*, *37*(2), 257–275.

Sanjuán, P., Molero, F., Fuster, M. J., & Nouvilas, E. (2013). Coping with HIV related stigma and well-being. *Journal of Happiness Studies*, *14*(2), 709–722.

Shlens, J. (2014). A tutorial on principal component analysis. *arXiv Preprint arXiv:1404.1100*. Retrieved from https://arxiv.org/abs/1404.1100

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 216–269. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216

Stein, N. R., Schorr, Y., Litz, B. T., King, L. A., King, D. W., Solomon, Z., & Horesh, D. (2013). Development and validation of the coping with terror scale. *Assessment*, *20*(5), 597–609.

Su, X., Lau, J. T., Mak, W. W., Choi, K. C., Feng, T., Chen, X., … others. (2015). A preliminary validation of the Brief COPE instrument for assessing coping strategies among people living with HIV in China. *Infectious Diseases of Poverty*, *4*(1), 41.

Utsey, S. O., Adams, E. P., & Bolden, M. (2000). Development and initial validation of the Africultural Coping Systems Inventory. *Journal of Black Psychology*, *26*(2), 194–215.

van der Walt, C., Potgieter, J. C., Wissing, M. P., & Temane, M. Q. (2008). Validation of a coping scale in an African context. *Journal of Psychology in Africa*, *18*(1), 155–166.

Yusoff, N., Low, W. Y., & Yip, C. H. (2010). Reliability and validity of the Brief COPE Scale (English version) among women with breast cancer undergoing treatment of adjuvant chemotherapy: a Malaysian study. *Med J Malaysia*, *65*(1), 41–44.

Acknowledgments :

The authors wish to thank the EPSAM team of Lorraine University (JB Lanfranchi and Estelle Fall) for their advice for statistical analyses and the psychology laboratory team in Tunisia (Dorra Ben Alaya, Wafa Ammar, Nadra Achour and Yasmine Hentati) for their help in data collection. Thanks to the translation team and to Mrs Manel Bouaita, PhD student in linguistics, University of Paris Sorbonne. A special thanks to Professor Francis Guillemin for his thorough re-reading of this article

Appendix 1. The T- COPE

باش نطلبو منك تخمم في آخر موقف صعيب عشتو في الشهرين إلي فاتو و في الطريقة إلي واجهت بيها الموقف. جاوب على الإقتراحات هاذي بإختيار الإجابة إلّي تقرب أكثِر للطريقة إللّي تصرفت بيها كردة فعل. "حدِّد الموقف الصعيب إلّي عشتو:

1.عملت نشاطات باش نرفّه على روحي و ننسى شوية إلّي صارلي

2. لقيت حلّ للوضعيّة

3.ما صدقتش إلّي صارلي

4.باش نحس روحي خير ، شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرى (دواء،مخدرات، دخان،إلخ).

5. لوّجت على شكون يساندني معنويًا

6. سلّمت و ما عاودش لوّجت باش نلقا حلّ للوضعية

7. حاولت نرتّح نفسيتي بالصلاة

8. تقبلت وضعي الجديد

9. حسّيت إلّي الأمر لا يطاق و ظهرلي إلّي حالتي موش باش تتحسّن

10. فضفضت و حكيت علّي مقلقني

11. حاولت نشوف الوضعية بطريقة إيجابية أكثر

12. لوّجت على شكون ينجم يعاوني ماديًا

13. عاتبت روحي

14. لوّجت على شكون ياقِف معايا ويتفهّم وضعيتي

15. رفضت باش نصدق إلّي صارلي

16. خذيت الوضعية بتفذليك باش ما نورّيش إلّي نحس فيه

17. عملت حاجة باش ما نبقاش نخمم فلّي صارلي (مشيت للسنما، تفرّجت في التلفزة، قريت، حلمت و أنا فايق(ة)، رقدت و !لاّ مشيت نتسوق).

18. عبَّرت على أحاسيسي السلبية وحكيت علّى مقلّقني

19. سلّمت وما عادش نخمم في الحكاية

20. لوَّجت على شكون ينجّم يعاوني فلّي نستحقلو(فلوس، سيّارة، ملابس، إلخ)

21. سوّيت الوضعية

22. كل ما خممت في الحكاية، لقيت أفكاري تدور في نفس الدوّامة

23. شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرا (دواء،دخان، مخدرات، إلخ) باش نسيت شوية إلّي صارلي

24 . تعلّمت نعيش مع وضعي الجديد

25. حسّيت روحي ما عنديش القدرة باش نكمّل و باش نواجه الموقف

26. خمّمت في إستراتجية لِلّي باش نعملو

27. لْمت روحي علّي صارلي

28. لوّجت على الحاجات الإيجابية فلّي صارلي

29 . صلّيت و إلاّ دعيت

30. كنت ديما نخمم في نفس الحكاية

31. من كثر ما تقلّقت، ولّيت نضحك على الوضعيّة

32. خططت للمراحل إلي باش نتبعهم

Appendix 2 : T-COPE subscales

Self-distraction : 1/ 17

Active coping: 2/21

Denial: 3/15

Substance use: 4/23

Use of emotional support: 5/14

Behavioral disengagement: 6/19

Religion: 7/29

Acceptance: 8/24

Dramatization: 9/25

Venting: 10/18

Use of instrumental support: 12/20

Positive reframing: 11/28

Self-blame: 13/27

Humor: 16/31

Rumination : 22/30

Planning : 26/32

Chapitre 3 : Adaptation et validation d'une échelle spécifique au trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement sur la population française

Article 2 : Adaptation et validation d'une échelle spécifique aux événements traumatiques en lien avec l'accouchement : Prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) selon les nouveaux critères diagnostic du DSM 5.

L'article a été soumis à la revue *Médecine Périnatale.*

Adaptation et validation d'une échelle spécifique aux événements traumatiques en lien avec l'accouchement : Prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) selon les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5.

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé

Introduction : Plusieurs recherches ont été menées sur le stress post traumatique suite à l'accouchement au cours des vingt dernières années. La majorité de ces études se sont basées sur les critères diagnostiques du DSM IV. L'objectif de la présente étude était de créer et de valider une échelle spécifique au Trouble Stress Post Traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement « Child Birth Traumatic Event Scale (CBTES) » selon les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5 sur une population de femmes françaises.

Méthode : Cette étude a été réalisée auprès des femmes françaises, sur trois temps d'évaluation : troisième trimestre de grossesse (T1 ; n = 420), deux mois après l'accouchement (T2 ; n = 153) et six mois après l'accouchement (T3 ; n = 65).

Résultats : L'ACP a révélé une structure à quatre facteurs expliquant 52,16% de la variance totale ; KMO = 0,72 ($p < 0,001$). La consistance interne du CBTES a été évaluée avec l'alpha de Cronbach qui était de 0,82 sur les vingt et un items (critères B, C, D et E). La validité discriminante a été réalisée en utilisant l'échelle de dépression postnatale (EPDS) et a montré que les corrélations entre les deux échelles se situaient entre ($r = 0,1$) et ($r = 0,52$) selon les critères diagnostiques évalués.

La prévalence du TSPT était de 5,2% deux mois après l'accouchement et de 3,1% à six mois post-partum. La prévalence du TSPT partiel (critère A + 3/4 des critères B, C, D et E) était de 16,3% deux mois après l'accouchement et de 10, 8%, à six mois post-partum. Les femmes avec TSPT partiel différaient des femmes sans TSPT selon la primiparité et la perception du soutien de l'équipe soignante.

Discussion : Cette échelle est spécifique pour l'évaluation du TSPT en lien avec l'accouchement selon les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5. Des entretiens cliniques restent nécessaires pour compléter et confirmer le diagnostic du TSPT.

Abstract

Introduction: Several studies have been conducted on post-traumatic stress disorder following childbirth during the last twenty years. Most of them are based on the diagnostic criteria of the DSM IV.

Objective: The aim of this research is to validate a specific measure of PTSD after childbirth based on diagnostic criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, fifth edition.

Method: A total of 420 French women were recruited during the last trimester of pregnancy. Then, they were contacted at two months (n = 153) and six months post-partum (n = 65).

Results: A principal components analysis was conducted, and a 4-factor solution was retained, which explained 52, 16% of the variance; KMO = 0.72 ($p < 0.001$). The internal consistency of the CBTES was assessed with Cronbach's alpha ($\alpha = 0.82$) on the 21 items (Criteria B, C, D and E). The discriminant validity was performed using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and showed that the correlations between the two scales were between ($r = 0\ .01$) and ($r = 0.52$).

The prevalence of PTSD at two months postpartum was 5.2% and 3.1% at six months postpartum. The prevalence of partial PTSD (criterion A + 3/4 of criteria B, C, D and E) was 16.3% at two months postpartum and 10.8% at six months postpartum. Women with partial PTSD differed from women without PTSD in terms of parity and perceived support from maternity team care.

Discussion: This scale is specific for the evaluation of PTSD specific to childbirth according to the new diagnostic criteria of DSM 5. Clinical interviews are still needed to complete and confirm the diagnosis of PTSD.

1. Introduction

Contrairement aux croyances sociales, donner naissance à un enfant peut ne pas toujours être synonyme de bonheur et de plénitude dans la vie d'une femme. Plusieurs études ont mis en évidence que l'accouchement constitue une étape particulièrement marquante de la vie d'une femme et peut être à l'origine de bouleversements tant sur le plan physique que psychologique. De nombreuses recherches décrivent l'accouchement comme un évènement traumatique qui peut provoquer un sentiment de peur intense, d'impuissance ou d'horreur chez certaines femmes (Boudou, Séjourné, & Chabrol, 2007; Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000; Imširagić, Begić, Šimičević, & Bajić, 2017). Elles indiquent que l'accouchement peut entrainer un Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) dans la période postnatale. La prévalence de ce trouble est évaluée entre 1,44% et 4,48% durant les trois premiers mois après l'accouchement et autour de 5% à six mois post-partum (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz, Ayers, & Phillips, 2016) . Concernant la fréquence de la présence de symptômes d'ESPT, certaines études avancent que la prévalence d'un ESPT partiel (selon la présence de 2 ou 3 critères diagnostiques B, C et D du DSM IV) va de 28 à 33% (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006).

Le nombre de publications scientifiques sur le syndrome de l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) à la suite de l'accouchement a évolué de façon exponentielle durant les 20 dernières années. Jusqu'en 2013, l'ESPT était classé dans la catégorie des troubles anxieux et son diagnostic était réalisé en se référant aux critères du DSM IV puis du DSM IV-R. Dans la nouvelle et dernière version du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), plusieurs révisions ont été apportées au diagnostic de ce trouble. Le premier changement concerne le classement de l'ESPT dans une nouvelle catégorie distincte intitulée « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ». Pour les changements apportés aux critères diagnostiques de l'ESPT, la première modification réalisée est relative à l'extension des évènements du critère A qui indiquait précédemment que "*l'exposition d'une personne à un évènement traumatique impliquant une mort ou une menace de mort, une blessure grave de soi ou d'autrui ou une menace pour l'intégrité physique de soi ou d'autrui*". A ces évènements, le DSM 5 rajoute : les agressions sexuelles ou la menace d'agressions sexuelles ainsi que l'exposition de manière répétée à des récits aversifs de l'évènement traumatique. De plus, les victimes indirectes sont reconnues comme pouvant souffrir d'un trouble post-traumatique du fait de leur proximité émotionnelle avec la victime directe. En outre, pour le critère A, le DSM 5 indique que les sentiments liés aux réactions émotionnelles, telles que la peur intense,

l'impuissance et l'horreur, ne sont plus des symptômes indispensables à la reconnaissance d'un trouble post-traumatique. La deuxième modification apportée dans cette nouvelle édition du DSM relève de l'introduction de nouveaux signes cliniques et d'un critère supplémentaire. Il s'agit du critère D qui a été créé à la suite du regroupement des symptômes d'engourdissement émotionnel et de nouveaux symptômes tels que l'auto-blâme et les émotions négatives persistantes de l'humeur (crainte, horreur, colère, culpabilité et/ou honte). De plus, dans le critère E qui porte sur les symptômes de l'hyper-activation neurovégétative et de l'hyper-activité, un signe clinique sur les comportements imprudents et autodestructeurs a été introduit. La troisième modification implique la suppression du critère F sur la durée des symptômes et la distinction entre ESPT aigu (durée des symptômes compris entre un et trois mois) et ESPT chronique (durée des symptômes supérieure à trois mois) qui apparaissait précédemment dans le DSM IV-R. Ainsi dans le DSM 5, toute personne qui présente les critères A, B, C et D depuis une durée supérieure à un mois est considérée comme souffrant d'un trouble de stress post-traumatique. La quatrième modification concerne le diagnostic du TSPT qui ne peut pas être posé chez une personne sous l'emprise d'une substance comme les médicaments, l'alcool et/ou les drogues (critère H). Finalement, la cinquième modification porte sur une précision dans le diagnostic concernant les symptômes de dépersonnalisation et/ou de déréalisation. Ces signes permettent de déterminer si la personne présente des symptômes dissociatifs en plus des symptômes traumatiques.

Cette présente étude a trois objectifs : le premier est d'adapter et de valider une échelle spécifique au trouble de stress post traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement sur une population de femmes françaises selon les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5. Le deuxième objectif est de présenter la prévalence du TSPT à deux et six mois après l'accouchement, ainsi que la prévalence du TSPT partiel (présence de 4 critères sur 5) et la fréquence des critères diagnostiques (B, C, D et E) du DSM 5. Le troisième objectif consiste à comparer en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel, les caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales des femmes ainsi que la perception du soutien de l'équipe soignante.

2. Méthode

2.1. Procédure et considération éthique

Cette étude longitudinale a été réalisée sur trois temps d'évaluation. Durant la période prénatale, les femmes ont été recrutées lors des séances de préparation à la naissance à partir du troisième trimestre de grossesse. Elles ont été sollicitées dans les cabinets de sages-femmes exerçant dans le secteur privé et situés dans les régions Grand-Est et Ile de France. Après avoir présenté aux potentielles participantes les objectifs de l'étude et les modalités de participation à la recherche, ces femmes ont été invitées à remplir un formulaire de consentement éclairé et un premier livret de questionnaires.

Cette recherche s'inscrit dans la continuité du Projet Accounova « Etude de l'efficacité d'une technique psychothérapeutique innovante chez les femmes ayant subi un stress post traumatique lors de l'accouchement » et qui a fait l'objet d'une soumission au Comité de Protection des Personnes (CPP). Ce protocole a été accepté sous la référence CPP :10/561 ; sous le numéro Afssaps : B110860-10 et sous le numéro EudraCT : 2010-A00287-32.

2.2. Population

Au total, 420 femmes francophones ont participé à l'étude durant la période prénatale (T1). Deux mois après la date prévue du terme, les participantes ont été recontactées pour prendre part au deuxième temps de l'étude (T2). Parmi elles, 153 femmes ayant accouché à terme d'un enfant vivant et sans pathologie néonatale ont accepté de répondre au deuxième livret de questionnaires. Le troisième temps de l'étude a été réalisé six mois après l'accouchement (T3) avec 65 femmes qui ont accepté de répondre à un troisième livret.

2.3. Matériel

2.3.1. Questionnaire socio-biographique et antécédents

Le premier questionnaire a été complété lors de la première phase de l'étude (3eme trimestre de grossesse). Les femmes ont répondu à des questions portant sur des données socio-biographiques (âge, statut marital, statut socio-professionnel), des données gynécologiques (antécédents de fausses couches ou de problèmes gynécologiques), des données psychologiques (antécédents de troubles psychopathologiques, traumatismes antérieurs, suivis psychologiques, etc.) et des données familiales (perception de la qualité du soutien conjugal et familial).

Le second questionnaire complété par les femmes deux mois après leur accouchement présentait des questions sur des données obstétricales (type d'accouchement, durée, éventuelles complications, etc.) et le vécu de l'accouchement.

Le troisième questionnaire proposé aux femmes 6 mois après leur accouchement ne comportait que les échelles standardisées.

2.3.2. Symptomatologie dépressive

Les symptômes de dépression postnatale évalués à deux mois puis à six mois post-partum ont été mesurés avec l'Edinburgh Postnatal Depression scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), version française de Guédeney & Fermanian (1998) (Guédeney & Fermanian, 1998). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de dix items cotés de 0 à 3. Le score seuil de 12 (soit les valeurs supérieures ou égales à 12) a été utilisé comme indicateur de dépression (Teissèdre & Chabrol, 2004).

.

2.3.3. Symptomatologie traumatique

Les symptômes du trouble de stress post traumatique (TSPT) ont été estimés avec une nouvelle échelle, la « Child Birth Traumatic Event Scale (CBTES) » développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). Au total, cette échelle est composée de 25 items : quatre items qui permettent de sélectionner les femmes qui ont vécu un accouchement traumatique (critère A) ; ces items sont cotés de 1 (= Pas du tout d'accord) à 4 (= Tout à fait d'accord) et vingt et un items qui permettent d'évaluer les symptômes de stress post traumatique ; ces items sont cotés de 1 (= Jamais) à 4 (= La plupart du temps).

2.3.4. Perception de la qualité de la relation avec l'équipe soignante

La perception de la qualité de la relation avec l'équipe soignante et de son soutien à l'autonomie de la patiente a été évaluée durant la deuxième et la troisième phase de l'étude avec la version courte du modified Health Care Climate Questionnaire (mHCCQ). Il s'agit d'une échelle développée par Williams et al en 2005 (Williams, Lynch, & Glasgow, 2007; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005) et composée de six items, cotés de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai).

2.4. Analyses statistiques

Pour répondre au premier objectif correspondant à la validation d'une échelle de stress post traumatique spécifique à l'accouchement sur une population de femmes françaises (CBTES), une analyse exploratoire par composante principale (ACP) avec rotation varimax a été réalisée. Il s'agit d'une méthode qui permet de rapporter des structures sous-jascentes simples à partir de données complexes. (Shlens, 2014). L'analyse de la consistance interne de l'échelle a été conduite avec l'alpha de Cronbach. La validité discriminante a été effectuée avec l'analyse des corrélations entre les critères (B, C, D et E) du CBTES et les scores de dépression post-partum (EPDS).

La comparaison des caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales des femmes ainsi que la perception du soutien de l'équipe soignante, en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel, a été opérée avec des tests de Student et des Khi-deux. La décision de mener des comparaisons en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel (critère A +3/4 des critères B, C, D, E) a été prise à cause de la taille réduite de l'échantillon (n = 8) formé par le groupe des femmes avec TSPT total (critère A+ critères B, C, D et E).

Le logiciel SPSS 21 a été utilisé pour les analyses statistiques.

3. Résultats

3.1. Variables socio-démographiques

L'âge des femmes était compris entre 20 et 43 ans, avec une moyenne de 30 ans (ET = 4,35). La majorité des 420 femmes (98,57%) vivaient en couple et avaient un emploi (85%). La plupart des femmes (73,6%) sont primipares et plus de la moitié ont vécu un accouchement par voie basse (79,7%), parmi ces dernières, 14,4% ont eu un accouchement instrumentalisé (avec ventouses, forceps, etc.). Quant à l'accouchement par césarienne (20,3%), la majorité des femmes dans notre échantillon ont connu des césariennes d'urgence (14,4%). Les variables sociodémographiques et obstétricales des femmes sont décrites dans le tableau 1.

Tableau 1 : Variables sociodémographiques et obstétricales des femmes françaises

Variables	n	%
Phase prénatale (T1)	**420**	
Age		
Minimum/Maximum	20/43	
Mean ± SD	30.27± 6.02	
Statut marital		
En couple	414	98.57%
Célibataire	6	1.43%
Situation professionnelle		
Avec emploi	357	85%
Sans emploi	62	15%
Type de grossesse		
Primipare	309	73.60%
Multipare	111	26.40%
Phase postnatale (T2)	**153**	
Type d'accouchement		
Par voie basse	100	65.30%
Avec instruments	22	14.40%
Césarienne programmée	9	5.90%
Césarienne d'urgence	22	14.40%

3.2. Adaptation et validation du Child Birth Traumatic Event Scale

La « Child Birth Traumatic Event Scale » (CBTES) a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Il s'agit d'une échelle qui évalue le Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement et qui comprend tous les symptômes du TSPT indiqués dans le DSM 5. Pour créer cette échelle, les auteurs se sont référés à l'échelle de stress post traumatique lié à l'accouchement développée par (Wijma et al. (1997) et à l'échelle péritraumatique de Pierrehumbert et al. (2004). Deux raisons principales sont à l'origine de la création du CBTES : (1) La création d'une échelle française spécifique au TSPT en lien avec l'accouchement, (2) L'utilisation des nouveaux critères diagnostiques du DSM 5 pour l'évaluation du TSPT. Ainsi, le CBTES a pour but d'évaluer les symptômes du TSPT et d'établir un *profil* de femme avec TSPT à la suite de l'accouchement. Le choix d'utiliser le terme *profil* TSPT a été fait car il s'agit d'une échelle aidant au diagnostic, réalisée sur la base de questionnaires auto-administrés sans entretien clinique à l'appui (Wijma, Söderquist, & Wijma, 1997). En somme, le CBTES offre la possibilité de déterminer le *profil* TSPT chez les femmes durant la période postnatale ainsi que la fréquence et la sévérité des symptômes du TSPT en lien avec l'accouchement. Pour le critère A, composé de quatre items, la décision de garder les mêmes items que dans l'échelle développée par Wijma et al. (1997) (le TES) a été prise car ce critère permet de bien sélectionner les femmes qui ont vécu leur accouchement comme une expérience traumatique. D'autre part, les critères diagnostiques B, C, D et E sont mesurés à l'aide de vingt-et-un items : critère (B) ou **Intrusion** (cinq items), critère (C) ou **Evitement** (deux items), critère (D) ou **Altérations négatives des cognitions et de l'humeur** (huit items), et critère (E) ou **Altérations marquées de l'éveil** (six items). En suivant la nouvelle édition du DSM 5, des items complémentaires ont été introduits dans le questionnaire développé par Wijma et al. (1997), notamment par rapport aux perceptions négatives persistantes et exagérées de soi ou des autres (« *depuis mon accouchement, j'ai des pensées négatives sur moi-même, sur autrui ou sur le monde* »), aux pensées négatives concernant l'équipe soignante (« *depuis mon accouchement, j'en veux à l'équipe médicale* »), au blâme persistant exagéré de soi ou des autres (« *lorsque je repense à mon accouchement, j'éprouve des émotions déplaisantes* »), et aux comportements autodestructeurs avec prise de risque (« *je prends trop de risque et je fais des choses qui peuvent me nuire* »).

Pour qu'une femme soit diagnostiquée comme présentant le *profil* TSPT, elle doit présenter, en plus du critère A, un ou plusieurs symptômes des critères d'intrusion et d'évitement, au moins

trois symptômes d'altérations des cognitions, ainsi que deux symptômes d'hyper-activation neurovégétative. Les personnes qui répondent "De temps en temps", "Souvent" ou "La plupart du temps" sont considérées comme présentant le symptôme.

***Analyse exploratoire des dimensions du Child Birth Traumatic Event Scale* :**

Afin de vérifier si les critères B, C, D et E du DSM 5 pouvaient être identifiés comme des dimensions dans le CBTES, une analyse factorielle en composantes principales (ACP) avec rotation varimax a été conduite sur les vingt-et-un items (symptômes). L'ACP a relevé une structure à quatre facteurs expliquant 52,16% de la variance totale ; KMO = 0,72 ($p < 0,001$). Cependant, comme il s'agit d'une échelle diagnostique composée principalement par des symptômes, il est apparu que les items des quatre critères (B, C, D et E) du DSM 5 ne sont pas répartis de manière distincte sur les quatre facteurs apparaissant. Le premier facteur de l'ACP est représenté par des symptômes d'intrusion associés à des difficultés d'endormissement, un état émotionnel négatif persistant associé au blâme de soi et des reproches exprimés vis-à-vis de l'équipe soignante. Le deuxième facteur est constitué par les symptômes d'évitement liés à l'accouchement, associés à un sentiment de détresse psychologique. Dans le troisième facteur, sont regroupés des symptômes d'engourdissement émotionnel, des croyances négatives sur soi-même et autrui, et des difficultés à s'engager dans des activités. Le quatrième et dernier facteur est composé des symptômes d'hyper-activation neurovégétative et d'hypervigilance associés à des réactions de sursaut (voir tableau 2).

La consistance interne du CBTES a été évaluée avec l'alpha de Cronbach qui était de 0,82 sur les vingt et un items (critères B, C, D et E).

Tableau 2 : Analyse exploratoire des dimensions du Child Birth Traumatic Event Scale

Composante	1	2	3	4
B1. Souvenirs répétitifs concernant l'accouchement	.58			
B2. Cauchemars concernant l'accouchement	.58			
B3. Flash-back	.63			
B4. Sentiment de détresse psychique		.59		
B5. Réaction physiologique suite au rappel d'évènement concernant l'accouchement		.32		
C1. Evitements des pensées ou d'émotions liés à l'accouchement		.61		
C2. Evitement des activités, personnes ou endroits pouvant rappeler l'accouchement		.47		
D1. Difficultés à se rappeler des moments importants de l'accouchement		.51		
D2. Croyances négatives sur soi-même ou les autres			.60	
D3. Pensées négatives concernant l'équipe soignante	.49			
D4. Auto-blâme	.52			
D5. Etat émotionnel négatif persistant	.44			
D6. Difficultés à s'engager dans des activités			.74	
D7. Sentiment de détachement d'autrui			.81	
D8. Incapacité d'éprouver des émotions positives			.73	
E1. Comportement irritable ou accès de colère				.57
E2. Comportement autodestructeur avec prise de risque	.43			
E3. Hyper-vigilance				.70
E4. Réactions de sursaut exagérée				.77
E5. Difficultés de concentration				.70
E6. Difficultés d'endormissement	.83			

- ***Validité discriminante*** :

Les corrélations entre le score total de l'échelle de dépression postnatale (EPDS) et le score total du CBTES ainsi qu'avec les critères B, C, D et E mesurés deux mois après l'accouchement allaient de faibles à modérées. On note des corrélations faibles entre le score de l'EPDS et le critère B évaluant les symptômes d'intrusion (r = 0,01) et le C évaluant les critères d'évitement (r = 0,11). Tandis que les corrélations entre le score de l'EPDS, le critère D évaluant les altérations cognitives (r = 0,33**) et le E évaluant l'hyper activation neurovégétative (r = 0,52**) étaient élevées. La corrélation entre le score de l'EPDS et le score du CBTES (critères B, C, D et E) était de (r = .37**). (Voir tableau 3)

Tableau 3 : Validité discriminante entre le CBTES et l'EPDS

Corrélation entre le score de la dépression et les critères diagnostiques du TSPT					
	Score TSPT	**Critère B**	**Critère C**	**Critère D**	**Critère E**
Score EPDS	**.37****	**.01**	**.11**	**.33****	**.52****

3.3. Prévalence de l'état de stress post traumatique à la suite de l'accouchement

Parmi les 153 femmes qui ont répondu au CBTES deux mois après leur accouchement, huit (5,2%) ont été diagnostiquées comme présentant un TSPT total (critères A, B, C, D et E). Cette prévalence a diminué à 3,1% six mois après l'accouchement (voir tableau 4). Le TSPT partiel (critère A + 3/4 des critères B, C, D et E) a aussi été estimé deux mois après l'accouchement. Dans ce cas, vingt-cinq femmes (16,3%) ont présenté des symptômes de TSPT partiel, alors qu'à six mois post-partum, elles n'étaient plus que sept femmes (10,8%). En ce qui concerne la fréquence de chaque critère, les résultats ont montré que deux mois après l'accouchement, les femmes présentaient plus de symptômes d'hyperactivité neurovégétative (45,1%), suivis par les symptômes d'altération cognitive (35,3%), d'intrusion (31,4%) et d'évitement (12,4%). Ces fréquences ont diminué à six mois post-partum (voir tableau 4).

Tableau 4 : Prévalence du TSPT à deux mois et à six mois après l'accouchement chez les femmes françaises

	2 mois post-partum (n=153)		6 mois post- partum (n=65)	
	%	n	%	n
ESPT (5 critères)	5,2	8	3,1	2
ESPT (4 critères)	16,3	25	10,8	7
Critère B	31,4	48	29,2	19
Critère C	12,4	19	10,8	7
Critère D	35,3	54	29,2	19
Critère E	45,1	69	32,3	21

3.4. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales des femmes en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel (critère A+ 3/4 parmi les critères B, C, D et E)

Les résultats ont indiqué que les deux groupes de femmes différaient selon la primiparité ($\chi^2(1) = 4,20$; $p = 0,04$) avec un pourcentage plus élevé de primiparité chez les femmes présentant un TSPT partiel (10,4%). Toutefois, il n'y avait pas de différences significatives en ce qui concerne l'âge ($t = -0,85$; $p = 0,13$), la situation conjugale, le fait d'avoir un emploi ou non, les complications lors de la grossesse précédente ou actuelle, le soutien du conjoint, et le mode d'accouchement (voir tableaux 5a et 5b).

3.5. Comparaison de la perception du soutien de l'équipe soignante en fonction de la présence ou non-d'un TSPT partiel

Les femmes avec TSPT partiel estimaient significativement plus que l'équipe soignante n'avait pas répondu à leurs attentes en termes de soutien et de support médical et psychologique durant l'accouchement, en comparaison des femmes qui ne présentaient pas de TSPT partiel (t = 3,03 ; p = 0,003).

Tableau 5a : Comparaison de l'âge et de la perception du soutien de l'équipe soignante des femmes en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel (test T)

	Femmes sans TSPT partiel (n=129)		Femmes avec TSPT partiel (n=25)		*t*
	Moyenne	θ	Moyenne	θ	
Age	30,86	3,67	31,58	4,33	-0,85
Perception du soutien de l'équipe soignante	**3,77**	1,02	**3,07**	1,20	**3,03****

Tableau 5b : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques, familiales, obstétricales des femmes en fonction de la présence ou non d'un ESPT partiel (test de khi-deux)

Variables sociodémographiques et obstétricales		Femmes sans TSPT partiel (n=129)	Femmes avec TSPT partiel (n=25)	***khi-deux***	***p***
		%			
Situation conjugale	En couple	82,9	16,4	χ^2 **(1)= 0,19**	0,65
	Séparée	0,7	0		
Activité professionnelle	Employée	74,7	14,3	χ^2 **(1)= 0,028**	0,86
	Sans emploi	9,1	1,9		
Complications grossesses précédentes	Oui	39,6	15,1	χ^2 ***(1)= 1,81***	0,17
	Non	39,6	5,7		
Primiparité	**Primipares**	**68,8**	**10,4**	χ^2 ***(1)= 4,20***	**0,04**
	Multipares	**14,9**	**5,8**		
Complications grossesse actuelle	Oui	22,2	5,2	χ^2 ***(1)= 0,31***	0,57
	Non	61,4	11,1		
Soutien du conjoint	Oui	25,3	4,5	χ^2 ***(1)= 0,50***	0,82
	Non	58,4	11,7		
Mode d'accouchement	Voie basse	57,8	7,8	χ^2 **(2)= 4,29**	0,11
	Voie basse avec instruments	15,6	4,5		
	Césarienne	10,4	3,9		

4. Discussion

Plusieurs travaux réalisés auprès de femmes durant leur période périnatale ont montré que l'accouchement peut être une expérience traumatisante qui peut engendrer un Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) dans la période postnatale (Boudou et al., 2007; Creedy et al., 2000; Imširagić et al., 2017). Pour le diagnostic du stress post traumatique, un très grand nombre de ces études ont utilisé des échelles non spécifiques au traumatisme en lien avec l'accouchement, telles que le "PTSD symptom Scale, Self Report" (PSS-SR) (Foa, Riggs, Dancu, & Rothbaum, 1993), le "Impact of Event Scale" (IES) (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), le "Posttraumatic Stress Disorder Interview (Questionnaire)" (PTSD-I(Q)) (Watson, Juba, Manifold, Kucala, & Anderson, 1991), le "MINI International Neuropsychiatric Interview" (M.I.N.I) (Lecrubier et al., 1997), etc…. Ces échelles génériques ont montré de bonnes qualités psychométriques et permettent des études quantitatives intéressantes sur le stress post traumatique suite à une variété d'évènements traumatiques (Stramrood et al., 2010). En revanche, seule la "Traumatic Event Scale" (TES) de Wijma & Soderquist. (1997) est spécifique au diagnostic de l'ESPT en lien avec l'accouchement selon les critères diagnostiques du DSM IV.

L'objectif de cette présente étude était l'adaptation et la validation d'une échelle (CBTES) spécifique au Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement et fondée sur les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013). En ce qui concerne l'adaptation et la validation de la CBTES, les analyses de l'ACP ont montré que les quatre facteurs distincts retrouvés ne recouvraient pas les quatre critères (B, C, D et E) du DSM 5. D'après ces résultats, il peut être noté que les items s'assemblent en fonction de deux catégories : d'une part les cognitions qui qualifient le vécu de l'expérience traumatique, et d'autre part les réactions de la femme suite à cette expérience. La première catégorie regroupe à la fois le premier et le deuxième facteur de l'ACP, dans lesquels sont retrouvés principalement des items associés à des souvenirs négatifs liés à l'accouchement, tels que des pensées déplaisantes concernant l'équipe soignante mais aussi des items d'évitement cognitif du rappel de l'expérience traumatique. La seconde catégorie regroupe le troisième et le quatrième facteur de l'ACP, qui contiennent des items en lien avec les réactions suite au vécu traumatique de l'accouchement. Il s'agit des items sur les difficultés à s'engager dans des activités, le sentiment de détachement, les comportements d'irritabilité et les difficultés de concentration. Ce constat est concordant avec les résultats d'une précédente recherche réalisée sur la structure de deux échelles diagnostiques du stress post traumatique utilisées suite à l'accouchement (le TES de

Wijma et al. (1997) et le PSS-SR de Foa et al. (1993)), et dans laquelle l'analyse exploratoire des deux échelles montrait que les critères diagnostiques B, C et D du DSM IV se répartissaient sur deux facteurs et non sur trois facteurs distincts. L'un des facteurs indiquait les symptômes d'évitement et d'hyper-activation neurovégétative que les auteurs ont qualifiés de symptômes de dysphorie, alors que le deuxième facteur représentait les conséquences cognitives et émotionnelles de l'expérience traumatique (Stramrood et al., 2010). Les résultats montrent que la consistance interne du CBTES est équivalente à celle retrouvée sur l'échelle de Wijma, l'alpha de Cronbach étant de 0,84 (Wijma et al., 1997).

La distinction entre le trouble de stress post traumatique suite à l'accouchement et la dépression du post-partum a souvent été débattue (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; S. Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016; Maggioni et al., 2006). Cette distinction requiert des nuances que l'évaluation à l'aide du CBTES devrait faciliter. Bien que leurs mesures respectives (CBTES (Hannachi & Spitz., 2017) et EPDS (Cox et al., 1987)) puissent avoir en commun l'altération des habilités cognitives et de certaines fonctions exécutives telles que la prise de décision, la planification, la capacité d'adaptation aux changements environnementaux, il faut souligner que plusieurs items du CBTES ne sont pas associés au score de dépression post-partum. Ainsi, le CBTES mesure bien des entités différentes de la dépression du post-partum comme la détresse physique et psychique liée spécifiquement aux souvenirs de l'accouchement, l'évitement de pensées, d'émotions, d'activités ou de personnes liées à l'accouchement, les difficultés de rappel des moments importants de l'accouchement et enfin la survenue d'émotions déplaisantes comme la peur, la colère ou la honte suite au rappel de l'accouchement.

Dans cette population, la prévalence du TSPT dans le post-partum est légèrement plus élevée en comparaison des autres études réalisées sur le TSPT deux mois après l'accouchement et qui situaient la prévalence entre 0,6% et 3,6%. (Alcorn et al., 2010 ; Ford & Ayers, 2011; Haagen, Moerbeek, Olde, van der Hart, & Kleber, 2015; Olde et al., 2005; Tavares et al., 2012; Verreault et al., 2012). En revanche, à six mois post-partum, la prévalence trouvée est en accord avec différentes études qui ont indiqué une prévalence du TSPT entre 1,2 % et 5,8% (Alcorn et al., 2010; Stramrood et al., 2011), mais également inférieure par rapport à d'autres recherches qui ont indiqué une prévalence autour de 12% (Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld, & Ehring, 2014; Zaers, Waschke, & Ehlert, 2008). Toutefois, il faut souligner que les résultats de ces études sont basés sur les critères diagnostiques du DSM IV non spécifiques à l'accouchement.

Dans cette étude, la prévalence des femmes présentant un TSPT partiel selon les critères diagnostiques du DSM 5 (critères A + 3/4 critères) a aussi été évaluée à deux mois post-partum. Les résultats retrouvés concordent avec d'autres recherches indiquant une prévalence de symptômes de TSPT entre 10% et 26% (Engelhard, Van Den Hout, Kindt, Arntz, & Schouten, 2003; Montmasson, Bertrand, Perrotin, & El-Hage, 2012; Zaers et al., 2008). Concernant la fréquence des symptômes de TSPT à deux et six mois de l'accouchement, dans notre étude les femmes présentaient significativement plus de symptômes d'hyperactivité neurovégétative et moins de symptômes d'évitement. Ces résultats sont concordants avec d'autres études (Susan Ayers, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009; Cigoli et al., 2006; Lemola, Stadlmayr, & Grob, 2007; Maggioni et al., 2006) qui ont avancé que les symptômes d'hyperactivité neurovégétative sont en grande partie liés aux changements physiologiques vécus par la mère suite à l'arrivée de l'enfant. En effet, durant les premières semaines du post-partum, les femmes manquent de sommeil à cause des réveils répétés du bébé et peuvent encore souffrir de douleurs en lien avec leur accouchement, ce qui pourrait expliquer des symptômes comme les difficultés de concentration, l'irritabilité et l'hypovigilance. Les visites de contrôle post-accouchement et les soins postnataux de routine, qui nécessitent dans certains cas le déplacement à l'hôpital, rendent plus difficile pour les femmes présentant un risque de TSPT l'évitement des rappels de l'accouchement. Par conséquent, ce renforcement pourrait expliquer en partie la faible fréquence des symptômes d'évitement (Susan Ayers et al., 2009).

Les femmes présentant un TSPT partiel différaient d'une part selon la primiparité et d'autre part selon la perception du soutien de l'équipe soignante par rapport aux femmes sans TSPT. Ces résultats confirment les résultats des travaux réalisés sur les facteurs de risque d'un TSPT dans le post-partum. Dans une étude réalisée au Royaume Uni sur un échantillon de 138 femmes, il a été relevé que près de 60% des femmes qui présentent un TSPT dans le post-partum étaient des primipares (Ayers et al., 2009), de plus une autre étude réalisée auprès de femmes nigérianes a abouti au même constat (Adewuya, Ologun, &Ibigbami, 2006). Concernant la perception d'un manque de soutien et de support de la part de l'équipe soignante durant la grossesse et l'accouchement, plusieurs études ont identifié qu'il s'agissait d'un facteur prédicteur important dans le développement de symptômes de stress post traumatique dans la période du post-partum (S. Ayers et al., 2016; De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011).

A travers ce travail, un nouvel instrument spécifique de l'évaluation des symptômes du TSPT et de l'établissement d'un *profil* de femme avec une suspicion de TSPT en lien avec l'accouchement a été proposé en langue française. Cette échelle (CBTES) respecte tous les critères diagnostiques du DSM 5 (2013) pour le TSPT et elle peut aider à la détection de ce trouble suite à l'accouchement, ainsi qu'à l'évaluation de la fréquence et de la sévérité des symptômes du TSPT en lien avec l'accouchement. Cependant des entretiens cliniques complémentaires restent nécessaires pour confirmer le diagnostic du TSPT.

Bien qu'il y ait la perte d'un certain nombre de participantes au cours de cette étude longitudinale, ce travail confirme bien le fait que l'accouchement peut être vécu par certaines femmes comme un évènement traumatique et qu'il pourrait entraîner un trouble de stress posttraumatique dans le post-partum. Ainsi la détection de troubles psychopathologiques lors du post-partum présente un enjeu majeur de santé publique car les effets négatifs de troubles sur la santé psychique de la mère peuvent constituer un vrai obstacle au développement des interactions mère-enfant, ainsi qu'au sentiment d'efficacité maternel.

Remerciements

Les auteurs remercient les sages-femmes libérales qui les ont aidées dans l'élaboration de cette étude ainsi que toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette recherche.

Références

Adewuya, A., Ologun, Y., & Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*, *113*(3), 284–288.

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fifth Edition*.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, *46*(6), 1121–1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 200–204. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029

Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Childbirth Pain, Perinatal Dissociation and Perinatal Distress as Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms*, *35*(11), 1136–1142. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.09.014

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(6), 782–786.

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.

De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, *32*, 87–92. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010

Engelhard, I. M., Van Den Hout, M. A., Kindt, M., Arntz, A., & Schouten, E. (2003). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(1), 67–78.

Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *6*(4), 459–473.

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, *26*(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Guedeney, N., & 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*, *13*(2), 83–89. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0

Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 135–143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.049

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*(3), 209–218.

Imširagić, A. S., Begić, D., Šimičević, L., & Bajić, Ž. (2017). Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth–A Croatian longitudinal study. *Women and Birth*, *30*(1), e17–e23.

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., … Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224–231.

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.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90. https://doi.org/10.1080/01674820600712875

Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, *41*(6), 553–560. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.010

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J., Wijnen, H. A., & Pop, V. J. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(3), 125–142.

Pierrehumbert, B., Borghini, A., Forcada-Guex, M., Jaunin, L., Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2004). Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 162, pp. 711–721). Elsevier.

Shlens, J. (2014). A tutorial on principal component analysis. *arXiv Preprint arXiv:1404.1100*. Retrieved from https://arxiv.org/abs/1404.1100

Stramrood, C. A., Huis in'T Veld, E. M., Van Pampus, M. G., Berger, L. W., Vingerhoets, A. J., Schultz, W. C. W., … Paarlberg, K. M. (2010). Measuring posttraumatic stress following childbirth: a critical evaluation of instruments. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *31*(1), 40–49.

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *32*(2), 88–97. https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.569801

Tavares, D., Quevedo, L., Jansen, K., Souza, L., Pinheiro, R., & Silva, R. (2012). Prevalence of suicide risk and comorbidities in postpartum women in Pelotas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *34*(3), 270–276.

Teissèdre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(1), 51–54.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(4), 257–263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, *14*, 200–200. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-200

Watson, C. G., Juba, M. P., Manifold, V., Kucala, T., & Anderson, P. E. (1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *Journal of Clinical Psychology*, *47*(2), 179–188.

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(6), 587–597.

Williams, G. C., Lynch, M., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology*, *26*(6), 728.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 39–45.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

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. https://doi.org/10.1080/01674820701804324

PARTIE C : RESULTATS

Chapitre 1 : Présentation de la partie résultats

Sept articles scientifiques seront présentés dans cette partie de la thèse.

Le premier article de la partie résultats et qui correspond à l'article 3 de la thèse, porte sur une recherche prospective sur la population française. Le but de cette étude était de déterminer dans un premier temps la prévalence du trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement, tout en se référant aux critères diagnostiques du DSM 5. Ensuite, dans un second temps, fournir plus d'informations sur les facteurs de risque qui lui sont associés. Cet article est intitulé « **Etude prospective sur le Trouble du Stress Post-Traumatique en lien avec l'accouchement : Prévalence et facteurs associés chez les femmes françaises »**. Cet article est en cours de finition et sera soumis dans la *Revue Européenne de psychologie appliquée*.

Le deuxième article de la partie résultats et qui correspond à l'article 4 de la thèse, propose d'étudier le trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement auprès de la population tunisienne. La prévalence du TSPT et les facteurs prédictifs qui lui sont associés ont été présentés dans ce travail. Cet article s'intitule « **Etude prospective sur le Trouble de Stress Post Traumatique en lien avec l'accouchement chez les femmes tunisiennes : Prévalence et facteurs associés »**. Cet article est en cours de finition et sera soumis dans la revue *Pratiques psychologiques*.

Le troisième article de la partie résultats correspond à l'article 5 de la thèse. Dans le but d'une comparaison transculturelle entre les deux populations de femmes françaises et tunisiennes, une étude comparative par rapport aux facteurs de risques associés au développement du TSPT dans la période postnatale a été réalisée. Cette étude a fait l'objet d'un article scientifique intitulé « **Etat de stress post traumatique suite à l'accouchement : Etude prospective des facteurs de risque sur deux populations de femmes françaises et tunisiennes ».** Cet article est en cours de finition et sera soumis à la revue *Midewifery*.

Le quatrième article de la partie résultats correspond à l'article 6 de la thèse. Afin d'étudier l'impact du TSPT sur le développement du lien mère-enfant et de donner plus d'informations sur les dimensions spécifiques du bonding qui seraient altérées par ce trouble, une étude sur la population française a été réalisée. L'objectif de cette recherche était aussi de fournir plus d'informations sur les variables médiatrices entre le TSPT et le bonding maternel. Ces analyses ont été réalisées en suivant l'approche de Hayes. Cette étude a fait l'objet d'un article scientifique intitulé « **Impact du Trouble de Stress Post-traumatique à la suite de**

l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes françaises. Médiation des stratégies de coping ». Cet article est en cours de finition et sera soumis dans la revue *European psychologist*.

Le cinquième article de la partie résultats correspond à l'article 7 de la thèse. Dans le but d'étudier l'impact du TSPT sur le développement du lien mère-enfant et de donner plus d'informations sur les dimensions spécifiques du bonding qui seraient altérées par ce trouble, une étude sur la population tunisienne a été réalisée. L'objectif de cette recherche était aussi de fournir plus d'informations sur les variables médiatrices entre le TSPT et le bonding maternel. Ces analyses ont été réalisées en suivant l'approche de Hayes. Cette étude a fait l'objet d'un article scientifique intitulé « **Impact du TSPT à la suite de l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes tunisiennes. Médiation des stratégies de coping »**. Cet article est en cours de finition et sera soumis à la revue *Archives of women's mental health*.

Le sixième article de la partie résultats correspond à l'article 8 de la thèse. En se référant au modèle transdiagnostique avec approche processuelle, un modèle explicatif sur l'impact du trouble de stress post-traumatique sur le bonding maternel et les facteurs de risques associés, auprès des femmes françaises a été proposé. Cette étude a fait l'objet d'un article scientifique intitulé « **Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : un modèle explicatif avec les facteurs de risques associés** ». Cet article est en cours de finition.

En fin, le septième article de la partie résultats correspond à l'article 9 de la thèse. Cette recherche propose un modèle explicatif sur l'impact du trouble de stress post-traumatique sur le bonding maternel et les facteurs de risques associés, auprès des femmes tunisiennes. Cette étude a fait l'objet d'un article scientifique intitulé « **Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : un modèle explicatif avec les facteurs de risques associés auprès d'une population de femmes tunisiennes** ». Cet article est en cours de finition.

Chapitre 2 : Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement auprès d'une population française. Etude transversale à deux mois post-partum

Article 3 : Etude prospective sur le Trouble de Stress Post Traumatique en lien avec l'accouchement : Prévalence et facteurs associés chez les femmes françaises

L'article est en cours de finition et sera soumis dans la *Revue Européenne de psychologie appliquée*.

Etude prospective sur le Trouble du Stress Post-Traumatique en lien avec l'accouchement : Prévalence et facteurs associés chez les femmes françaises

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé :

Objectifs : Les objectifs de la présente étude étaient de (1) déterminer la prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) et de la symptomatologie traumatique (TSPT partiel) suite à l'accouchement chez une population de femmes françaises selon les critères diagnostiques du DSM 5 et ainsi de différencier deux groupes : un groupe de femmes présentant un TSPT partiel en lien avec l'accouchement et un groupe de femmes sans TSPT partiel suite à l'accouchement ; (2) comparer les 2 groupes de femmes à travers leurs caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales, leur niveau d'anxiété et de dépression, leur perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, et également par rapport aux stratégies de coping qu'elles mettent en place, ainsi qu'au regard de leur qualité de vie.

Méthode : L'échantillon comprenait 420 femmes avec deux temps d'évaluations : au cours du troisième trimestre de grossesse et à deux mois post-partum. Les femmes ont complété des questionnaires mesurant la symptomatologie traumatique (le CBTES), l'anxiété (HAD), la dépression (Edinburgh Post natal Depression Scale), la perception du soutien de l'équipe soignante (mHccq), les stratégies de coping (Brief COPE) et la qualité de vie (SF-36).

Résultats : A deux mois du post-partum, 5,2 % des femmes présentaient un TSPT total et 16,3 % présentaient un TSPT partiel (critères A+ 3 /4 des critères B, C, D et E du DSM 5). La comparaison des deux groupes a montré que les femmes avec TSPT partiel et sans TSPT ne différaient pas selon l'âge, la situation professionnelle ou selon le soutien social perçu. Cependant, la primiparité (t= -2,06 ; p= 0,04) différenciait les deux groupes de femmes. Les analyses réalisées suite au contrôle de la variable « primiparité » ont montré que, comparativement aux femmes sans TSPT, les femmes avec TSPT partiel présentaient plus de dépression postnatale (D= 5,827 ; p= 0,01), utilisaient le déni comme stratégie de faire face (D= 6,171 ; p= 0,01), avaient une moins bonne perception du soutien de la part de l'équipe soignante (D= 6,657 ; p= 0,01), estimaient avoir une moins bonne qualité de vie physique (D= 13,890 ; p= 0,001) et déclaraient avoir plus de douleurs physiques (D= 7,100 ; p= 0,009), ainsi que des limitations dues à leur état affectif (D= 5,379 ; p= 0,02).

Discussion : Il s'agit d'une première étude sur la prévalence du TSPT chez les femmes françaises à l'aide d'un outil diagnostiques spécifique au TSPT en lien avec l'accouchement et s'appuyant sur les critères diagnostics du DSM 5.

Abstract:

Objectives: The objectives of this study were to (1) determine the prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Traumatic Symptomatology (partial PTSD) following childbirth in a population of French women according to the diagnostic criteria of the DSM 5 and thus to differentiate two groups: a group of women with partial PTSD related to childbirth and a group of women without partial PTSD following childbirth and; (2) compare the socio-demographic, family and obstetrical characteristics, as well as the level of anxiety and depression, the perception of support for autonomy from the health care team, the coping strategies implemented, and the quality of life of these 2 groups of women.

Methods: The sample included 420 women with two assessment times: during the third trimester of pregnancy and two months postpartum. Women completed questionnaires measuring traumatic symptomatology (CBTES), anxiety (HAD), depression (Edinburgh Postnatal Depression Scale), perception of support from the health care team (mHccq), coping strategies (Brief COPE) and quality of life (SF-36).

Results: At 2 months postpartum, 5.2% of women had total PTSD and 16.3% had partial PTSD (DSM 5: criteria A + 3/4 of criteria B, C, D and E). The comparison of the two groups showed that women with partial PTSD and no PTSD did not differ according to age, work situation or perceived social support. However, primiparity ($t = -2.06$, $p = 0.04$) differentiated the two groups of women. The analyses carried out following, controlling for the variable "primiparity" showed that, compared to women without PTSD, women with partial PTSD had more postnatal depression ($D = 5.827$, $p = 0.01$), used denial as a coping strategy ($D = 6.171$, $p = 0.01$), had a poorer perception of support from the health care team ($D = 6.657$, $p = 0.01$), felt they had a poorer quality of life physical ($D = 13.890$, $p = 0.001$) and reported having more physical pain ($D = 7.100$, $p = 0.009$), as well as limitations due to their emotional state ($D = 5.379$, $p = 0.02$).

Discussion: This is a first study on the prevalence of PTSD in French women using a diagnostic tool specific to PTSD related to childbirth and including the diagnostic criteria of DSM 5.

1. Introduction

La grossesse et l'accouchement représentent un moment de remaniement physique et psychique important dans la vie d'une femme. Il s'agit d'une période qui peut être à l'origine de l'expression de certains troubles psychopathologiques transitoires ou chroniques tels que les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les psychoses puerpérales, etc. L'expérience de l'accouchement peut aussi être potentiellement traumatisante , comme le décrivent environ 43% des femmes dans l'étude de Alcorn et al., (2010). Ainsi, plusieurs auteurs ont suggéré que les femmes peuvent présenter un Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) suite à leur accouchement (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012; Ayers & Pickering, 2001; Haagen, Moerbeek, Olde, van der Hart, & Kleber, 2015).

Le TSPT[5] fait partie des troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Il est défini à travers cinq critères diagnostiques : (A) l'exposition à un évènement traumatique impliquant une mort ou une menace de mort, une blessure grave de soi ou d'autrui, etc. ; (B) la présence de symptômes envahissants en lien avec l'évènement traumatique (symptômes d'intrusion et de reviviscences) ; (C) Evitement persistant des stimuli associés à la situation traumatique ; (D) Altérations négatives des cognitions et de l'humeur ; et (E) Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité. Dans le cas d'un TSPT dans la période du post-partum, le trouble peut être une conséquence directe d'un accouchement traumatique (comme une menace vitale pour la mère ou son enfant, des douleurs intenses, une césarienne d'urgence, le sentiment de perte de contrôle, etc.), ou une réactivation d'un évènement traumatique antérieur sans lien avec la période périnatale (Grekin & O'Hara, 2014).

Dans la littérature, la prévalence du TSPT se situe autour de 4% dans une population de femmes ayant eu une grossesse sans complications et s'élève à 18,95% chez les femmes ayant eu une grossesse à risque (Yildiz, Ayers, & Phillips, 2016). Chez les femmes françaises, une étude menée auprès de 178 femmes a montré un taux de TSPT de 5% un mois après l'accouchement (Denis, Parant, & Callahan, 2011). Toutefois, la majorité des études menées sur le TSPT suite à l'accouchement est réalisée à l'aide d'échelles diagnostiques non spécifiques aux traumatismes liés à l'accouchement et suivant les critères diagnostiques du DSM III ou du DSM IV.

[5] Auparavant connu sous ESPT (Etat de Stress Post Traumatique) dans le DSM IV. Dans la nouvelle version française du DSM 5, le choix de Trouble Stress Post Traumatique (TSPT) a été fait pour remplacer ESPT.

Plusieurs facteurs de risques associés au développement du TSPT à la suite de l'accouchement ont été cités dans la littérature. Ces facteurs peuvent être obstétricaux, subjectifs ou interpersonnels. Les facteurs obstétricaux peuvent être liés à la primiparité (Moghadam, Shamsi, & Moro, 2015; Montmasson, Bertrand, Perrotin, & El-Hage, 2012) et aux complications vécues durant la grossesse, telles que les hospitalisations répétées et les menaces d'accouchement prématuré (Maggioni, Margola, & Filippi, 2006). Le mode d'accouchement a été souligné par plusieurs auteurs comme un facteur de risque potentiel dans le développement d'un TSPT dans le post-partum (Alcorn et al., 2010; Susan, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009), notamment dans le cas de la césarienne d'urgence et de l'accouchement vaginal avec l'utilisation d'instruments comme les forceps et les ventouses (Alcorn et al., 2010; Moghadam et al., 2015).

Dans les facteurs subjectifs, il est relevé les antécédents de traumas antérieurs (Cohen, Ansara, Schei, Stuckless, & Stewart, 2004; Garthus-Niegel, von Soest, Vollrath, & Eberhard-Gran, 2013), les antécédents de fausses couches et d'avortement (Montmasson et al., 2012), les antécédents d'accouchement d'un enfant mort-né ou le vécu d'un décès précoce d'un nouveau-né (Garthus-Niegel et al., 2014; Maggioni et al., 2006), les antécédents de traumas sexuels (Soet, Brack, & Dilorio, 2003; Verreault et al., 2012), etc. Dans les facteurs subjectifs, se retrouvent aussi l'anxiété-trait (Keogh, Ayers, & Francis, 2002; Verreault et al., 2012) ou l'anxiété état (Montmasson et al., 2012; Zaers, Waschke, & Ehlert, 2008), la dépression prénatale, le sentiment de perte de contrôle durant l'accouchement (Adewuya, Ologun, & Ibigbami, 2006; Czarnocka & Slade, 2000) ainsi que la peur de la douleur d'accouchement (Garthus-Niegel et al., 2013). En effet, dans une étude réalisée auprès de 693 femmes suédoises, il a été démontré que, chez un groupe de femmes qui ont préféré accouché par césarienne en raison de la peur des douleurs de l'accouchement vaginal et pour lesquelles des césariennes programmées ont été réalisées, certaines d'entre elles étaient tout de même moins satisfaites de leur expérience d'accouchement et la décrivaient comme négative (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2011).

Finalement, les facteurs interpersonnels peuvent aussi être associés à l'expression de TSPT postnatal. En effet, un faible soutien social perçu a souvent été souligné comme un facteur prédictif au développement d'un TSPT (Czarnocka & Slade, 2000; Soet et al., 2003). En revanche, dans une méta-analyse réalisée sur les facteurs prédictifs du développement du TSPT après l'accouchement, les auteurs ont souligné qu'à partir de six mois après l'évènement traumatique, le soutien social peut jouer le rôle d'une stratégie de faire face aux évènements

traumatiques (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Le manque de soutien perçu à l'autonomie de la part de l'équipe soignante a aussi été cité comme facteur au développement d'un TSPT dans le post-partum (De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011).

En se basant sur les critères diagnostiques du DSM 5, les objectifs de cette étude étaient de :

1) Déterminer la prévalence du TSPT ainsi que la symptomatologie traumatique (TSPT partiel) chez une population de femmes françaises à deux mois après leur accouchement et ainsi différencier deux groupes : un groupe de femmes présentant un TSPT partiel en lien avec l'accouchement et un groupe de femmes sans TSPT partiel suite à l'accouchement

2) Comparer les 2 groupes de femmes à travers leurs caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales, leur niveau d'anxiété et de dépression, leur perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, et également par rapport aux stratégies de coping qu'elles mettent en place, ainsi qu'au regard de leur qualité de vie.

2. Méthode

2.1. Procédure

Un réseau de sages-femmes libérales a été contacté par l'équipe de recherche afin de leur expliquer les objectifs et le déroulement de l'étude et de leur proposer une collaboration pour le recrutement de femmes enceintes pour l'étude. Les participantes ont été ensuite recrutées dans les cabinets de sages-femmes durant les séances de préparation à la naissance (à partir du 3ème trimestre de grossesse) dans la région Lorraine (73,3%) et l'Île de France (26,7%). Elles ont été informées du cadre général de l'étude, de son déroulement et de la méthodologie. Ensuite, un questionnaire a été proposé aux femmes ayant accepté de participer à l'étude. Chaque questionnaire a été accompagné d'un consentement éclairé, indispensable pour l'inclusion dans l'étude. Deux mois après la date d'accouchement estimé, un deuxième questionnaire a été envoyé par courrier aux femmes qui avaient participé à l'étape précédente, le retour des questionnaires était prévu par des enveloppes pré-timbrées fournies.

2.2. Participants

Les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des femmes sont présentées dans le tableau 1. Il s'agit d'une étude longitudinale réalisée sur deux phases. Pour la première phase de l'étude (troisième trimestre de grossesse), 420 femmes ont été sollicitées. Parmi ces femmes, 153 (36,6%) ont accepté de participer à la deuxième phase de l'étude (soit deux mois après l'accouchement). L'âge moyen des femmes était de 30 ans (ET= 6,02). La majorité vivaient en couple (n= 414 ; 98,6%) et exerçaient une activité professionnelle (n= 357 ; 85%). Dans cette étude, la parité et le mode d'accouchement ont été pris en considération. La majorité des femmes (n= 306 ; 72,90%) étaient primipares. La plupart d'entre elles ont accouché par voie basse sans complications (n= 100, 65%) et avec le recours à des instruments comme la ventouse et le forceps (n= 22, 14,30%). D'autres femmes ont eu un accouchement avec césarienne, soit programmée (n=9 ; 5,80%) ou d'urgence (n=22 ; 14,40%).

Tableau 1 : Variables socio-démographiques, gynécologiques et obstétricales des femmes françaises

Variables	n	%
Phase prénatale (T1)	**420**	
Age		
Minimum/Maximum	20/43	
Mean ± SD	30.27± 6.02	
Statut marital		
En couple	414	98.57%
Célibataire	6	1.43%
Situation professionnelle		
Avec emploi	357	85%
Sans emploi	62	15%
Parité		
Primipare	309	73.60%
Multipare	111	26.40%
Type de grossesse		
Simple	415	98,8%
Gémellaire	5	1,2%
Phase postnatale (T2)	**153**	
Type d'accouchement		
Par voie basse	100	65.30%
Avec instruments	22	14.40%
Césarienne programmée	9	5.90%
Césarienne d'urgence	22	14.40%

2.3. Mesures

2.3.1. Questionnaire d'anamnèse

En se référant à la littérature et aux recherches des membres de l'équipe, ce questionnaire a été construit dans le but de recueillir des données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques. Le soutien du conjoint et de l'entourage (soutien social perçu) durant la grossesse a également été évalué avec des questions de type « Durant votre grossesse, vous sentez vous soutenue par le père de l'enfant ? ».

2.3.2. Symptomatologie anxieuse

La symptomatologie anxieuse dans le pré et le post-partum a été évaluée avec la sous-échelle d'anxiété du Hospital Anxiety and Depression Scale ou HADS-A (Zigmond & Snaith, 1983). Ce questionnaire a été validé sur la population française par (Lépine et al., (1985). Il est composé de sept items cotés de 0 à 3. Dans cette étude le score seuil ≥8 a été utilisé comme indicateur d'anxiété dans le pré et le post-partum (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Jomeen & Martin, 2004).

2.3.3. Symptomatologie dépressive

Dans le prépartum, les symptômes de dépression prénatale ont été évalués à l'aide de l'Edinburgh Prenatal Depression Scale (Murray & Cox, 1990). Il s'agit d'une échelle composée de 10 items, cotés de 0 à 3. Dans une étude effectuée sur la dépression pré et post natale auprès d'un échantillon de 277 femmes françaises, une adaptation de l'outil en français a été conduite et a démontré de bonnes qualités psychométriques à l'échelle (de Tychey et al., 2005). Comme indicateur de dépression prénatale, nous avons choisi un score seuil de ≥14 recommandé par Murray & Cox (1990).

Les symptômes de dépression postnatale, évalués deux mois après l'accouchement, ont été mesurés avec l'Edinburgh Postnatal Depression scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), selon la version française de (Guedeney & Fermanian (1998). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé par dix items cotés de 0 à 3. Le score seuil de ≥12 a été utilisé comme indicateur de

dépression durant la phase postnatale (Teissèdre & Chabrol, 2004).

2.3.4. Symptomatologie traumatique

La symptomatologie traumatique a été évaluée avec une échelle spécifique à l'état de stress post traumatique en lien avec l'accouchement, la "Child Birth Traumatique Event Scale", validée sur la population française (Hannachi & Spitz, 2017). La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Elle est composée de 25 items qui correspondent aux cinq critères diagnostiques du DSM 5 (A, B= Intrusion, C= Evitement, D= Altérations négatives des cognitions et de l'humour et E= Altération de l'éveil et de la réactivité). Le critère A est composé de quatre items cotés de 1 à 4, allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Il permet de sélectionner les femmes qui ont vécu leur accouchement comme une expérience traumatique. Les critères diagnostiques B, C, D et E sont mesurés à l'aide de vingt-et-un items cotés de 1 à 4, allant de « jamais » à « la plupart du temps ». Pour qu'une femme soit diagnostiquée comme ayant un trouble de stress post traumatique après son accouchement, elle doit présenter, avec le critère A, au moins un symptôme sur cinq du critère B ; un symptôme sur deux du critère C ; trois symptômes sur huit du critère D et deux symptômes sur six du critère E.

Cette échelle permet à la fois d'évaluer des symptômes du trouble de stress post traumatique et d'établir un profil de femmes avec TSPT.

2.3.5. Perception du soutien de l'équipe soignante

La perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, durant la grossesse et l'accouchement, a été évaluée avec la version courte du modified Health Care Climate questionnaire (mHCCQ). Il s'agit d'une échelle développée par Williams et al., en 2005 (Williams, Lynch, & Glasgow, 2007; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005) et composée de six items, cotés de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai).

2.3.6. Stratégies de coping

L'évaluation des stratégies de coping a été réalisée à l'aide du Brief COPE (Carver et al., 1997 (Carver, 1997) ; version française de Muller & Spitz., 2003 (Muller & Spitz, 2003)). Cette échelle est composée de 28 items qui forment 14 sous-échelles distinctes. Ces sous-échelles permettent d'évaluer des stratégies différentes d'adaptation au stress : le coping actif, la distraction, la planification, le soutien social instrumental, le soutien social émotionnel, l'expression des sentiments, le déni, le blâme, l'acceptation, la réinterprétation positive, l'utilisation de substances, l'humour, la religion et le désengagement comportemental. Les items sont cotés de 1 à 4 avec 1 (pas du tout d'accord) et 4 (tout à fait d'accord). Pour connaître le score de chaque sous-échelle, les deux items qui la composent doivent être additionnés, ce qui permet d'obtenir des scores qui varient entre 2 et 8.

2.3.7. Qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie dans le pré et le post-partum a été réalisée à l'aide du Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF-36). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation qui évalue 8 dimensions différentes : l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique, les limitations dues à l'état psychique, les relations avec les autres, les douleurs physiques, la vitalité et la santé perçue. Pour chaque dimension, les scores varient entre 0 et 100. Pour cette échelle, plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie (Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger, 1998; Ware Jr & Sherbourne, 1992).

2.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 21. Les analyses descriptives des variables sociodémographiques, gynécologiques et obstétricales ont été réalisées avec des calculs de moyennes, d'écarts types et de fréquences. Ensuite, en tenant compte de certaines covariables, des comparaisons de moyennes de type ANOVA ont été réalisées entre les scores obtenus dans les échelles évaluant l'anxiété, la dépression, la perception de la qualité des soins et de la qualité de vie, et le score obtenu à l'échelle évaluant la symptomatologie traumatique.

3. Résultats

3.1. Prévalence de l'état de stress post traumatique deux mois après l'accouchement

Nos résultats ont montré que, parmi les 153 femmes qui ont répondu au questionnaire deux mois après leur accouchement, 5,2% (n=8) ont été diagnostiqué comme ayant un TSPT (présence conjointe des cinq critères A, B, C, D et E).

Etat de Stress Post-Traumatique partiel

Les femmes avec symptomatologie traumatique ou TSPT partiel (critère A plus trois critères sur quatre parmi B, C, D et E) après l'accouchement représentaient 16,3% (n=25) de l'échantillon.

3.2. Prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression durant la phase pré et postnatale :

Pour les symptômes d'anxiété durant la phase prénatale, les résultats ont indiqué une prévalence de 34,7% (n=145 sur 420). A deux mois du post-partum, la prévalence a baissé à 33,5% (n=55 sur 153).

Concernant les symptômes de dépression durant la période du pré-partum, les résultats ont montré une prévalence de 8,4% (n = 35 sur 420). Deux mois après l'accouchement, la prévalence d'affects dépressifs a doublé jusqu'à atteindre 16,2% (n = 25 sur 153). Concernant la comorbidité entre la symptomatologie traumatique et la symptomatologie anxieuse et dépressive durant le post-partum, nous avons trouvé que, parmi les femmes qui présentaient un TSPT partiel, 44% révélaient également une symptomatologie anxieuse et 32% une symptomatologie dépressive.

En considérant le nombre limité de femmes (n = 8) avec un TSPT total (présence de tous les critères A, B, C, D et E), nous avons décidé de conduire nos analyses ultérieures sur le groupe de femmes avec TSPT partiel (critères A plus trois sur quatre des critères parmi B, C, D et E).

3.3 Comparaison des variables sociodémographiques, familiales et obstétricales chez les femmes françaises en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel

Des comparaisons de moyennes ont été réalisées entre les deux groupes de femmes avec TSPT partiel et sans TSPT sur des variables telles que l'âge, la situation conjugale, l'activité professionnelle, les complications médicales au cours des grossesses précédentes ou de la grossesse actuelle, le soutien social perçu, la parité, la participation aux séances de préparation à l'accouchement, le sentiment d'être prête pour l'accouchement, ainsi que le mode d'accouchement.

Les résultats d'analyses ont montré que les deux groupes de femmes ne montraient pas de différences significatives selon l'âge, la situation conjugale et professionnelle, les complications au cours des grossesses précédentes ou actuelles, ou selon le soutien social perçu. Cependant, la parité (primipares ou multipares) distingue les deux groupes de femmes durant la période prénatale (χ^2 (1) = 4,20 ; p = 0,04) avec un pourcentage plus élevé de primiparité chez les femmes présentant un TSPT partiel (64% ; n = 18 sur 25). Les résultats ont montré également que le mode d'accouchement n'était pas lié au développement d'un TSPT partiel dans le post-partum.

3.3 Comparaison de la symptomatologie anxieuse et dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, des stratégies de coping et de la qualité de vie, durant les périodes pré et postnatales en fonction de la présence ou non d'un TSPT

Durant la période prénatale, les deux groupes de femmes (TSPT partiel vs sans TSPT) ne montraient pas de différences significatives en ce qui concerne le soutien de l'équipe soignante, les stratégies de coping utilisées ou par rapport aux différentes dimensions de la qualité de vie.

Pendant la période postnatale, les deux groupes différaient selon la perception du soutien de l'équipe soignante (t = 3,03 ; p = 0,003), l'utilisation du déni comme stratégie de coping (t = -2,88 ; p = 0,005), ainsi que par rapport à des dimensions de la qualité de vie telles que la fonction physique (t = 2,64 ; p = 0,01), les limitations dues à l'état physique (t = 2,95 ; p = 0,004) et les limitations dues à l'état affectif (t = 2,01 ; p = 0,04). Ces résultats indiquaient que, comparativement au groupe de femmes sans TSPT, les femmes qui ont développé un TSPT partiel estimaient avoir été moins soutenues par l'équipe soignante dans le développement de

leur autonomie, elles utilisaient plus le déni comme stratégie de coping pour faire face à la situation stressante et elles présentaient une moins bonne qualité de vie physique et psychologique.

3.5. Etude longitudinale en fonction de la présence ou non d'un TSPT partiel dans la période du post-partum sur la symptomatologie dépressive, la perception du soutien de l'équipe soignante, les stratégies de coping et la qualité de vie.

Après avoir tenu compte de la parité et en distinguant les deux groupes de femmes (avec TSPT partiel et sans TSPT), des analyses de type Anova à mesures répétées ont été réalisées sur la symptomatologie anxieuse et dépressive, la perception du soutien de l'équipe soignante, les stratégies de coping et la qualité de vie entre la période du pré et du post-partum (deux mois après l'accouchement).

3.5.1. La symptomatologie dépressive

Concernant la symptomatologie dépressive, les résultats ont montré qu'il existe un effet du groupe ($D = 5,827$; $p = 0,01$). En effet, les deux groupes de femmes ne se distinguent pas durant la période prénatale, en revanche, deux mois après l'accouchement, les femmes qui ont développé un TSPT partiel ont présenté significativement plus de symptômes de dépression que le groupe de femmes sans TSPT (figure 1).

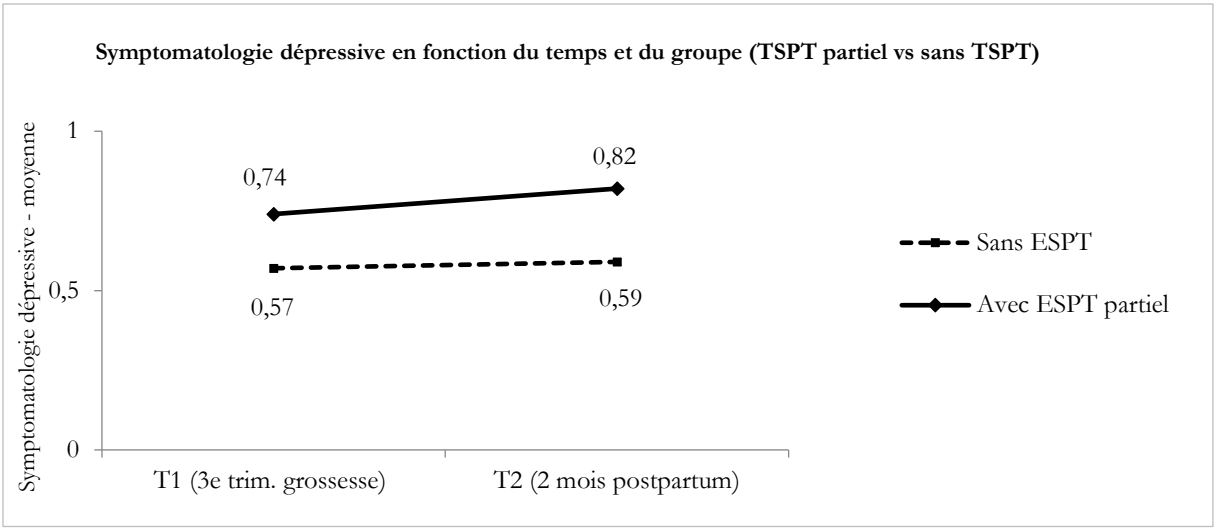


Figure 1 : Evolution des moyennes de la symptomatologie dépressive en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT)

3.5.2. La perception du soutien de l'équipe soignante :

En ce qui concerne la perception du soutien de l'équipe soignante, les résultats ont montré qu'il existe un effet du groupe (D = 6,171 ; p = 0,01). Il est à noter que les deux groupes de femmes ne différaient pas pendant la période prénatale. Cependant, deux mois après l'accouchement, les femmes qui ont développé un TSPT partiel ont estimé ne pas avoir été soutenues par l'équipe soignante dans le développement de leur autonomie en comparaison du groupe de femmes sans TSPT (figure 2).

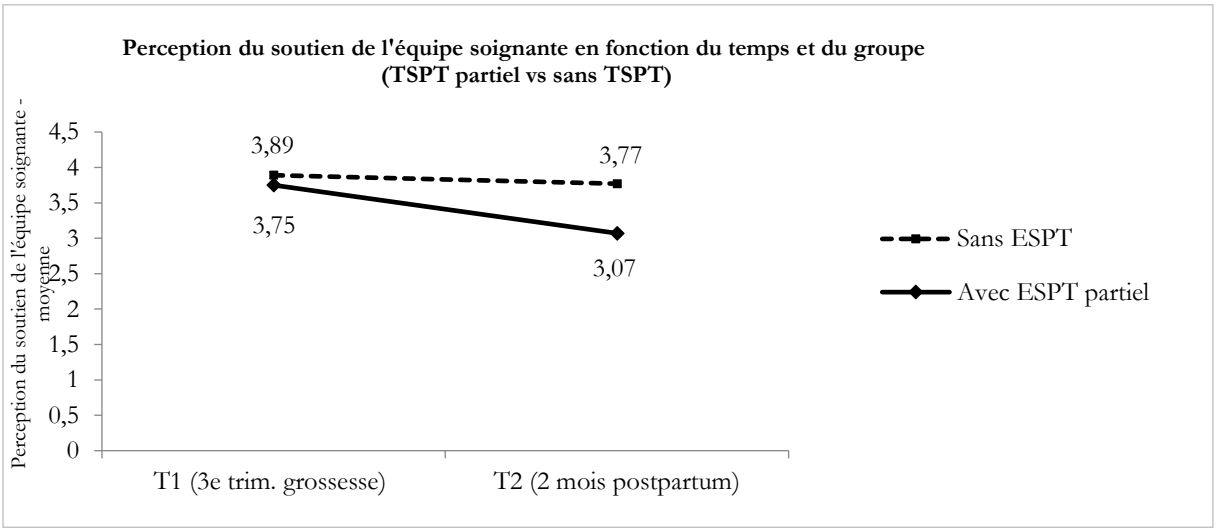


Figure 2 : Evolution des moyennes de la perception du soutien de l'équipe soignante en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT)

3.5.3. Les stratégies de coping

Concernant les stratégies de coping, les résultats d'analyses ont montré l'absence d'effet significatif du temps ou du groupe au niveau de treize stratégies (la distraction, le coping actif, l'utilisation de substances, le soutien émotionnel, le désengagement comportemental, la religion, l'acceptation, l'expression des sentiments, l'utilisation du soutien instrumental, la réinterprétation positive, l'auto-blâme, l'humour et la planification). Cependant, les résultats ont montré un effet significatif du groupe en ce qui concerne le déni (D = 6,657 ; p = 0,01), les femmes avec TSPT partiel utilisent plus le déni durant la période postnatale que le groupe de femmes sans TSPT (figure 3).

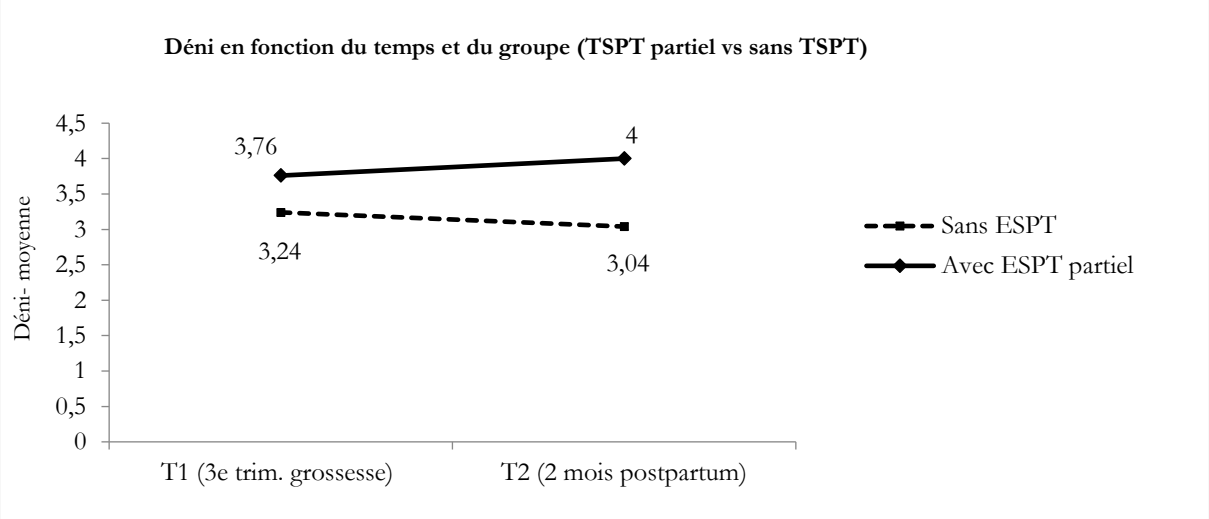


Figure 3 : Evolution des moyennes du déni en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT)

Concernant la qualité de vie, les résultats ont montré des différences significatives entre les deux groupes de femmes au niveau de la fonction physique, des douleurs physiques et des limitations dues à l'état affectif.

En ce qui concerne ***la fonction physique***, on note un effet du temps (D = 13,890 ; p = 0,001). Cet effet témoigne des limitations physiques importantes vécues par les femmes pendant la grossesse. Ces limitations diminuent significativement après l'accouchement. De plus, il existe un effet du groupe (D = 4,932 ; p = 0,02) qui indique que, comparativement au groupe de

femmes sans TSPT, les femmes avec TSPT partiel présentaient une moins bonne qualité de vie physique à deux mois post-partum (figure 4).

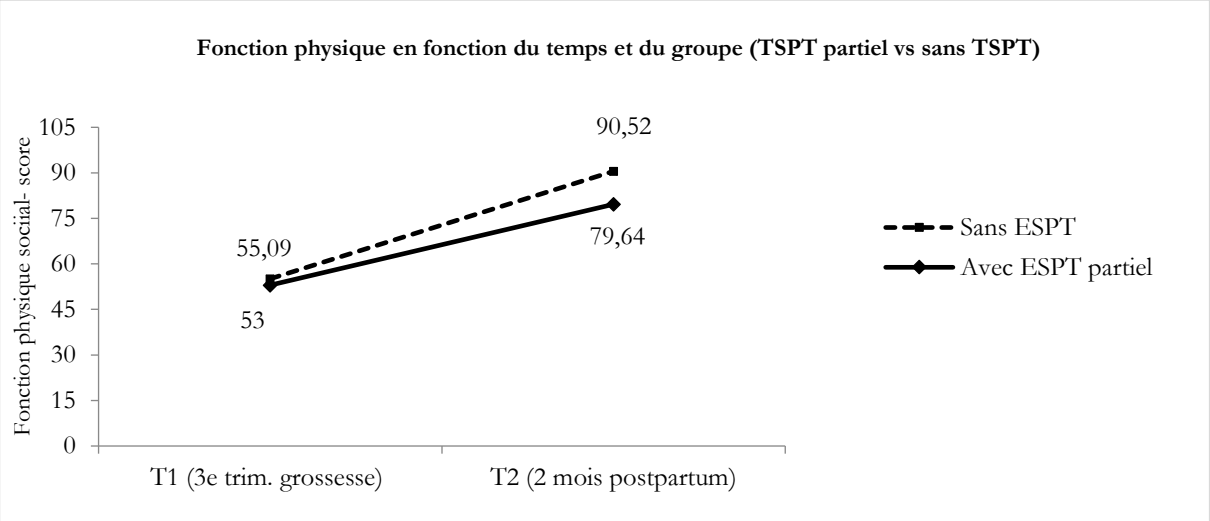


Figure 4 : Evolution du score de la fonction physique en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT)

Concernant ***la douleur physique***, les résultats ont montré un effet du groupe (D = 7,100 ; *p* = 0,009) qui témoigne de douleurs physiques plus importantes exprimées par le groupe de femmes ayant développé un TSPT partiel à deux mois de l'accouchement (figure5).

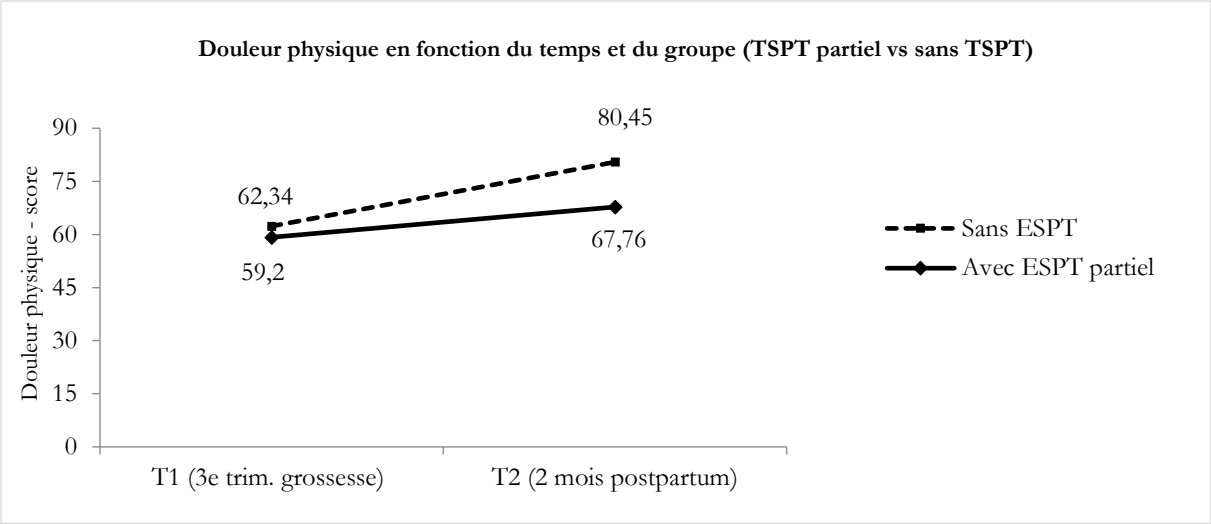


Figure 5 : Evolution du score de la douleur physique en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT)

Concernant ***les limitations dues à l'état affectif***, un effet du groupe a été constaté (D = 5,379 ; *p* = 0,02). Ainsi, comparativement au groupe de femmes sans TSPT, les femmes avec TSPT partiel ont exprimé une moins bonne qualité de vie en raison des limitations de leur état affectif et émotionnel (figure 6).

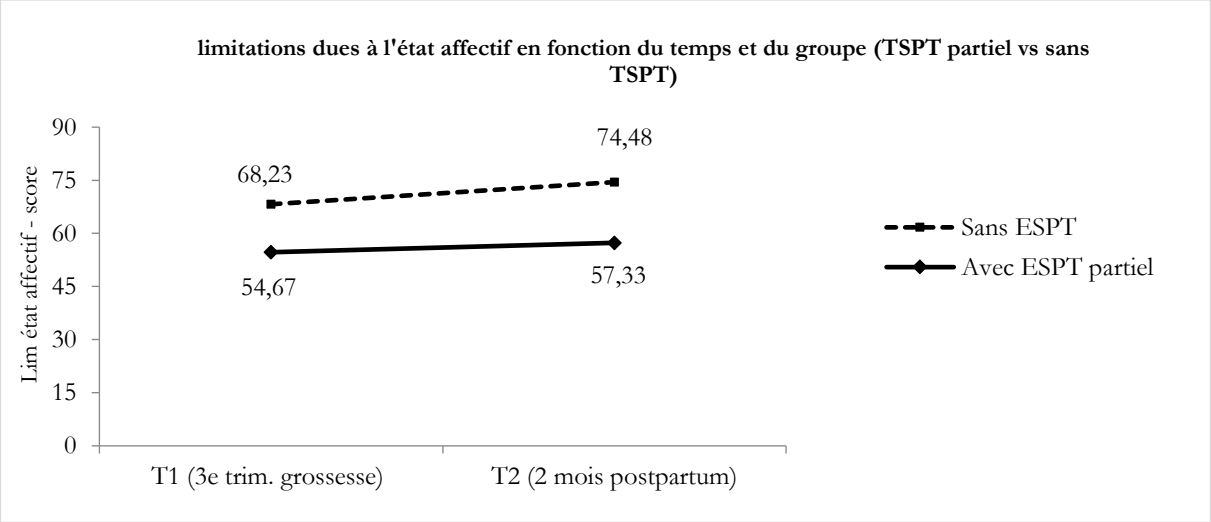


Figure 6 : Evolution du score des limitations dues à l'état affectif en fonction du temps et du groupe (TSPT partiel vs sans TSPT)

Tableau 2 : Moyennes des scores de la symptomatologie dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, du déni, de la qualité de vie physique, des douleurs physiques et des limitations dues à l'état affectif à T1 et T2 en fonction des groupes (sans TSPT vs TSPT partiel) chez les femmes françaises

			T1		T2		Effet du temps			Effet du groupe			Effet d'interaction temps*groupe		
Variables	Groupe	n	Moyenne Score	Ecart type	Moyenne Score	Ecart type	*D*	*p*	*puissance observée*	*D*	*p*	*puissance observée*	*D*	*p*	*puissance observée*
Symptomatologie dépressive	Sans TSPT	128	0,57	0,43	0,59	0,45	-	ns	0.083	5,827	0,01	0.669	-	ns	0.099
	TSPT partiel	25	0,74	0,44	0,82	0,51									
Perception du soutien de l'équipe soignante	Sans TSPT	129	3,89	0,83	3,77	1,02	-	ns	0.372	6,171	0,01	0.694	5.34	0.02	0.632
	TSPT partiel	25	3,75	0,82	3,07	1,20									
Déni	Sans TSPT	120	3,24	1,40	3,04	1,44	-	ns	0.192	6,657	0,01	0.727	-	ns	0.263
	TSPT partiel	25	3,76	1,61	4	1,82									
Fonction physique	Sans TSPT	129	55,09	21,29	90,52	11,80	13,890	0,001	0.959	4,932	0,02	0.597	3,826	0,05	0.493
	TSPT partiel	25	53	17,01	79,64	19,88									
Douleurs physiques	Sans TSPT	128	62,34	17,07	80,45	19,95	-	ns	0.126	7,100	0,009	0.754	5.83	0.01	0.669
	TSPT partiel	25	59,20	17,76	67,76	17,82									
Limitations dues à l'état affectif	Sans TSPT	128	68,23	38,30	74,48	40,22	-	ns	0.127	5,379	0,02	0.635	-	ns	0.056
	TSPT partiel	25	54,67	43,97	57,33	35,38									

T1= 3ème trimestre de grossesse
T2= 2 mois après l'accouchement
NS= Non Significatif
Résultats significatifs à p< 0,05

4 Discussion

A deux mois du post-partum, cette étude a révélé une prévalence de 16,3% de symptomatologie traumatique (TSPT partiel) chez les femmes françaises. Ce résultat rejoint des études antérieures qui ont situé la prévalence des symptômes de TSPT entre 5 et 33% (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006; Maggioni et al., 2006; Stramrood et al., 2011). Ces variations de prévalence sont expliquées, d'une part par le choix des instruments de mesure non spécifiques au TSPT en lien avec l'accouchement dans la plupart des études, d'autre part par le nombre de critères pris en compte pour décrire la symptomatologie traumatique. En effet, contrairement à cette étude, plusieurs recherches ne prennent pas en considération le critère A dans l'évaluation du diagnostic du TSPT total ou partiel. De plus, certaines recherches se réfèrent seulement à deux critères diagnostiques du DSM IV pour évaluer la symptomatologie traumatique, ce qui augmente considérablement la prévalence des symptômes du TSPT suite à l'accouchement. Par ailleurs, les différences de prévalence des symptômes du TSPT peuvent s'expliquer par la variabilité des critères d'inclusion selon les études tels que l'inclusion des femmes avec des antécédents de troubles psychiatriques ou présentant des grossesses à haut risque (comme l'accouchement prématuré ou le décès du bébé lors de l'accouchement, etc.).

Cette étude a exposé une comorbidité importante entre la symptomatologie traumatique et les troubles anxieux et dépressifs. Ce constat reste en adéquation avec d'autres études qui ont identifié la dépression comme facteur associé au TSPT dans la période postnatale (Grekin & O'Hara, 2014). Cette comorbidité avec la dépression pourrait se comprendre à travers l'impact des symptômes de la dépression sur les habilités cognitives de la personne. En effet, les personnes dépressives souffrent de troubles du sommeil et de la concentration. Elles sont davantage susceptibles de manifester des erreurs d'attention. Leurs fonctions exécutives telles que la prise de décision, la planification, la capacité d'adaptation aux changements environnementaux ainsi que la régulation des émotions, sont aussi altérées. Cela les amène, dans la majorité des cas, à exprimer une perception désespérée de l'avenir et une vision catastrophique du monde. Ces manifestations rejoignent les critères d'altérations cognitives et émotionnelles ainsi que l'altération de l'éveil et de la réactivité du TSPT décrite dans le DSM 5. Ces altérations se manifestent, par exemple, à travers l'état émotionnel négatif persistant, l'incapacité à éprouver des émotions positives, les croyances négatives persistantes et exagérées sur soi et sur le monde, les difficultés de concentration et la perturbation de sommeil.

Les troubles anxieux ont été considérés dans la majorité des études comme facteur prédicteur d'un TSPT post-partum. Ces études évoquent le plus souvent l'anxiété durant la période prénatale comme variable explicative du développement du TSPT dans la période postnatale, et surtout le haut niveau d'anxiété-état (Montmasson et al., 2012). De plus, la symptomatologie anxieuse dans le post-partum reste à interpréter avec précaution, en effet, il est habituel pour une femme qui vient d'accoucher et de vivre une expérience traumatique d'avoir un niveau élevé d'anxiété.

Le deuxième objectif de cette étude était de différencier les femmes qui ont développé un TSPT partiel à la suite de leur accouchement, des femmes sans TSPT. Les résultats ont montré que les deux groupes ne se distinguaient pas selon l'âge, la situation professionnelle ainsi que le soutien social perçu. Bien que ce dernier résultat paraisse surprenant, il reste en adéquation avec certaines études (Denis et al., 2011; Goutaudier, Sejourne, Bui, Cazenave, & Chabrol, 2014).

Le même résultat a été constaté quant au mode d'accouchement qui ne discrimine pas les deux groupes de femmes. Pourtant, le mode d'accouchement a été souligné dans plusieurs études comme un facteur prédictif du développement d'un TSPT dans le post-partum. Parmi les modes d'accouchement les plus cités comme facteur de risque, on trouve la césarienne d'urgence (Garthus-Niegel et al., 2014; Moghadam et al., 2015) et l'accouchement par voie basse avec utilisation d'instruments (Susan et al., 2009). Mais pourtant, d'autres études ont montré que le mode d'accouchement pourrait ne pas être associé au développement d'un TSPT post-partum. En effet, un accouchement par voie basse sans complication particulière, mais combiné à une vulnérabilité psychologique, peut constituer un facteur de risque au développement d'un TSPT (Soderquist, Wijma, & Wijma, 2002). C'est la représentation cognitive que la femme a de son accouchement qui va être prédictive ou non d'un TSPT dans le post-partum.

La primiparité a été citée par plusieurs auteurs comme facteur de vulnérabilité au TSPT dans le post-partum. Ce constat a été confirmé dans cette étude. La mise au monde d'un premier enfant est souvent source de stress et d'angoisse pour la majorité des femmes. Cette angoisse est due à une peur d'une expérience inédite et inconnue, d'autant plus que la plupart des connaissances liées à la période de grossesse et de l'accouchement ont été véhiculées par la société. Ces informations dépendent également des contextes socio-culturels de chaque femme ainsi que d'une certaine norme sociale qui veut qu'on ne parle pas ou peu des éléments négatifs de la grossesse et de l'accouchement.

Les résultats de l'étude longitudinale ont exposé que, comparativement aux femmes sans TSPT, les femmes qui ont développé un TSPT partiel durant la période du post-partum ont eu une faible perception du soutien de l'équipe soignante par rapport au développement de leur autonomie et de leur efficacité pendant l'accouchement. L'équipe soignante joue donc un rôle important pour informer, guider et soutenir la femme tout au long de la période périnatale. Par ailleurs, des études ont montré que le soutien de l'équipe soignante pourrait être un facteur protecteur face au développement d'un TSPT à la suite de l'accouchement. Une perception positive de l'équipe soignante durant l'accouchement a été associée à une diminution du score de TSPT, que ce soit pour les femmes avec des antécédents de traumas ou pour les femmes qui ont subi des interventions plus complexes durant leur accouchement (De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011).

Concernant les stratégies de coping, les résultats ont montré que comparativement aux femmes sans TSPT, les femmes avec TSPT partiel utilisaient des stratégies moins adaptées comme le déni. En effet, durant la période du post-partum, les femmes avec TSPT sont dans le déni des problèmes en lien avec leur situation, ce qui entrave les possibilités de faire face à la situation. Les stratégies d'évitement sont parmi les réponses les plus utilisées par les personnes pour faire face à un vécu traumatique. Il s'agit d'une stratégie décrite comme associée à un mauvais ajustement psychologique (Santello & Leitenberg, 1993), au développement de symptômes plus sévères de TSPT (Boeschen, Koss, Figueredo, & Coan, 2001) et jouant un rôle important dans le maintien des symptômes de TSPT (Foa & Rothbaum, 2001).

Les femmes présentant un TSPT partiel ont déclaré avoir une moins bonne qualité de vie, avec un impact important sur leurs capacités physiques qui seraient accompagnées de douleurs physiques limitant leurs activités quotidiennes. Ces limitations sont le résultat d'un état émotionnel négatif suite à l'accouchement. En effet, l'état de tristesse, de nervosité et de déprime dans lequel se retrouvent les femmes ayant vécu un accouchement traumatique aurait un impact négatif sur l'accomplissement d'activités quotidiennes qu'elles avaient l'habitude de faire avant la grossesse et l'accouchement.

Bien qu'apportant des connaissances intéressantes, cette étude comporte des limites. La première est liée au fait que les résultats ont été évalués à l'aide d'auto-questionnaires, mais sans entretiens cliniques. Or, ces entretiens auraient pu apporter des informations complémentaires pour l'interprétation des résultats statistiques. La deuxième limite de cette étude est associée au nombre de femmes qui n'ont pas répondu au questionnaire deux mois

après l'accouchement et qui s'élève à 63%. Avec une prévalence de 5,2% de femmes avec un TSPT dans cette étude, ce taux de perte important a limité le nombre de femmes dans un groupe avec TSPT et a impliqué de faire les analyses statistiques sur le groupe de femmes avec TSPT partiel.

Références :

Abdollahpour, S., Khosravi, A., & Bolbolhaghighi, N. (2016). The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *34*(4), 403–412. https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1185773

Adewuya, A., Ologun, Y., & Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*, *113*(3), 284–288.

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R., & Joergensen, J. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA*, *91*(11), 1261–1272.

Association, A. P. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV-TR. *Washington, DC: American Psychiatric Association*.

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *28*(2), 111–118. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77.

Boeschen, L. E., Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Coan, J. A. (2001). Experiential avoidance and post-traumatic stress disorder: A cognitive mediational model of rape recovery. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *4*(2), 211–245.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

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.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(6), 782–786.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35–51. https://doi.org/10.1348/014466500163095

De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, *32*, 87–92.

de Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., … Vincent, S. (2005). Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, *85*(3), 323–326.

Denis, A., Parant, O., & Callahan, S. (2011). Post-traumatic stress disorder related to birth: A prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*(2), 125–135. https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513048

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. https://doi.org/10.1080/01674820701495065

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, *26*(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study.

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(1), 1–10.

Goutaudier, N., Sejourne, N., Bui, E., Cazenave, N., & Chabrol, H. (2014). L'accouchement premature: une naissance traumatique? Symptomes de stress posttraumatique et variables associees. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *42*(11), 749–754.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Guedeney, N., & 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*, *13*(2), 83–89. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0

Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders, 185*, 135–143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.049

Hannachi, N**.** Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Imširagić, A. S., Begić, D., Šimičević, L., & Bajić, Ž. (2017). Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth–A Croatian longitudinal study. *Women and Birth*, *30*(1), e17–e23.

Jomeen, J., & Martin, C. R. (2004). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a reliable screening tool in early pregnancy? *Psychology & Health*, *19*(6), 787–800.

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *2*(3), 93–99.

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. https://doi.org/10.1080/165060702321138546

Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol*, *143*(2), 175–189.

Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 1013–1023.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90. https://doi.org/10.1080/01674820600712875

Moghadam, M. F., Shamsi, A., & Moro, F. H. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *17*(1), 15–19. https://doi.org/10.12740/APP/37943

Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, *41*(6), 553–560. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.010

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. = Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among a french population. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, *29*(6), 507–518.

Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *8*(2), 99–107.

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.

Santello, M. D., & Leitenberg, H. (1993). Sexual aggression by an acquaintance: Methods of coping and later psychological adjustment. *Violence and Victims*, *8*(2), 91–104.

Soderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *23*(1), 31–39.

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *30*(1), 36–46. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *32*(2), 88–97. https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.569801

Susan, A., 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), 200–204.

Teissèdre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(1), 51–54.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(4), 257–263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473–483.

Williams, G. C., Lynch, M., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology*, *26*(6), 728.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 39–45.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

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. https://doi.org/10.1080/01674820701804324

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370.

Chapitre 3 : Etude prospective sur le Trouble de Stress Post Traumatique en lien avec l'accouchement : Prévalence et facteurs associés chez les femmes tunisiennes

Article 4 : Etude prospective sur le Trouble de Stress Post Traumatique en lien avec l'accouchement chez les femmes tunisiennes : Prévalence et facteurs associés

L'article est en cours de finition et sera soumis dans la revue *Pratiques psychologiques*.

Etude prospective sur le Trouble de Stress Post Traumatique en lien avec l'accouchement chez les femmes tunisiennes : Prévalence et facteurs associés

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé

Objectifs : Les objectifs de la présente étude étaient de : (1) déterminer la prévalence du Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) et de la symptomatologie traumatique suite à l'accouchement chez une population de femmes tunisiennes selon les critères diagnostiques du DSM 5 et ainsi différencier deux groupes : un groupe de femmes présentant un TSPT en lien avec l'accouchement et un groupe de femmes sans TSPT suite à l'accouchement (2) comparer les 2 groupes de femmes tunisiennes à travers leurs caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales, leur niveau d'anxiété et de dépression, leur perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, et également par rapport aux stratégies de coping qu'elles mettent en place, ainsi qu'au regard de leur qualité de vie.

Méthode : L'échantillon comprenait 226 femmes avec deux temps d'évaluation : au cours du troisième trimestre de grossesse et à deux mois post-partum. Ces femmes ont complété des questionnaires mesurant la symptomatologie traumatique (le CBTES), l'anxiété (HAD), la dépression (Edinburgh Post natal Depression Scale), la perception du soutien de l'équipe soignante (mHccq), les stratégies de coping (Brief COPE) et la qualité de vie (SF-36).

Résultats : A deux mois du post-partum, 16,5 % des femmes présentaient un TSPT et 36,2 % présentaient un TSPT partiel (critères A + 3/4 des critères B, C, D et E du DSM 5). La comparaison des deux groupes a montré que les femmes avec TSPT et sans TSPT ne différaient pas selon l'âge, la situation professionnelle ou selon le soutien social perçu. Cependant, la parité (χ^2 (1) = 7,510; p = 0,006) et le sentiment d'être prête à l'accouchement (χ^2 (1) = 13,931; p = 0,001) différenciaient les deux groupes de femmes. Les analyses réalisées suite au contrôle de la variable « primiparité » ont montré que, comparativement aux femmes sans TSPT, les femmes avec TSPT post-partum présentaient plus de dépression postnatale (D = 40,004 ; p = 0,001), utilisaient la dramatisation comme stratégie de faire face (D = 5,045 ; p = 0,02), avaient une moins bonne perception du soutien de la part de l'équipe soignante (D = 9,574 ; p = 0,003), estimaient avoir une moins bonne qualité de vie mentale (D = 23,301 ; p = 0,001) et déclaraient avoir plus de douleurs physiques (D = 8,545 ; p = 0,004), ainsi que des limitations dans leur fonctions sociales (D = 8,412 ; p = 0,004).

Discussion : Il s'agit d'une première étude sur la prévalence du TSPT chez les femmes tunisiennes à l'aide d'un outil diagnostic spécifique au TSPT en lien avec l'accouchement et comprenant les critères diagnostiques du DSM 5.

Abstract

Objectives : The objectives of the present study were to: (1) determine the prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and traumatic symptomatology following childbirth in a Tunisian sample according to the diagnostic criteria of DSM 5 and to differentiate between two groups: a group of women with PTSD related to childbirth and a group of women without PTSD following childbirth (2) to compare the two groups of Tunisian women through their socio-demographic, family and obstetric characteristics, their level of anxiety and depression, their perception of support for autonomy from the health care team, and also the coping strategies they put in place, as well as their quality of life.

METHOD: The sample included 226 women with two assessment times: during the third trimester of pregnancy and two months postpartum. These women completed questionnaires measuring traumatic symptomatology (CBTES), anxiety (HAD), depression (Edinburgh Postnatal Depression Scale), perception of support from the health team care (mHccq), coping strategies (Brief COPE) and quality of life (SF-36).

Results: At 2 months postpartum, 16.5% of women had PTSD and 36.2% had partial PTSD (criteria A + 3/4 of criteria B, C, D and E of DSM 5). The comparison of the two groups showed that women with PTSD and without PTSD did not differ according to age, work situation or perceived social support. However, parity (χ (1) = 7.510, p = 0.006) and the feeling of being ready for childbirth (χ (1) = 13.931, p = 0.001) differentiated the two groups of women. The analyzes carried out following the control of the "primiparity" variable showed that, compared to women without PTSD, women with postpartum PTSD had more postnatal depression (D = 40,004, p = 0.001), used dramatization as coping strategy (D = 5.045, p = 0.02), had a poorer perception of support from the health care team (D = 9.574, p = 0.003), felt they had a lower quality of mental life (D = 23.301, p = 0.001) and reported having more physical pain (D = 8.545, p = 0.004), as well as limitations in their social functions (D = 8.412, p = 0.004).

Discussion: This is a first study on the prevalence of PTSD in Tunisian women using a specific diagnostic tool for PTSD related to childbirth and including the diagnostic criteria of DSM 5.

1. Introduction

Bien que l'accouchement soit considéré comme un évènement heureux et source de bonheur pour les parents et la famille dans la majorité des sociétés, pour certaines femmes, mettre au monde un enfant reste un moment critique et une phase de profonde transition. Il s'agit d'une phase de vulnérabilité psychique propice au développement de troubles psychopathologiques spécifiques dont les plus connus sont le baby blues, la dépression du post-partum et la psychose puerpérale.

Durant les vingt dernières années, plusieurs recherches ont montré que l'accouchement peut aussi être vécu comme un évènement traumatique. Ainsi les femmes peuvent présenter un Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) dans la période qui suit leur accouchement (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; Ayers, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009; Wijma, Söderquist, & Wijma, 1997). Le TSPT a longtemps été considéré comme un trouble spécifique à des traumas en lien avec des évènements tels que la guerre, les catastrophes naturelles, les accidents sévères, etc. Dans la cinquième version du DSM (American Psychiatric Association, 2013), le TSPT a été classé parmi les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. Le diagnostic du TSPT nécessite la présence de cinq critères diagnostiques : (A) l'exposition à un évènement traumatique impliquant une mort ou une menace de mort, une blessure grave de soi ou d'autrui, etc. ; (B) les symptômes d'intrusion et des reviviscences tels que les difficultés d'endormissement et les flash-back ; (C) les symptômes d'évitement comme l'évitement des stimuli pouvant rappeler l'évènement traumatique ; (D) les symptômes d'engourdissement émotionnel tels que les pensées négatives sur soi ou sur les autres et l'auto-blâme ; et (E) les symptômes d'hyper-activation neurovégétative et de l'hyperactivité comme les difficultés de concentration et la prise de risques.

Les études suggèrent qu'environ 4% des femmes risquent de développer un TSPT en lien avec l'accouchement dans la période du post-partum (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz, Ayers, & Phillips, 2016) et qu'approximativement 33% des femmes peuvent présenter une symptomatologie traumatique (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006). Ce trouble peut être une conséquence directe d'un accouchement traumatique (une menace vitale pour la mère ou son enfant, des douleurs intenses, une césarienne d'urgence, un sentiment de perte de contrôle, etc.), ou une réactivation d'un évènement traumatique antérieur sans lien avec la période périnatale (Grekin & O'Hara, 2014).

En Tunisie, et dans le monde arabe de manière générale, les troubles psychopathologiques liés à la grossesse et à l'accouchement restent insuffisamment diagnostiqués et traités. Cependant, ces troubles entraînent des conséquences lourdes sur la santé psychique de la mère, sur la relation mère-enfant, ainsi que sur le développement cognitif et psycho-affectif de l'enfant. A titre d'exemple, il a été démontré que les mères qui souffrent de troubles psychopathologiques durant la période du post-partum présentent des difficultés à établir un lien avec leur bébé (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995), à les allaiter et à créer une bonne relation avec eux (Reynolds, 1997). Dans une étude menée par Enlow et al. (2011) sur le lien entre le TSPT maternel, la réactivité émotionnelle de l'enfant ainsi que sa capacité à réguler ses émotions, il a été révélé que le TSPT développé par les mères durant la période postnatale contribue à un risque élevé de problèmes de santé mentale chez l'enfant et à une difficulté de régulation des émotions dans la petite enfance.

En se basant sur les critères diagnostiques du DSM 5, les objectifs de cette étude étaient de : 1) Déterminer la prévalence du TSPT ainsi que la symptomatologie traumatique chez une population de femmes tunisiennes à deux mois après leur accouchement et ainsi différencier deux groupes : un groupe de femmes présentant un TSPT en lien avec l'accouchement et un groupe de femmes sans TSPT suite à l'accouchement.

2) Comparer les 2 groupes de femmes tunisiennes à travers leurs caractéristiques sociodémographiques, familiales et obstétricales, leur niveau d'anxiété et de dépression, leur perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, et également par rapport aux stratégies de coping qu'elles mettent en place, ainsi qu'au regard de leur qualité de vie.

2. Méthode

2.1. Procédure

Le recueil des données a été réalisé dans les unités de suivi gynécologique et obstétrique de l'hôpital « Mongi Slim » dans la banlieue nord de Tunis, de même que dans des cabinets de médecins gynécologues exerçant dans le secteur libéral. Un premier contact avec les femmes tunisiennes a été réalisé durant leur visite de suivi du troisième trimestre de grossesse. Ces femmes ont été informées du cadre général de l'étude, de ses objectifs et de son déroulement. Chaque questionnaire était accompagné d'un consentement éclairé, indispensable pour l'inclusion dans l'étude. Deux mois après la date d'accouchement estimée, toutes les femmes ont été rappelées pour vérifier qu'elles acceptaient de participer à la deuxième phase de l'étude. Suite à cet appel, des rendez-vous ont été pris afin de leurs remettre les questionnaires en main propre. Cette méthode a été choisie afin d'assurer un maximum de retours.

2.2. Participantes

Les caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des femmes tunisiennes sont présentées dans le tableau 1. Il s'agit d'une étude longitudinale réalisée sur deux phases. Pour la première phase de l'étude (troisième trimestre de grossesse), 226 femmes ont été sollicitées. Parmi ces femmes, 128 (36,6%) ont accepté de participer à la deuxième phase de l'étude (deux mois après l'accouchement). L'âge moyen des femmes était de 31 ans (ET = 5,07). La quasi-totalité des femmes étaient mariées (n = 223 ; 98,67%) et n = 101 femmes (44,70%) exerçaient une activité professionnelle. La majorité des femmes (n = 131 ; 58%) étaient multipares contre 42% de primipares. Plus de la moitié des femmes qui ont répondu au questionnaire à T2 ont accouché par césarienne (n = 78 ; 59,6%) dont n = 66 (50,4%) avec intervention programmée.

Tableau 1: Données sociodémographiques et obstétricales des femmes tunisiennes

Variables	n	%
Phase prénatale (T1)	**226**	
Age		
Minimum/Maximum	18/43	
Mean ± SD	31.28± 5.07	
Statut marital		
En couple	223	98.67%
Célibataire	3	1,33%
Situation professionnelle		
Avec emploi	101	44,70%
Sans emploi	125	55,30%
Parité		
Primipare	95	42%
Multipare	131	58%
Type de grossesse		
Simple	214	94,70%
Gémellaire	12	5,30%
Phase postnatale (T2)	**131**	
Type d'accouchement		
Par voie basse	48	36,5%
Avec instruments	5	3,9%
Césarienne programmée	66	50,4%
Césarienne d'urgence	12	9,2%

2.3. Mesures

2.3.1. Questionnaire d'anamnèse

En se référant à la littérature et aux recherches des membres de l'équipe, ce questionnaire a été construit dans le but de recueillir des données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques. Le soutien du conjoint et de l'entourage durant la grossesse ont également été évalués avec des questions comme « *Durant votre grossesse, vous sentez vous soutenue par le père de l'enfant ?* ».

2.3.2. Symptomatologie anxieuse

La symptomatologie anxieuse dans le pré et le post-partum a été évaluée avec la sous-échelle d'anxiété du Hospital Anxiety and Depression Scale ou HADS-A (Zigmond & Snaith, 1983). Il s'agit d'une sous-échelle composée de sept items cotés de 0 à 3. Dans cette étude, le score seuil de 8 (soit les valeurs supérieures ou égales à 8) a été utilisé comme indicateur d'anxiété dans le pré et le post-partum (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Jomeen & Martin, 2004).

2.3.3. Symptomatologie dépressive

Les symptômes de dépression périnataux ont été évalués avec l'Edinburgh Postnatal Depression scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 10 items cotés de 0 à 3.

Pour la population tunisienne, nous avons utilisé la version adaptée et validée par une équipe de recherche en Tunisie (Slim, 2004), et présentant une consistance interne de 0,91. Dans la version tunisienne, le score seuil de 10 (soit les valeurs supérieures ou égales à 10) a été utilisé comme indicateur de dépression. Pour cette étude, nous avons choisi de définir la dépression aigue comme le reflet des scores compris entre (ou égaux à) 10 et 12, et la dépression chronique comme correspondant aux scores supérieurs ou égaux à 12.

2.3.4. La symptomatologie traumatique

La symptomatologie traumatique a été évaluée avec une échelle spécifique à l'état de stress post traumatique en lien avec l'accouchement : la "Child Birth Traumatique Event Scale", validée sur la population tunisienne (Hannachi & Spitz, 2017). La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Elle est composée de vingt-cinq items qui correspondent aux cinq critères diagnostiques du DSM 5 (A, B = Intrusion, C = Evitement, D = Altérations négatives des cognitions et E = Hyper-activation neurovégétative). Le critère A est composé de quatre items cotés de 1 à 4, allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Il permet de sélectionner les femmes qui ont vécu leur accouchement comme une expérience traumatique. Les critères diagnostiques B, C, D et E sont mesurés à l'aide de vingt-

et-un items cotés de 1 à 4, allant de « jamais » à « la plupart du temps ». Pour qu'une femme soit diagnostiquée comme ayant un trouble de stress post-traumatique après son accouchement, elle doit présenter, en plus du critère A, au moins un symptôme sur cinq du critère B ; un symptôme sur deux du critère C ; trois symptômes sur huit du critère D et deux symptômes sur 6 du critère E.

Cette échelle permet à la fois d'évaluer des symptômes de l'état de stress post traumatique et d'établir un profil de femmes avec TSPT.

2.3.5. Perception du soutien de l'équipe soignante

La perception du soutien de l'équipe soignante a été évaluée avec la version courte du modified Health Care Climate questionnaire (mHCCQ). Il s'agit d'une échelle développée par Williams et al en 2005 (Williams, Lynch, & Glasgow, 2007; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005) et construite de six items, cotés de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai).

2.3.6. Les stratégies de coping

L'évaluation des stratégies de coping a été réalisée à l'aide de la Brief COPE (Carver et al., 1997 (Carver, 1997) ; version tunisienne de Hannachi & Spitz., 2015. Cette échelle est constituée de trente-deux items qui forment seize sous-échelles distinctes. Ces sous-échelles permettent d'évaluer différentes stratégies d'adaptation au stress : coping actif, distraction, planification, soutien social instrumental, soutien social émotionnel, expression des sentiments, déni, blâme, acceptation, réinterprétation positive, utilisation de substances, humour, religion, désengagement comportemental, rumination et dramatisation. Les items sont cotés de 1 à 4 avec 1 (pas du tout d'accord) et 4 (tout à fait d'accord).

2.3.7. La qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie dans le pré et le post-partum a été réalisée à l'aide du questionnaire Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF-36). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation qui identifie 8 dimensions différentes : l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique, les limitations dues à l'état psychique, les relations avec les autres, les douleurs physiques, la vitalité et la santé perçue. Pour chaque dimension, les scores varient entre 0 et 100. En ce qui concerne cette échelle, plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie (Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger, 1998; Ware Jr & Sherbourne, 1992). La version tunisienne de la SF-36, adaptée et validée par Guermazi et al. (2012), a été utilisée dans cette recherche.

2.4. Traduction et adaptation des échelles :

Dans le but d'obtenir une version adaptée à la population tunisienne, une méthodologie spécifique pour la traduction et l'adaptation interculturelle (Bullinger et al., 1998; Epstein, Osborne, Elsworth, Beaton, & Guillemin, 2015) a été appliquée à l'ensemble des échelles utilisées dans cette recherche qui n'ont pas été validées auparavant sur la population tunisienne (HADS-A ; mHCCQ et Brief COPE). Les différentes étapes de la réalisation de cette adaptation sont décrites ci-dessous.

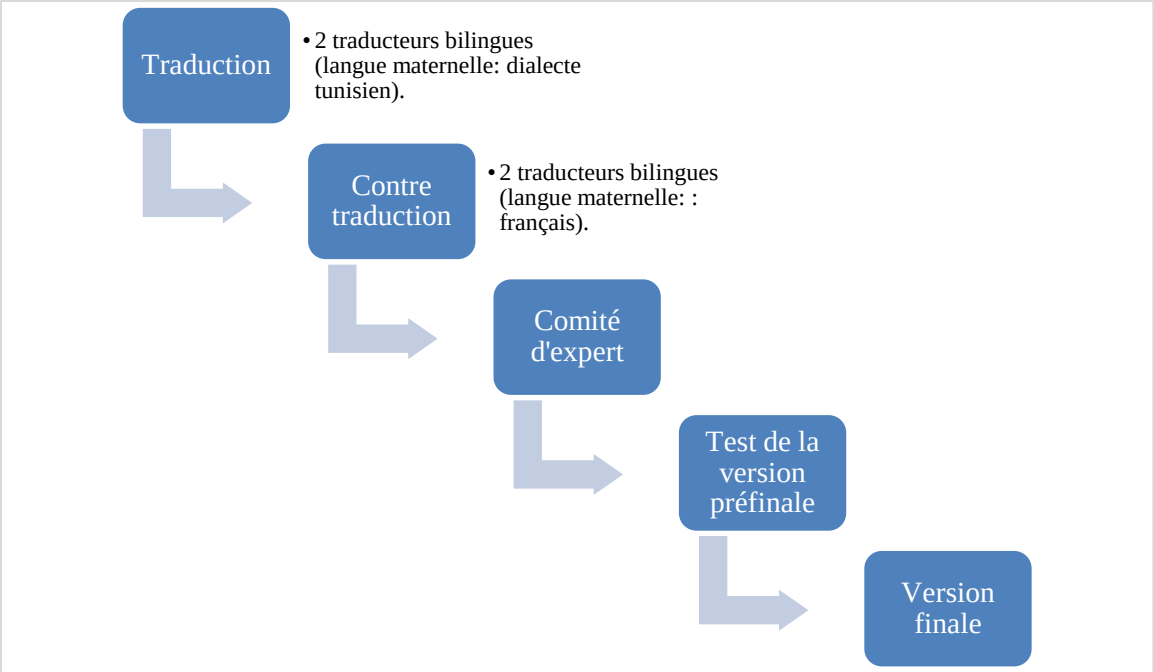


Figure 1 : Etapes de l'adaptation interculturelle des échelles

2.5. Analyses statistiques

Les analyses statistiques des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 21. Les analyses descriptives des variables sociodémographiques, gynécologiques et obstétricales ont été réalisées avec des calculs de moyennes, d'écarts types et de fréquences. Ensuite, en tenant compte de certaines covariables, des comparaisons de moyennes de type ANOVA dans les 2 groupes ont été menées pour les scores obtenus dans les échelles évaluant l'anxiété, la dépression, la perception de la qualité des soins, la qualité de vie et le score obtenu à l'échelle évaluant la symptomatologie traumatique. Les analyses ont été effectuées sur l'ensemble des échelles citées dans le pré et le post-partum. La symptomatologie traumatique a été établie en se basant sur les critères diagnostiques du DSM 5.

3. Résultats

3.1. Prévalence du trouble de stress post traumatique deux mois après l'accouchement

Les résultats de cette présente recherche ont montré que, parmi les 128 femmes ayant répondu au questionnaire deux mois après leur accouchement, 16,5% (n = 21 sur 127) ont été diagnostiquées comme ayant un TSPT (présence conjointement des cinq critères A, B, C, D et E).

Etat de Stress Post-Traumatique partiel

Les femmes avec symptomatologie traumatique ou TSPT partiel (critère A plus trois critères sur quatre parmi B, C, D et E) après l'accouchement représentent 36,2% (n = 46 sur 127)

3.2. Prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression durant la phase prénatale et postnatale

Pour les symptômes d'anxiété durant la phase prénatale, les résultats ont indiqué une prévalence de 69,4% (n = 154 sur 222). Deux mois après l'accouchement, la prévalence était de 57% (n = 73 sur 128).

Concernant les symptômes de dépression durant la période du pré-partum, les résultats ont révélé une prévalence de 22,4% (n = 48 sur 214) pour la dépression aiguë et 31,3% (n = 67 sur 214) pour la dépression chronique. Deux mois après l'accouchement, la prévalence d'affects dépressifs aigus était de 8,6% (n = 11 sur 128) et de 29,7% (n = 38 sur 128) pour la dépression chronique.

En ce qui concerne la comorbidité entre les symptômes traumatiques, l'anxiété et la dépression durant le post-partum, nous avons trouvé que parmi les femmes qui présentaient un TSPT, une seule femme soit 4,8% (n = 1 sur 21) présentait une dépression aigue, 85,7% (n = 18 sur 21) étaient touchées par une dépression chronique et la totalité des femmes affichait une symptomatologie anxieuse (n = 21 sur 21).

3.3. Comparaison des variables sociodémographiques, familiales et obstétricales chez les femmes tunisiennes en fonction de la présence ou non d'un TSPT

Des comparaisons de moyennes ont été réalisées entre les deux groupes de femmes avec TSPT et sans TSPT sur des variables telles que l'âge, la situation conjugale, l'activité professionnelle, les complications médicales au cours des grossesses précédentes ou de la grossesse actuelle, le soutien du conjoint, de la famille et de l'entourage, la parité, la participation aux séances de préparation à l'accouchement, le sentiment d'être prête pour l'accouchement, et le mode d'accouchement.

Les résultats ont indiqué que les deux groupes diffèrent selon la parité (χ^2 (1) = 7,510 ; p = 0,006) et le sentiment de préparation pour l'accouchement (χ^2 (1) = 13, 931 ; p = 0,001). Les résultats ont montré également que, dans le groupe des femmes qui ont présenté un TSPT à la suite de l'accouchement, 85,7% (n = 18 sur 21) sont multipares et 57,1% (n = 12 sur 21) ont estimé qu'elles ne se sentaient pas prêtes pour l'accouchement.

3.4. Comparaison de la symptomatologie anxieuse et dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, des stratégies de coping et de la qualité de vie, et ce durant les périodes pré et postnatales en fonction de la présence ou non d'un TSPT

Durant la période prénatale, comparativement au groupe de femmes sans TSPT, les femmes qui ont développé un TSPT post-partum estimaient ne pas avoir été soutenues par l'équipe soignante (t = 1,08 ; p = 0,002) et présentaient une moins bonne qualité de vie sur le plan de la santé mentale (t = 2,736 ; p = 0,006) et de la vitalité (t = 1,49 ; p = 0,04). Toutefois, les deux groupes de femmes n'ont pas montré de différences significatives quant au développement des symptomatologies anxieuse et dépressive, ainsi qu'à l'utilisation des stratégies de coping.

Pendant la période postnatale, les résultats ont dévoilé que, comparativement au groupe de femmes sans TSPT, les femmes qui ont développé un TSPT post-partum présentaient significativement plus de symptômes de dépression (t = 7,09 ; p = 0,02), utilisaient significativement plus des stratégies de coping telles que la dramatisation (t = 4,894 ; p = 0,006), le soutien instrumental (t = 3,98 : p = 0,04), le blâme (t = 3,87 ; p = 0,05) et la rumination (t = 1,96 ; p = 0,006), et elles estimaient ne pas avoir été soutenues dans le développement de leur autonomie par l'équipe soignante (t = 2,989 ; p = 0,001). Les résultats ont indiqué également

que, comparativement au groupe de femmes sans TSPT, les femmes avec TSPT post-partum étaient celles qui disposaient significativement d'une moins bonne qualité de vie mentale (t = 6,24 ; *p* = 0,004), souffraient plus de douleurs physiques (t = 7,16 ; *p* = 0,03), avaient eu plus de limitations au niveau de l'état affectif (t = 3,16 ; *p* = 0,001) et estimaient avoir une moins bonne qualité de vie au niveau du fonctionnement social (t = 5,83 ; *p* = 0,02).

3.5. Etude longitudinale en fonction de la présence ou non d'un TSPT post-partum sur la symptomatologie dépressive, la perception du soutien de l'équipe soignante, les stratégies de coping et la qualité de vie

Après avoir tenu compte de la parité et en distinguant les deux groupes de femmes (avec TSPT et sans TSPT), des analyses de type Anova à mesures répétées ont été réalisées sur la symptomatologie anxieuse et dépressive, la perception du soutien de l'équipe soignante, les stratégies de coping, et la qualité de vie entre la période du prépartum et du post-partum (deux mois après l'accouchement).

3.5.1. La symptomatologie dépressive

Concernant la symptomatologie dépressive, les résultats ont montré qu'il existait un effet du groupe (D = 40,004 ; *p* = 0,001). En effet, bien que les deux groupes de femmes ne diffèrent pas durant la période prénatale, ce n'est plus le cas deux mois après l'accouchement : les femmes qui ont développé un TSPT ont présenté significativement plus de symptômes de dépression que le groupe de femmes sans TSPT (figure 2).

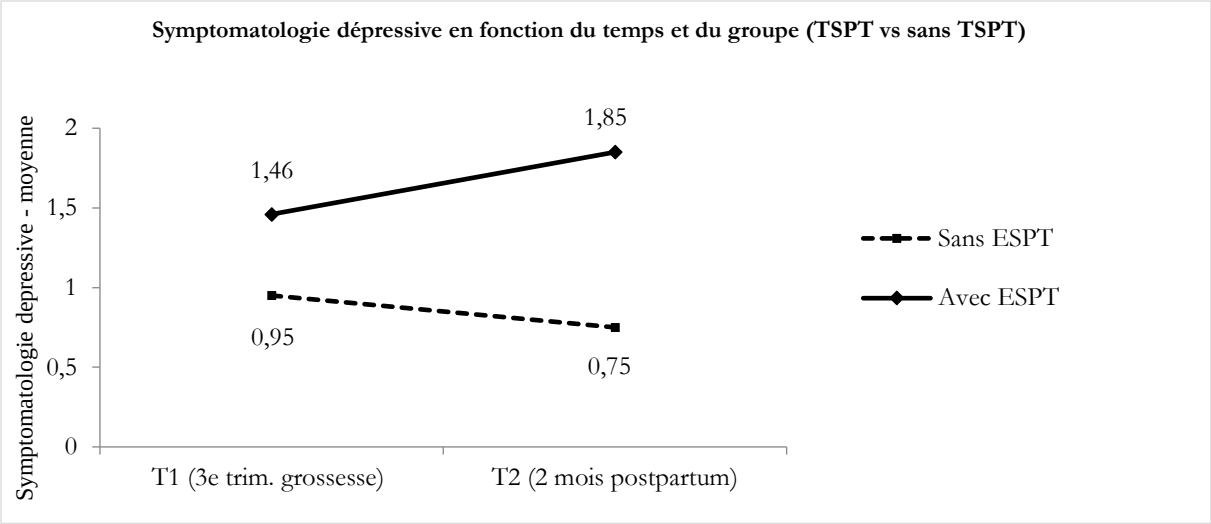


Figure 2 : Evolution des moyennes de la symptomatologie dépressive en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT)

3.5.2. La perception du soutien de l'équipe soignante

En ce qui concerne la perception du soutien de l'équipe soignante, les résultats témoignent d'un effet du groupe (D = 9,574 ; *p* = 0,003). On note que les deux groupes de femmes ne différaient pas pendant la période prénatale, alors que deux mois après l'accouchement, les femmes qui ont développé un TSPT estimaient ne pas avoir été soutenues dans le développement de leur autonomie par l'équipe soignante par rapport au groupe de femmes sans TSPT (figure 3).

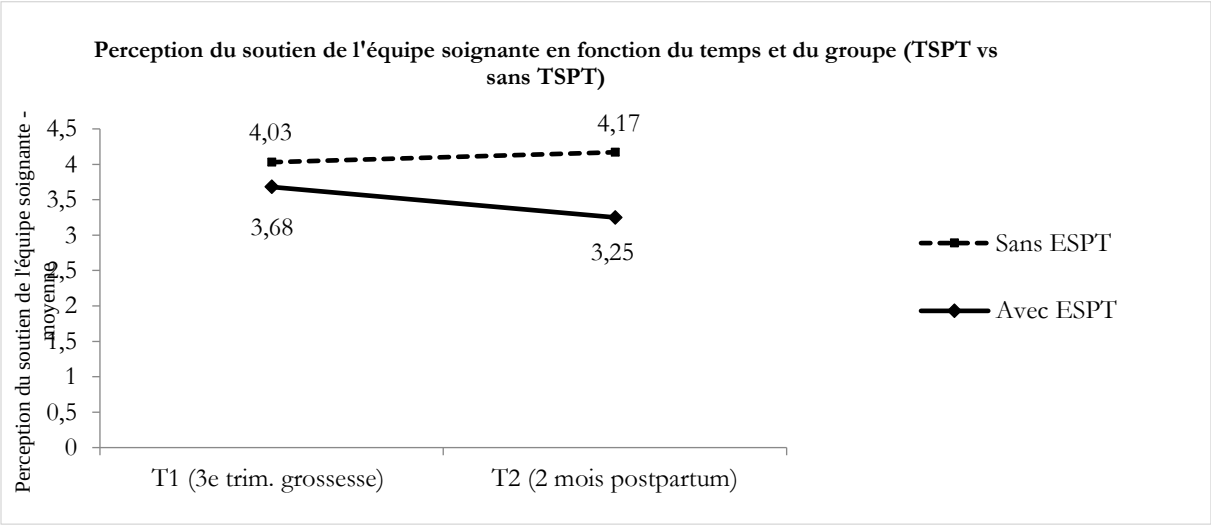


Figure 3 : Evolution des moyennes de la perception du soutien de l'équipe soignante en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT)

3.5.3. Les stratégies de coping

S'agissant des stratégies de coping, aucun effet significatif du temps ou du groupe n'a été constaté au niveau de la distraction, du coping actif, du déni, de l'utilisation de substances, du soutien émotionnel, du désengagement comportemental, de la religion, de l'acceptation, de l'expression du sentiment, de l'utilisation du soutien instrumental, de la réinterprétation positive, de l'auto-blâme, de l'humour, de la rumination ou du planning. Toutefois, les résultats ont indiqué un effet significatif du groupe en ce qui concerne la ***dramatisation*** (D = 5,045 ; *p* = 0,02), plus précisément les femmes avec TSPT utilisaient davantage la dramatisation durant la période postnatale que le groupe de femmes sans TSPT (figure 4).

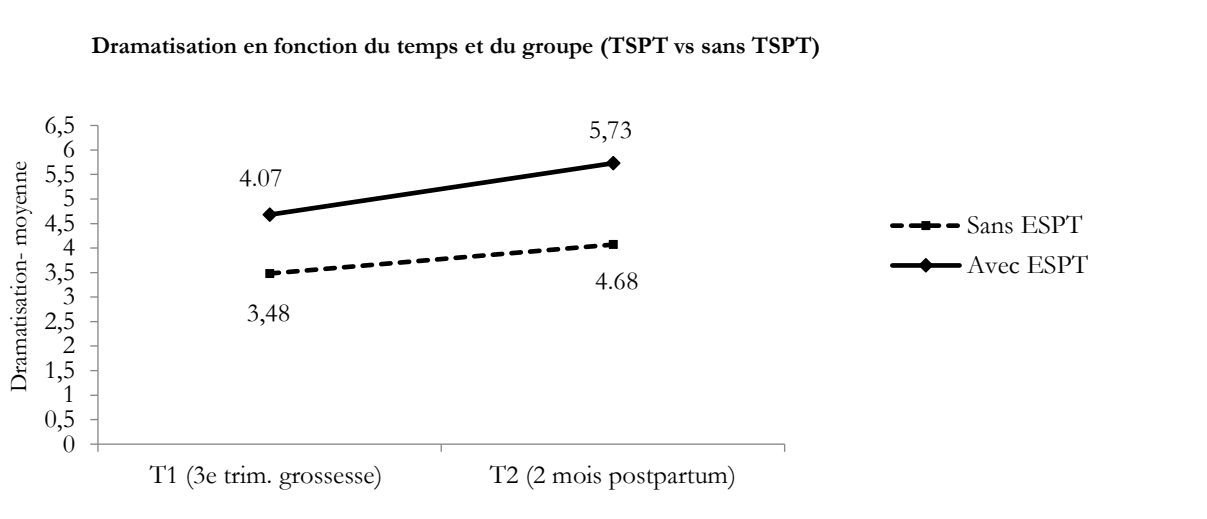


Figure 4 : Evolution des moyennes de la dramatisation en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT)

3.5.4. La qualité de vie

Des différences significatives ont été relevées au niveau de la ***santé mentale***, des ***douleurs physiques*** et du ***fonctionnement social*** entre les deux groupes (avec TSPT et sans TSPT).

Dans le cas de ***la santé mentale***, on note un effet du groupe (D = 23,301 ; *p* = 0,001), les femmes avec TSPT affichaient une moins bonne santé mentale à deux mois du post-partum que les femmes sans TSPT (figure 5).

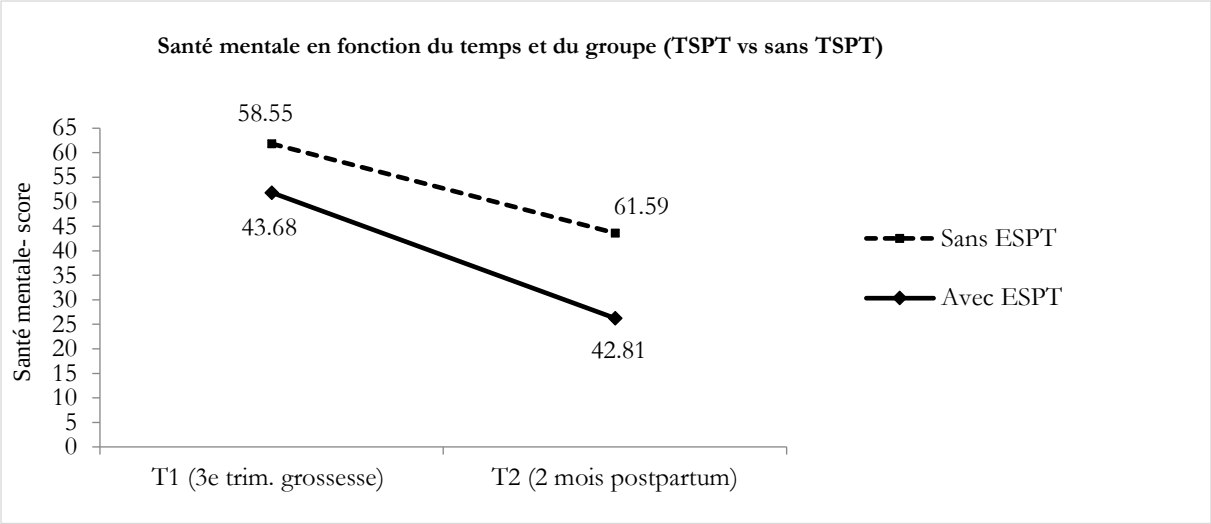


Figure 5 : Evolution du score de la santé mentale en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT)

Concernant ***la douleur physique***, un effet du groupe est trouvé (D = 8,545 ; *p* = 0,004), témoignant de douleurs physiques plus importantes exprimées par le groupe de femmes ayant développé un TSPT à deux mois de l'accouchement (figure 6).

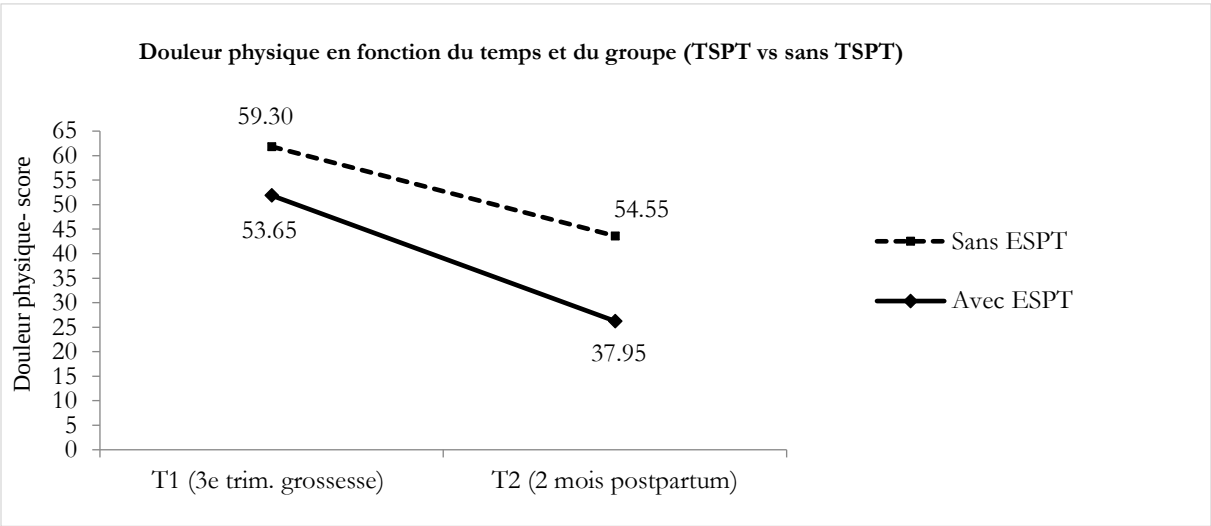


Figure 6 : Evolution du score de la douleur physique en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT)

Sur le plan du ***fonctionnement social***, un effet du groupe a été également constaté (D = 8,412 ; p = 0,004). En effet, les femmes avec TSPT post-partum ont déclaré avoir plus de difficultés à entretenir leurs relations sociales à cause de leur état de santé physique et émotionnel que le groupe de femmes sans TSPT (figure 7).

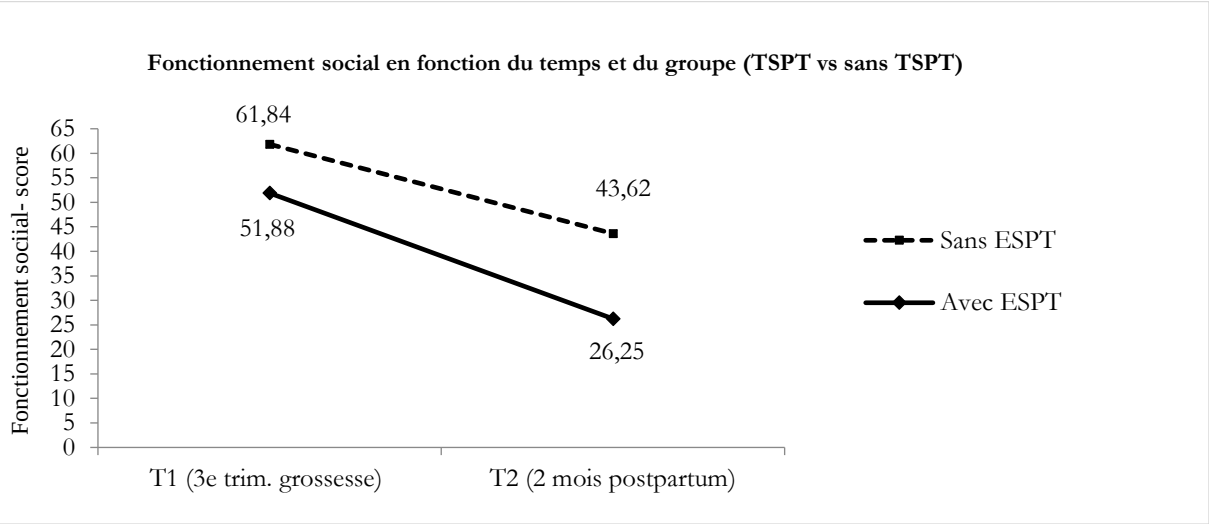


Figure 7 : Evolution du score du fonctionnement social en fonction du temps et du groupe (TSPT vs sans TSPT)

Tableau 2 : Moyenne / score de la symptomatologie dépressive, de la perception du soutien de l'équipe soignante, du déni, de la fonction physique, des douleurs physiques et des limitations dues à l'état mental à T1 et T2 en fonction des groupes (TSPT vs sans TSPT) chez les femmes tunisiennes

Variables	Groupe	n	T1		T2		Effet du temps			Effet du groupe			Effet d'interaction temps*groupe		
			Moyenne Score	Ecart type	Moyenne Score	Ecart type	*D*	*p*	*puissance observée*	*D*	*p*	*puissance observée*	*D*	*p*	*puissance observée*
Symptomatologie dépressive	Sans TSPT	89	0,95	0,60	0,75	0,53	-	ns	0.123	40,004	0,001	1	10,393	0,002	0.891
	TSPT	19	1,46	0,58	1,85	0,71									
Perception du soutien de l'équipe soignante	Tans TSPT	83	4,03	1,03	4,17	0,86	-	ns	0.342	9,574	0,003	0.865	-	ns	0.191
	TSPT	20	3,68	1,54	3,25	1,31									
Dramatisation	Sans TSPT	62	3,48	1,99	4,68	1,09	-	ns	0.315	5,045	0,02	0.601	-	ns	0.111
	TSPT	15	4,07	2,18	5,73	0,59									
Santé mentale	Sans TSPT	88	58,55	16,75	61,59	10,69	-	ns	0.36	23,301	0,001	0.998	-	ns	0.236
	TSPT	19	43,68	23,77	42,81	18,63									
Douleurs physiques	Sans TSPT	94	59,30	20,68	54,55	13,95	-	ns	0.054	8,545	0,004	0.826	-	ns	0.293
	TSPT	20	53,65	25,53	37,95	8,56									
Fonctionnement social	Sans TSPT	94	61,84	24,06	43,62	18,12	-	ns	0.384	8,412	0,004	0.82	-	ns	0.163
	TSPT	20	51,88	24,08	26,25	11,39									

T1 = 3ème trimestre de grossesse
T2 = 2 mois après l'accouchement
ns = Non Significatif
Résultats significatifs à $p < 0,05$

4. Discussion

Cette étude a révélé qu'une proportion importante des femmes tunisiennes, soit 16,5%, souffrent d'un Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) deux mois après l'accouchement. Bien que de prime abord ce chiffre paraisse élevé par rapport aux prévalences retrouvées dans la littérature et qui situe le taux du TSPT autour de 4% (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz et al., 2016), il faut rappeler que la majorité de ces études ont été réalisées sur des populations occidentales. En revanche, les recherches menées sur des femmes dans les pays de l'orient ont relevé des prévalences situées autour de 17% (Modarres, Afrasiabi, Rahnama, & Montazeri, 2012; Soltani, Abedian, Mokhber, & Esmaily, 2015). Ce taux élevé pourrait s'expliquer à travers plusieurs facteurs :

Le premier facteur serait relatif au contexte socio-culturel et aux croyances autour de la maternité et de l'accouchement dans les pays arabes de manière générale. En effet, dans la culture arabo-musulmane, la grossesse et l'accouchement sont parmi les expériences les plus difficiles à vivre dans la vie d'une femme, et cela au point que le jour de l'accouchement, les croyances veulent que tous les péchés commis par la femme lui seraient pardonnés et que tous ses vœux seraient exaucés. Dans la culture tunisienne, à partir du moment où la femme accouche et durant les quarante jours qui suivent l'accouchement, les gens pensent que « les portes du paradis lui sont ouvertes » et qu'elle risque la mort à tout moment. Toutes ces croyances autour de la grossesse et de l'accouchement donnent un caractère traumatique à l'évènement et pourraient justifier en partie le vécu négatif de l'accouchement par ces femmes, en dehors de tout facteur aggravant. En outre, avec le nombre de femmes qui meurent encore aujourd'hui en Tunisie à cause de l'accouchement, soit 68 femmes par 100 000 habitants ("Taux de mortalité maternelle - Comparaison de Pays," n.d.), il est compréhensible que les femmes aient peur de l'accouchement et redoutent ce moment. En effet, ce nombre élevé de mortalité maternelle renforce les croyances culturelles négatives autour de l'accouchement et n'aide pas les femmes à se préparer de manière positive à celui-ci.

Le deuxième facteur qui pourrait expliquer ce taux élevé du TSPT en lien avec l'accouchement en Tunisie, se rapporterait aux conditions sanitaires déplorables au sein des services de maternité des hôpitaux publics. D'une part, par manque de moyens matériels, les femmes qui accouchent dans les hôpitaux publics se retrouvent souvent dans des services

surchargés où plusieurs parturientes partagent la même pièce et accouchent dans des salles de travail où les règles d'asepsie ne sont pas toujours respectées. Il s'avère que durant l'accouchement, certaines femmes subissent des maltraitances de la part de certains employés de l'hôpital, pouvant aller jusqu'à de la violence physique. D'autre part, dans les hôpitaux situés dans les zones rurales, les femmes se retrouvent souvent dans des services de maternité où il manque cruellement de médecins. En effet, en 2017 le nombre de médecins généralistes a été estimé à 130 médecins pour 100 000 habitants et le nombre de médecins gynécologues était de 20 médecins pour 100 000 habitants ("CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins - Ordre des médecins," n.d.). Ces chiffres sont inférieurs aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui fixe le nombre minimum de médecins à 2,3 pour 1000 habitants pour couvrir les besoins de soins primaires ("World Health Organization., 2014). De plus, la répartition géographique des médecins gynécologues en Tunisie est inégale entre la capitale et les autres villes qui sont parfois désertées.

Dans cette étude, des comparaisons ont été réalisées entre les femmes qui ont développé un TSPT à la suite de leur accouchement et les femmes sans TSPT. Les résultats des analyses ont indiqué d'autres facteurs qui pourraient aussi expliquer le taux élevé de TSPT à la suite de l'accouchement chez les femmes tunisiennes. Ainsi, comparativement aux femmes sans TSPT, les femmes avec TSPT post-partum possèdent une moins bonne perception du soutien de l'équipe soignante. Durant la période périnatale, l'équipe soignante joue un rôle important pour informer, guider et soutenir la femme pour le développement de son autonomie et de son efficacité au moment de l'accouchement (Ford & Ayers, 2011). En Tunisie, le rôle que devrait jouer l'équipe soignante est limité en grande partie par le manque de personnel médical. Par exemple, durant la grossesse, le rôle informatif que devrait assurer les sages-femmes ou les médecins sur les éventuels troubles psychopathologiques du post-partum est souvent négligé. Dans certains cas, pendant l'accouchement, les femmes déclarent avoir été victimes de mauvais traitements de la part de certains membres de l'équipe soignante, cela allant jusqu'à la violence physique. Ce manque de soutien de la part de l'équipe soignante pourrait aussi donner un caractère traumatisant à l'expérience de l'accouchement. Après l'accouchement et par manque de puéricultrices, les femmes sont souvent livrées à elles-mêmes. L'accompagnement dans les soins donnés au bébé et dans la mise en route de l'allaitement est souvent assuré par la famille et non par l'équipe soignante.

Les résultats de la présente recherche ont également indiqué que les femmes avec TSPT post-partum utilisaient de façon significative davantage de stratégies peu adaptées telles que la dramatisation pour faire face au stress. Durant la période du post-partum, le déséquilibre émotionnel vécu à la suite de l'évènement traumatique place les femmes devant les limites de leurs capacités adaptatives, ce qui constitue un drame pour celles-ci. Les femmes se concentrent alors sur les aspects négatifs de la situation et utilisent la dramatisation. Cependant, le recours à la dramatisation pourrait être une réponse de survie, si la personne l'utilise pour exprimer les aspects négatifs de l'évènement traumatique ou la détresse ressentie.

Les femmes présentant un TSPT partiel ont déclaré avoir une moins bonne qualité de vie. Ceci s'est manifesté à travers un impact important sur la santé mentale, des douleurs physiques ainsi qu'une limitation du fonctionnement social. Ces limitations sont le résultat d'un état émotionnel négatif suite à l'accouchement. Les états de tristesse, de nervosité et d'humeur dépressive dans lesquels se retrouvent les femmes ayant vécu un accouchement traumatique auraient un impact négatif sur l'entretien et le maintien des relations sociales qu'elles avaient avant l'accouchement. Les femmes sont souvent épuisées et décrivent l'écart qui existe entre ce qu'elles peuvent ressentir et l'euphorie de leur entourage face à l'arrivée du bébé.

Cependant, cette étude comporte des biais et des limites qu'il convient de souligner. La première est liée au fait que le recueil des données ait été mené à l'aide d'auto-questionnaires et sans entretiens cliniques. Ces entretiens auraient pu apporter des informations complémentaires pour l'interprétation des résultats statistiques. La deuxième limite est associée au nombre de femmes qui n'ont pas répondu aux questionnaires deux mois après l'accouchement et qui s'élève à plus de 76%. Ce taux de perte élevé des sujets a limité l'exploitation des résultats. La troisième limite est liée à la comorbidité très élevée entre les symptômes du trouble de stress post traumatique et la symptomatologie anxieuse et dépressive, ce qui rend difficile le diagnostic du TSPT en tant que trouble indépendant.

Conclusion

Les troubles psychopathologiques liés à la période pré et postnatale restent parmi les troubles les moins prévenus, diagnostiqués et traités en Tunisie comme dans les pays arabes de manière générale. Les femmes sont souvent livrées à elles-mêmes et comptent sur le soutien de la famille et les conseils des femmes plus âgées dans la famille pour les aider et leur donner des explications à ce qui leur arrive, or ces explications trouvent souvent leurs origines dans des mythes culturels plutôt que dans une réalité objective.

Il est important aujourd'hui de faire un appel aux services de santé publique afin d'informer, de prévenir et d'éduquer la population sur les risques périnataux. De plus, une meilleure connaissance des troubles psychopathologiques liés à la grossesse et à l'accouchement et leur prévention permettraient d'endiguer les graves conséquences sur la santé psychique de la mère, le développement du lien mère-enfant, ainsi que sur le développement cognitif et psycho-affectif de l'enfant.

Références :

Abdollahpour, S., Khosravi, A., & Bolbolhaghighi, N. (2016). The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *34*(4), 403–412. https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1185773

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fifth Edition*.

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 200–204. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029

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. https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77.

Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., … Ware, J. E., Jr. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal Of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 913–923.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins - Ordre des médecins. (n.d.). Retrieved February 17, 2019, from http://www.ordre-medecins.org.tn/fr/

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(6), 782–786.

Enlow, M. B., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, *34*(4), 487–503.

Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(4), 360–369.

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, *26*(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Guermazi, M., Allouch, C., Yahia, M., Huissa, T. B. A., Ghorbel, S., Damak, J., … Elleuch, M. H. (2012). Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Tunisia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *55*(6), 388–403. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.05.003

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Hannachi N. & Spitz E. (2015). Adaptation and validation of the Tunisian version of the Brief COPE Scale. Principles of Behaviour. Change in Health & Illness. Conference Abstracts Book p 188. http://www.ehps2015.org/files/EHPS2015_Conference_Abstracts_01092015.pdf

Jomeen, J., & Martin, C. R. (2004). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a reliable screening tool in early pregnancy? *Psychology & Health*, *19*(6), 787–800.

Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 1013–1023.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90. https://doi.org/10.1080/01674820600712875

Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*(1), 88.

Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, *156*(6), 831–835.

Slim, R. (2004). *La dépression du post partum (prévalence et facteurs associés)* (PhD Thesis). Thèse de doctorat en médecine. Tunisie: Université de Médecine de Monastir ….

Soltani, N., Abedian, Z., Mokhber, N., & Esmaily, H. (2015). The association of family support after childbirth with posttraumatic stress disorder in women with preeclampsia. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *17*(10). Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636751/

Taux de mortalité maternelle - Comparaison de Pays. (n.d.). Retrieved February 1, 2019, from https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2223&l=fr

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473–483.

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(6), 587–597.

Williams, G. C., Lynch, M., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology*, *26*(6), 728.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 39–45.

World Health Organization. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/ - Recherche Google. (n.d.). Retrieved February 6, 2019, from https://www.google.com/search?q=World+Health+Organization.+(2014).+Trends+in+maternal+mortality%3A+1990+to+2013.+Estimates+by+WHO%2C+UNICEF%2C+UNFPA%2C+The+World+Bank+and+the+United+Nations+Population+Division.+Retrieved+from+http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F112682%2F2%2F&oq=World+Health+Organization.+(2014).+Trends+in+maternal+mortality%3A+1990+to+2013.+Estimates+by+WHO%2C+UNICEF%2C+UNFPA%2C+The+World+Bank+and+the+United+Nations+Population+Division.+Retrieved+from+http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F112682%2F2%2F&aqs=chrome..69i57.1257j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370.

Chapitre 4 : Etat de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement. Différentiation entre deux populations de femmes françaises et tunisiennes

Article 5 : **Trouble de stress post-traumatique à la suite de l'accouchement : Etude comparative des facteurs de risque sur deux populations de femmes françaises et tunisiennes**

L'article est en cours de traduction en anglais et sera soumis à la revue *Midewifery*.

Trouble de stress post-traumatique à la suite de l'accouchement : Etude comparative des facteurs de risque sur deux populations de femmes françaises et tunisiennes

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé

Introduction : Plusieurs études ont été menées sur le stress post-traumatique suite à l'accouchement, mais suivant les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5, aucune étude n'a été publiée jusqu'à présent.

Objectifs : Le but de la présente étude était d'évaluer la prévalence du Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement dans deux populations de femmes françaises et tunisiennes mais aussi de déterminer les facteurs de risque d'apparition d'un TSPT pour chaque population.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective réalisée avec 2 temps de mesure, l'un au troisième trimestre de grossesse (T1) et l'autre deux mois après l'accouchement (T2). L'échantillon est composé de 646 femmes françaises et tunisiennes. Des mesures ont été réalisées à l'aide d'échelles évaluant le TSPT en lien avec l'accouchement, l'anxiété, la dépression, les stratégies de coping utilisées en pré et postnatal et la perception de la qualité du soutien de l'équipe soignante.

Résultats : Deux mois après l'accouchement, 16,3% des femmes françaises présentent une symptomatologie traumatique. Cette prévalence s'élève à 36,2% chez les femmes tunisiennes. Les analyses de régression hiérarchique ont montré que chez les femmes françaises, la primiparité et le mode d'accouchement ($\beta = 0.24^{**}$), le blâme utilisé durant la période prénatale ($\beta = 0.22^{**}$), les douleurs physiques prénatales ($\beta = -0.25^{**}$) ainsi que la perception négative du soutien de l'équipe soignante durant l'accouchement ($\beta = -0.19^{**}$) constituent des facteurs de risque du développement d'un TSPT postnatal. Pour les femmes tunisiennes, la primiparité et le mode d'accouchement ($\beta = 0.50^{**}$), la perception négative du soutien de l'équipe soignante durant l'accouchement ($\beta = -0.37^{**}$), l'utilisation de la dramatisation ($\beta = 0.41^{**}$) et du blâme ($\beta = 0.24^{**}$) après l'accouchement constituent des facteurs de risque au développement d'un TSPT en post-partum.

Discussion : Certains facteurs de risque associés au TSPT après l'accouchement étaient communs aux deux populations, cependant la façon de faire face diffère selon la population étudiée. Cette différence pourrait être en grande partie expliquée par les modes de vie et les croyances culturelles.

Abstract:

Introduction: Several studies have been conducted on post-traumatic stress following childbirth, but so far, no studies have been published according to the new diagnostic criteria of DSM 5.

Objectives: The aim of the present study was to assess the prevalence of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) related to childbirth in two French and Tunisian women populations but also to determine the risk factors of PTSD for each population.

Method: This is a prospective study performed with 2 measurement times, one in the third trimester of pregnancy (T1) and the second two months after childbirth (T2). The sample is composed of 646 French and Tunisian women. Measurements were made using scales to assess PTSD related to childbirth, anxiety, depression, pre- and postnatal coping strategies, and perceived quality support of team care.

Results: Two months after delivery, 16.3% of French women present traumatic symptoms. This prevalence is 36.2% among Tunisian women. Hierarchical regression analysis showed that, in French women, primiparity and mode of delivery ($\beta = 0.24$ **), blame used during the prenatal period ($\beta = 0.22$ **), prenatal physical pain ($\beta = -0.25$ **) and the negative perception of support from the health team care during delivery ($\beta = -0.19$ **) are risk factors for the development of postnatal PTSD. For Tunisian women, the primiparity and the mode of delivery ($\beta = 0.50$ **), the negative perception of the support of the health team care during childbirth ($\beta = -0.37$ **), the use of dramatization ($\beta = 0.41$ **) and blame ($\beta = 0.24$ **) after delivery are risk factors for the development of postpartum PTSD.

Discussion: Some risk factors associated with postpartum PTSD were common to both populations, however, the coping strategies differs depending on the studied population. This difference could be largely explained by lifestyles and cultural beliefs.

1. Introduction

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) est un trouble mental chronique qui se caractérise par des symptômes d'intrusion et de reviviscence de l'évènement traumatique, des symptômes d'évitement de tous souvenirs, pensées ou lieux rappelant l'évènement traumatique, des symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur, de même qu'une altération marquée de l'éveil et de la réactivité en lien avec l'évènement traumatique. Le DSM 5 précise que toute personne victime d'une exposition à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles peut être plus susceptible de développer un TSPT (American Psychiatric Association, 2013). Dans cette nouvelle version du DSM, les auteurs précisent que même les personnes qui sont des témoins directs ou indirects de mort ou d'une menace de mort d'une personne proche ainsi que les personnes exposées de manière répétée à des évènements traumatiques sont davantage à risque dans le développement d'un TSPT.

Parfois, l'expérience de l'accouchement peut aussi être vécue comme un évènement traumatique. En effet, plusieurs études ont rapporté que l'accouchement a été décrit comme tel par certaines femmes (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; Wijma, Söderquist, & Wijma, 1997). Ainsi, plusieurs auteurs ont publié que les femmes pouvaient présenter un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) suite à leur accouchement (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012; Ayers & Pickering, 2001; Haagen, Moerbeek, Olde, van der Hart, & Kleber, 2015).

D'après une revue systémique et une méta-analyse récente réalisée par Yildiz et al., (2016) sur vingt-huit études, la prévalence du TSPT en lien avec l'accouchement était de 5,9%. Dans cette méta-analyse, une distinction a été réalisée entre deux groupes de femmes, l'un ne présentant pas de complication et l'autre présentant des complications graves liées à la grossesse, une peur de l'accouchement, un accouchement difficile ou traumatique, une césarienne d'urgence, un bébé né avec un faible poids ou prématuré, etc.... Les résultats ont montré que chez la population de femmes sans complication, la prévalence du TSPT en lien avec l'accouchement était de 4% et qu'elle s'élève en revanche à 18,54% chez les femmes ayant présenté des complications. Concernant la symptomatologie traumatique (selon la présence de deux ou trois critères diagnostiques B, C et D du DSM IV), des études ont rapporté une prévalence allant jusqu'à 28% et même 33% (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006). Toutefois, les prévalences du TSPT et de la symptomatologie traumatique varieraient en fonction du contexte socio-culturel de la population étudiée ; à titre d'exemple le taux du TSPT

dans les pays occidentaux serait de 2% alors que dans les pays d'Orient, ce taux pourrait s'élever jusqu'à 17% et même atteindre plus de 30% (Moghadam, Shamsi, & Moro, 2015; Vizeh et al., 2012). En Afrique, une seule étude réalisée auprès de femmes nigériennes a évalué le taux du TSPT à 5,9% (Adewuya, Ologun, & Ibigbami, 2006). En outre, il est important de souligner que pour l'évaluation du TSPT, les auteurs cités précédemment se sont référés aux critères diagnostiques du DSM IV.

Par ailleurs, d'après les études réalisées sur les facteurs de risques liés au TSPT du post-partum, quatre catégories principales de facteurs pourraient être identifiées : les facteurs sociodémographiques, médicaux et obstétricaux, personnels et interpersonnels. Les facteurs sociodémographiques comme l'âge et le statut marital auraient un impact. Ainsi les femmes plus jeunes seraient plus à risque (Iles, Slade, & Spiby, 2011) et indépendamment le statut de femme célibataire augmenterait le risque d'apparition d'un TSPT suite à l'accouchement (Montmasson, Bertrand, Perrotin, & El-Hage, 2012). En ce qui concerne les facteurs médicaux et obstétricaux, les recherches ont montré qu'il pouvait s'agir d'une part de facteurs de risque prénataux liés à la primiparité (Cigoli et al., 2006; Moghadam et al., 2015) et aux complications vécues durant la grossesse (Maggioni et al., 2006), et d'autre part d'éléments périnataux comme les césariennes notamment les césariennes d'urgence (Fairbrother & Woody, 2007; Soderquist et al., 2009) et l'utilisation d'instruments durant l'accouchement (Alcorn et al., 2010; Susan, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009). Pour les facteurs personnels de risque, ils pourraient se manifester à travers des troubles pré-morbides liés à l'histoire psychiatrique tels que des troubles de l'humeur ou des traumatismes antérieurs (Soet, Brack, & Dilorio, 2003). Le vécu négatif d'un accouchement précédant et la détresse émotionnelle pourraient aussi être associés au développement d'un TSPT postnatal (Olde et al., 2005; Verreault et al., 2012). La peur et la douleur durant l'accouchement, le sentiment de détresse et de menace vitale (Boudou, Séjourné, & Chabrol, 2007; Imširagić et al., 2017) ainsi que le sentiment de perte de contrôle et d'impuissance constitueraient des facteurs personnels associés à l'expression du TSPT postnatal. Finalement, les facteurs interpersonnels de risque seraient associés entre autres au soutien social perçu et à la perception du soutien de la part de l'équipe soignante. En effet, plusieurs études ont relevé l'effet négatif d'un faible soutien de la part du conjoint, de la famille ou de l'entourage dans le développement d'un TSPT post-partum (Czarnocka & Slade, 2000; Soet et al., 2003). Le même constat a été réalisé en ce qui concerne le manque d'information et de soutien à l'autonomie de la femme de la part de l'équipe soignante, éléments qui seraient des facteurs de risques à l'apparition d'un TSPT dans la période postnatale (De Schepper et al.,

2016; Ford & Ayers, 2011). Par contre, les cours d'éducation à la naissance constitueraient un facteur de protection face au développement du TSPT dans la période qui suit l'accouchement (Byrne, Hauck, Fisher, Bayes, & Schutze, 2014; Gökçe İsbir, İnci, Önal, & Yıldız, 2016).

D'autre part, l'accouchement est certes un acte naturel mais également culturel. En effet, chaque société envisage l'accouchement et l'arrivée du bébé à sa façon et imagine un ensemble de récits, de rituels et de coutumes afin de préparer la femme à la mise au monde de l'enfant ainsi que pour l'accompagner dans son nouveau rôle de mère. De plus, la culture représente aussi un contexte important pour les expériences affectives. Par conséquent, les troubles psychiques tels que le TSPT postnatal peuvent être influencés par les représentations culturelles.

Cette étude comportait deux objectifs principaux : le premier objectif était d'évaluer la prévalence de la symptomatologie traumatique dans deux populations de femmes françaises et tunisiennes en se basant sur les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5. Le deuxième objectif était de déterminer les facteurs de risque prédictifs d'un score élevé dans l'évaluation d'un TSPT en lien avec l'accouchement sur chacune des populations de façon spécifique.

2. Méthode

2.1. Participants

Cette étude prospective a été conduite dans deux populations et pays différents : la France et la Tunisie.

Pour la population française, les femmes ont été recrutées dans les cabinets de sages-femmes libérales durant les séances de préparation à la naissance. Pour la population tunisienne, les femmes ont été rencontrées principalement dans les unités de suivi gynécologique et obstétrique de l'hôpital « Mongi Slim » qui se situe dans la ville de la Marsa près de Tunis, ainsi que dans les cabinets de médecins gynécologues exerçant en libéral dans les banlieues nord et sud de Tunis.

Les critères d'inclusion pour les deux populations étaient identiques : être des femmes âgées de 18 ans ou plus, enceintes de 24 semaines de gestation au minimum et pouvant lire et écrire. Les questionnaires ont été réalisés en français et en dialecte tunisien. Au total, 646 femmes (n = 420 femmes françaises et n = 226 femmes tunisiennes) ont accepté de participer à cette recherche

entre le mois de décembre 2015 et mai 2017, et elles ont signé un formulaire de consentement éclairé qui était nécessaire à l'inclusion dans l'étude.

2.2. Procédure

Cette recherche a été réalisée sur deux temps : le premier (T1) a été conduit à partir du troisième trimestre de grossesse et le deuxième (T2) a été mené deux mois après l'accouchement. Pour ce deuxième temps de recueil des données, les femmes françaises (n = 153) ont été recontactées par courrier avec pour le retour de celui-ci des enveloppes pré-timbrées. Pour la population tunisienne, afin de garantir un maximum de retour, les femmes (n = 131) ont été recontactées par téléphone, ensuite des rendez-vous ont été pris avec elles afin de leur remettre et récupérer les questionnaires en main propre.

2.3. Mesures

Un questionnaire anamnestique a été construit afin de recueillir les données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques des femmes participantes.

Pour évaluer la symptomatologie anxieuse dans le pré et le post-partum, nous avons administré le Hospital Anxiety and Depression Scale ou HADS-A (Zigmond & Snaith, 1983). Ce questionnaire est composé de sept items cotés de 0 à 3. Dans cette étude le score seuil de 8 (soit les valeurs supérieures ou égales à 8) a été utilisé comme indicateur d'anxiété dans le pré et le post-partum (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Jomeen & Martin, 2004). Cette échelle a été validée sur la population française par Lépine, Godchau, Brun, & Lempérière (1985). Pour la population tunisienne, une traduction et une adaptation culturelle ont été réalisées.

Afin d'obtenir des informations sur la symptomatologie dépressive, nous avons utilisé l'Edinburgh Prenatal Depression Scale (Murray & Cox, 1990) à T1 et l'Edinburgh Postnatal Depression scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) à T2. Il s'agit d'une échelle composée de 10 items, cotés de 0 à 3. Le score seuil de 14 (soit les valeurs supérieures ou égales à 14) a été choisi comme indicateur de dépression prénatale pour les deux populations (Murray & Cox,

1990). Pour le post-partum, le score seuil de 12 (soit les valeurs supérieures ou égales à 12) a été utilisé pour la population française (Teissèdre & Chabrol, 2004) et le score seuil de 10 (soit les valeurs supérieures ou égales à 10) pour la population tunisienne (Masmoudi et al., 2008).

Dans le but d'évaluer la perception de la relation avec l'équipe soignante, nous avons administré la version courte du modified Health Care Climate Questionnaire (mHCCQ) aux deux populations. Il s'agit d'une échelle qui mesure la perception par le patient de la qualité du soutien à l'autonomie qu'il reçoit de la part de l'équipe soignante. Elle a été développée par Williams et al. en 2005 (Williams, Lynch, & Glasgow, 2007; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005). Elle est constituée de six items, cotés de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai).

En vue d'obtenir des informations sur les différentes stratégies de coping utilisées par les femmes durant la période périnatale, nous avons utilisé la Brief COPE (Carver, 1997). Il s'agit d'une échelle composée de 28 items avec 14 sous-échelles distinctes. Ces sous-échelles permettent d'évaluer des stratégies différentes d'adaptation au stress : coping actif ; distraction ; planification ; soutien social instrumental ; soutien social émotionnel ; expression des sentiments ; déni ; blâme ; acceptation ; réinterprétation positive ; utilisation de substances ; humour ; religion ; désengagement comportemental. Cette échelle existe en version française (Muller & Spitz, 2003) et tunisienne (Hannachi, Muller & Spitz, 2015).

Pour dépister la symptomatologie traumatique, une échelle spécifique au trouble de stress post traumatique en lien avec l'accouchement "Child Birth Traumatique Event Scale" (CBTES) a été proposée aux femmes deux mois après leur accouchement. La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM V. Elle est formée de 25 items, correspondant aux cinq critères diagnostiques du DSM V (A, B : Intrusion, C : Evitement, D : Altérations négatives des cognitions et E : Hyper-activation neurovégétative). Cette échelle permet à la fois d'évaluer des symptômes de l'état de stress post-traumatique et d'établir un profil de femmes avec un TSPT. L'échelle a été validée sur la population française (Hannachi & Spitz, 2017) et tunisienne (Hannachi & Spitz, 2017).

De façon à évaluer la qualité de vie durant la période périnatale, nous avons utilisé le Medical Outcome Study Short Form (MOS-SF-36). Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation qui évalue 8 dimensions différentes : l'activité physique, les limitations dues à l'état physique, la santé psychique, les limitations dues à l'état psychique, les relations avec les autres, les douleurs

physiques, la vitalité et la santé perçue. Pour chaque dimension, les scores varient entre 0 et 100. Pour cette échelle, plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Cette échelle a été validée sur la population française (Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger, 1998) et tunisienne (Masmoudi et al., 2008; Slim, 2004).

2.3.1. Analyses statistiques

L'analyse des données a été réalisée avec SPSS, version 21. Des analyses de corrélations avec le coefficient de Pearson ont été conduites entre les différentes variables prédictives et le score obtenu à l'échelle évaluant le TSPT. Ensuite une régression linéaire hiérarchique a été menée afin de proposer des facteurs de risque prédictifs de la symptomatologie traumatique pour chacune des deux populations.

3. Résultats

Cette étude a été réalisée auprès de 420 (65%) femmes françaises et de 226 (35%) femmes tunisiennes. L'âge moyen des participantes est de 30 ans [ET = 4,62]. La plupart sont primipares (62,54% ; n=404), notamment dans le cas des femmes françaises (χ^2 (1) = 61,35 ; p = 0,001). La majorité des participantes ont accouché par voie basse sans complication (52,3%). En revanche, l'accouchement par césarienne est retrouvé avec une nette majorité chez les femmes tunisiennes (59,6%) par rapport aux femmes françaises (20,30%).

Toutes les variables sociodémographiques, gynécologiques et obstétriques des deux populations sont exposées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Variables sociodémographiques et obstétricales des femmes françaises et tunisiennes

		Total T1 (n= 646) Total T2 (n=284)		FR (n=420) FR (n=153)		TUN (n=226) TUN (n=131)		Différence
		n	%	n	%	n	%	
Statut familial	Célibataire	*9*	*1,40*	6	1.43	3	1.33	$\chi^2(1) = 0,933$ $(p = 0,62)$
	En couple	*637*	*98.60*	414	98.57	223	98.67	
Statut professionnel	Avec emploi	*458*	*70.90*	357	85	101	44.70	$\chi^2(1) = 113,387$ $(p = 0,001)$
	Sans emploi	*188*	*29.10*	63	15	125	55,30	
Parité	Primipare	*404*	*62.54*	309	73.60	95	42	$\chi^2(1) = 61,356$ $(p = 0,001)$
	Multipare	*242*	*37.46*	111	26.40	131	58	
Complications actuelles	Oui	*196*	*30.34*	115	27.38	81	35.84	$\chi^2(1) = 5,775$ $(p = 0,01)$
	Non	*450*	*69.66*	305	72.62	145	64,16	
Cours de préparation	Oui	*255*	*39,47*	235	55.95	20	8.85	$\chi^2(3) = 88,256$ $(p = 0,001)$
	Non	*391*	*60,53*	185	44,05	206	91,15	
Sentiment de préparation à la naissance	Oui	*361*	*55.89*	198	47.14	163	72.12	$\chi^2(1) = 36,388$ $(p = 0.001)$
	Non	*285*	*44.11*	222	52.86	63	27.88	
Mode d'accouchement	Voie basse	148	52.3%	100	65.30%	48	36.65	$\chi^2(1) = 48.280$ $(p = 0.001)$
	Avec instruments	27	38.2%	22	14.40%	5	3.9	
	Césarienne	109	9.5%	31	20.30%	78	59.6	

FR = Femmes françaises
TUN = Femmes tunisiennes
T1 = A partir du 3ème trimestre de grossesse
T2 = 2 mois post-partum

3.1. Prévalence du trouble de Stress Post Traumatique chez les femmes françaises et tunisiennes

Pour les femmes françaises, le score moyen à l'échelle évaluant le TSPT (CBTES) était de M = 2,04 [ET = 1,42] avec un minimum de 0 et un maximum de 5. Lorsque les critères diagnostiques du DSM 5 ont été appliqués, les données indiquaient que 16,3% (n = 25) des femmes présentaient une symptomatologie traumatique deux mois après l'accouchement.

Concernant les femmes tunisiennes, le score moyen à l'échelle évaluant le TSPT était de M = 2,83 [ET = 1,43] rangé entre 1 et 5. Lorsque les critères diagnostiques du DSM 5 sont utilisés, il a été trouvé que 36,2% (n = 46) des femmes présentaient une symptomatologie traumatique deux mois après l'accouchement.

3.2. Analyse de régression hiérarchique multiple

Le but de cette analyse était de proposer des facteurs de risque prédictifs du TSPT dans le post-partum pour chacune des deux populations.

Dans le groupe des femmes françaises, les résultats montraient d'abord que la primiparité et le mode d'accouchement expliqueraient 5,8% de la variance concernant le score de risque d'un TSPT dans le post-partum. Dans une seconde étape, nous avions introduit un facteur personnel, la stratégie de coping du blâme que la femme pouvait utiliser durant la période prénatale et qui permettait d'expliquer en plus 5,1% ($\beta = 0,22^{**}$) de la variance. Ensuite, dans une troisième étape, nous avions ajouté la douleur physique exprimée par les femmes dans le pré-partum et qui permet d'expliquer 4,2% ($\beta = -0,21^{**}$) supplémentaires de la variance. Dans une quatrième étape, nous avions introduit la perception de la qualité du soutien à l'autonomie donnée par l'équipe soignante durant l'accouchement et le séjour à la maternité, élément qui explique 3,8% ($\beta = -0,19^{**}$) de plus de la variance. En conclusion, les facteurs prédictifs de 20,2% de la variance du score du risque d'un TSPT à deux mois du post-partum chez les femmes françaises sont : la primiparité, le mode d'accouchement, la stratégie du blâme utilisée dans le pré-partum, les douleurs physiques également en pré-partum et la perception de la qualité du soutien à l'autonomie donné par l'équipe soignante.

Sur la population de femmes tunisiennes, les résultats indiquaient que la primiparité et le mode d'accouchement expliquaient 25,5% de la variance concernant le score de risque d'un TSPT dans le post-partum. L'introduction de la perception de la qualité du soutien donné par l'équipe soignante durant l'accouchement et le séjour à la maternité dans une seconde étape avait permis d'expliquer 12,9% (β = -0,37**) de plus de la variance. Quant aux stratégies de coping, l'introduction de la dramatisation dans la troisième étape et le blâme dans la quatrième étape ont permis d'expliquer respectivement 11,5% (β = 0,41**) et 3,5% (β = 0,24**) de variance supplémentaire du TSPT dans le post-partum. En résumé, les facteurs prédictifs de 56,7% de la variance du score de risque d'apparition d'un TSPT à deux mois du post-partum chez les femmes tunisiennes étaient : la primiparité, le mode d'accouchement, la perception de la qualité du soutien à l'autonomie donné par l'équipe soignante durant l'accouchement et la période passée à la maternité, ainsi que le recours à des stratégies peu adaptatives de faire face au stress telles que la dramatisation et le blâme.

Tableau 2 : Modèles prédictifs du TSPT à deux mois post-partum chez les femmes françaises et tunisiennes

	Femmes françaises (n= 143)			
	R^2	R^2 aj	ΔR^2	β
Etape 1				
Primiparité	0,071	0,058	0,071	0,15
Mode d'accouchement				0,24**
Etape 2				
Auto-blâme T1	0,122	0,103	0,051	0,22**
Etape 3				
Douleurs physiques T1	0,164	0,139	0,042	-0,21**
Etape 4				
Perception du soutien de l'équipe soignante T2	0,202	0,173	0,038	-0,19**
	Femmes tunisiennes (n= 97)			
Etape 1				
Primiparité	0,270	0,255	0,270	0,50**
Mode d'accouchement				0,21**
Etape 2				
Perception du soutien de l'équipe soignante T2	0,399	0,380	0,129	-0.37**
Etape 3				
Dramatisation T2	0,514	0,493	0,115	0,41**
Etape 4				
Auto-blâme T2	0,549	0,524	0,035	0,24*

4. Discussion

L'objectif de cette étude était d'une part d'évaluer la prévalence de la symptomatologie traumatique dans des populations française et tunisienne, et d'autre part de déterminer les facteurs de risque prédictifs du score de Trouble de Stress Post Traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement dans deux populations de femmes issues de deux pays et cultures différentes.

En ce qui concerne la prévalence de la symptomatologie traumatique, notre étude a révélé une prévalence élevée de 16,3% pour les femmes françaises et de 36,2% pour les femmes tunisiennes. Cet écart de prévalence pourrait s'expliquer en grande partie par le contexte socioculturel différent des deux populations. En effet, les études menées en Occident (Engelhard, Van Den Hout, Kindt, Arntz, & Schouten, 2003; Leplège et al., 1998; Montmasson et al., 2012; Zaers, Waschke, & Ehlert, 2008), sur certains pays de l'Orient (Moghadam et al., 2015; Vizeh et al., 2012) ou en Afrique (Adewuya et al., 2006) ont rapporté des prévalences différentes de la symptomatologie traumatique dans le post-partum selon l'origine ethnique des populations (détails décrits dans l'introduction).

Toutefois, bien que présentant un écart important de prévalence, les deux populations de femmes françaises et tunisiennes semblent avoir en commun plusieurs facteurs de risque. En premier lieu, nous avons retrouvé que la primiparité et le mode d'accouchement représentaient des facteurs prédictifs d'un risque de TSPT dans le post-partum. Dans la littérature, plusieurs recherches ont mis l'accent sur ces facteurs de risque et en particulier sur le mode d'accouchement. Cependant, la littérature indique que quel que soit le mode d'accouchement : par voie basse sans utilisation d'instruments (Soderquist, Wijma, & Wijma, 2002), avec utilisation d'instruments (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000; Olde et al., 2005), avec césarienne programmée ou césarienne d'urgence, tout mode d'accouchement pouvait être associé au développement d'un TSPT postnatal. Dans une étude norvégienne menée auprès de 1700 femmes deux mois après leur accouchement, les auteurs ont relevé qu'il était essentiel de prendre en considération le choix des femmes sur leur futur mode d'accouchement. Ainsi, ils ont montré que les femmes qui auraient préféré accoucher par césarienne mais qui ont accouché par voie vaginale ont développé significativement plus de symptômes de TSPT dans la période du post-partum. Cependant, une autre étude menée auprès de 693 femmes suédoises dont le

choix d'accouchement avait été respecté (voie basse ou césarienne programmée) montraient que les femmes qui avaient choisi la césarienne programmée étaient moins satisfaites de leur accouchement et avaient exprimé avoir vécu une expérience négative de l'accouchement (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2011). Ce résultat suggère que même si l'équipe médicale satisfait la demande concernant le mode d'accouchement, ceci ne garantit pas une expérience positive ou moins traumatique de cet événement pour les femmes. Toutefois, l'accouchement reste parmi les expériences les plus douloureuses qu'une femme puisse vivre. Ainsi, la peur de l'accouchement et l'anticipation des douleurs pourraient être un facteur déterminant dans le vécu de cette expérience et expliquer le choix de la césarienne par certaines femmes. Dans ce sens, des auteurs rapportent que le choix de la césarienne a pu être motivé par une peur intense de l'expérience de l'accouchement (Karlström et al., 2011). En conséquence, il est important de prendre en considération cette peur de l'accouchement chez les femmes dès la période prénatale afin de mieux répondre à leurs interrogations facilitant ainsi une préparation psychologique plus adaptée à l'accouchement.

Dans cette étude, nos résultats ont illustré qu'une perception négative du soutien reçu par l'équipe soignante pendant l'accouchement et le séjour à la maternité constituait un facteur prédictif au développement de la symptomatologie traumatique pour les femmes françaises et tunisiennes. Ce résultat a été retrouvé par d'autres auteurs ainsi, le manque d'information et de soutien au développement de l'autonomie de la part de l'équipe soignante constituent un facteur de risque important dans l'expression du TSPT dans la période du post-partum (De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011). En effet, l'équipe soignante joue un rôle essentiel pour informer, guider et soutenir la femme tout au long de la période périnatale. D'ailleurs, un soutien bien adapté de la part de l'équipe soignante pourrait être un facteur protecteur face au développement du TSPT suite à l'accouchement. Dans ce sens, il a été rapporté qu'une perception positive du soutien de l'équipe soignante durant l'accouchement était associée à une diminution du risque de TSPT que ce soit pour les femmes avec des antécédents de traumas ou pour les femmes qui ont subi des interventions complexes durant leur accouchement (De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011). Tous ces éléments soulignent la nécessité de sensibiliser les équipes soignantes sur l'importance de leur rôle et de l'impact de leur soutien. Il semblerait qu'il soit essentiel d'être à l'écoute des demandes des femmes durant l'accouchement, de les informer, de les soutenir et de valoriser leurs sentiments de compétence durant cette période cruciale dans leur vie.

Confirmant les études précédentes, nos résultats ont montré que des stratégies de coping non adaptatives étaient associées à l'expression de plus de symptomatologie traumatique dans le post-partum. En effet, des études précédentes ont indiqué que les femmes qui souffraient de TSPT après leur accouchement ont eu des difficultés à accepter la situation et à la réinterpréter positivement (Krings, Spitz, & Tarquinio, 2013). Dans les jours suivant l'accouchement, les femmes auraient tendance à adopter le déni comme stratégie de faire face. Cette stratégie leur permettrait de neutraliser la situation lorsque la réalité de l'expérience de l'accouchement est en trop forte contradiction avec leurs propres attentes. Quelques semaines après la naissance de l'enfant et avec la reviviscence de l'expérience de l'accouchement, les perceptions négatives sembleraient s'intensifier avec le recours à des stratégies de rumination, de dramatisation et de blâme envers soi-même ou envers les autres. Cette évaluation négative de l'expérience de l'accouchement et de ses conséquences est en partie responsable du développement du TSPT et du maintien de ses symptômes dans le post-partum (Ehlers & Clark, 2000; Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld, & Ehring, 2014).

Bien que l'expérience de l'accouchement soit une expérience subjective et unique pour chaque femme, les représentations cognitives liées à cet évènement ont été culturellement encrées. Elles seraient associées aux représentations et normes culturelles liées à l'accouchement, aux croyances religieuses, à la qualité des soins périnataux, à la qualité du soutien social, à la catégorie socio-économique mais également au regard de la société par rapport aux troubles mentaux. En effet, dans les sociétés où le contexte social et les relations interpersonnelles occupent une place centrale comme dans la culture arabo-musulmane, la naissance fait partie de la vie de toute la famille et elle est particulièrement marquée par le contexte culturel (Homer, Sheehan, & Cooke, 2002). Ainsi les femmes devront prendre en considération les croyances familiales par rapport à tout ce qui est en lien avec l'accouchement et le post-partum. De plus, en Tunisie, dans un contexte général d'absence de recommandations de la part des médecins et de difficultés financières de certaines familles, les séances de préparation à la naissance ne sont pas prises en charge par le ministère de la santé avec comme conséquence que ces séances sont très rarement proposées et très peu réalisées. Par conséquent, les femmes tunisiennes se tournent vers leur mère ou leur entourage pour se renseigner et se préparer au travail de l'accouchement. Elles se retrouvent la plupart du temps soumises à des rumeurs et à des histoires effrayantes décrivant l'accouchement comme un moment extrêmement douloureux et difficile à surmonter. L'absence de séance de préparation à la naissance favorise la propagation de croyances culturelles négatives et d'informations erronées, ce qui a pour effet d'augmenter le sentiment

de peur de l'accouchement chez la femme. D'ailleurs, dans une étude menée par O'Connor (2002) sur les croyances liées à la grossesse et l'accouchement chez les femmes arabo-américaines, il a été constaté que les pratiques de santé préventive sont rares dans la culture arabe et que les femmes ne cherchent pas à recevoir des soins prénataux adéquats car elles n'en voient pas la nécessité, à moins qu'une complication n'apparaisse (Greene, 2007).

En conclusion, cette étude a relevé une distinction importante entre les femmes françaises et tunisiennes au niveau de la prévalence de la symptomatologie traumatique. Outre le manque de moyens matériels dans les maternités tunisiennes, cette différence pourrait s'expliquer à travers les croyances culturelles autour de la naissance mais aussi par l'absence de séance de préparation à l'accouchement.

Références

Adewuya, A., Ologun, Y., & Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*, *113*(3), 284–288.

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fifth Edition*.

Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R., & Joergensen, J. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA*, *91*(11), 1261–1272.

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *28*(2), 111–118. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77.

Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Childbirth Pain, Perinatal Dissociation and Perinatal Distress as Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms*, *35*(11), 1136–1142. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.09.014

Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *59*(2), 192–197.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(6), 782–786.

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.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35–51. https://doi.org/10.1348/014466500163095

De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, *32*, 87–92.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(4), 319–345.

Engelhard, I. M., Van Den Hout, M. A., Kindt, M., Arntz, A., & Schouten, E. (2003). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(1), 67–78.

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. https://doi.org/10.1080/01674820701495065

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, *26*(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Gökçe İsbir, G., İnci, F., Önal, H., & Yıldız, P. D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, *32*, 227–232. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013

Greene, M. J. (2007). Strategies for incorporating cultural competence into childbirth education curriculum. *The Journal of Perinatal Education*, *16*(2), 33.

Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 135–143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.049

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Hannachi N. & Spitz E. (2015). Adaptation and validation of the Tunisian version of the Brief COPE Scale. Principles of Behaviour. Change in Health & Illness. Conference Abstracts Book p 188. http://www.ehps2015.org/files/EHPS2015_Conference_Abstracts_01092015.pdf

Homer, C. S., Sheehan, A., & Cooke, M. (2002). Initial infant feeding decisions and duration of breastfeeding in women from English, Arabic and Chinese-speaking backgrounds in Australia. *Breastfeeding Review*.

Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(4), 520–530.

Imširagić, A. S., Begić, D., Šimičević, L., & Bajić, Ž. (2017). Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth–A Croatian longitudinal study. *Women and Birth*, *30*(1), e17–e23.

Jomeen, J., & Martin, C. R. (2004). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a reliable screening tool in early pregnancy? *Psychology & Health*, *19*(6), 787–800.

Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *2*(3), 93–99.

Krings, A., Spitz, E., & Tarquinio, C. (2013). *Etat de Stress Postraumatique (ESPT) suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement desensibilisation and Reprocessing)*. 2013.

Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol*, *143*(2), 175–189.

Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 1013–1023.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90. https://doi.org/10.1080/01674820600712875

Masmoudi, J., Tabelsi, S., Charfeddine, F., Ben Ayed, B., Guermazzi, M., & Jaoua, A. (2008). Étude de la prévalence de la dépression du post-partum auprès de 213 parturientes tunisiennes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *36*(7), 782–787. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.03.015

Moghadam, M. F., Shamsi, A., & Moro, F. H. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *17*(1), 15–19. https://doi.org/10.12740/APP/37943

Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, *41*(6), 553–560. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.010

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. = Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among a french population. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, *29*(6), 507–518.

Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *8*(2), 99–107.

O'Connor, J. (2002). Healthcare beliefs and practices of Arab American women [Electronic version]. *International Journal of Childbirth Education*, *17*(4), 42–44.

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J., Wijnen, H. A., & Pop, V. J. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(3), 125–142.

Slim, R. (2004). *La dépression du post partum (prévalence et facteurs associés)* (PhD Thesis). Thèse de doctorat en médecine. Tunisie: Université de Médecine de Monastir ….

Soderquist, 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 AND GYNAECOLOGY*, *116*(5), 672–680.

Soderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *23*(1), 31–39.

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *30*(1), 36–46. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x

Susan, A., 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), 200–204.

Teissèdre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(1), 51–54.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(4), 257–263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

Vizeh, M., Kazemnejaz, A., Afrasiabi, S., Rouyhi, M., Hassan, M., & Habibzadeh, S. (2012). Prevalance of post traumatic stress disorder after childbirth and its precipitating factors. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*, *16*(4), 309–316.

Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, *14*, 200–200. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-200

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(6), 587–597.

Williams, G. C., Lynch, M., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology*, *26*(6), 728.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 39–45.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

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. https://doi.org/10.1080/01674820701804324

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370.

Chapitre 5 : Etude de médiation sur la population française

Article 6 : **Impact du Trouble de Stress Post-traumatique à la suite de l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes françaises. Médiation des stratégies de coping**

L'article est en cours de finition et sera soumis dans la revue *European psychologist.*

Impact du Trouble de Stress Post-traumatique à la suite de l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes françaises. Médiation des stratégies de coping

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé

Introduction : Il y a peu de connaissances portant sur l'effet de la symptomatologie traumatique sur le bonding maternel, ainsi que sur les dimensions précises du bonding qui seraient altérées. La majorité des études réalisées jusqu'à aujourd'hui ont évoqué le rôle des stratégies de coping comme facteur prédictif du Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT) mais aucune recherche n'a étudié le rôle intermédiaire des stratégies de coping entre le TSPT et le bonding.

Méthodologie : Cette étude a examiné l'effet médiateur des stratégies de coping sur la relation entre le TSPT et le bonding. Les femmes ont été recrutées dans un premier temps, durant les séances de préparation à la naissance, à partir du troisième trimestre de grossesse (n = 420). Deux mois après l'accouchement, les femmes ont été rappelées (n = 153) et ont répondu à un questionnaire sur le TSPT, le bonding et les stratégies de coping. Des médiations en série ont été testées entre la symptomatologie traumatique, le bonding et les stratégies de coping.

Résultats : Nos résultats suggèrent que le TSPT augmente l'auto-blâme, ce qui entraine l'utilisation du désengagement comportemental, ce qui impact le bonding général et entraîne une altération du lien entre la mère et son enfant. Nos résultats montrent aussi que le TSPT augmente l'anxiété de la mère envers son enfant à travers la médiation de l'auto-blâme, le désengagement comportemental et une moindre planification.

Discussion : Cette étude présente un modèle explicatif de l'impact du TSPT sur le lien mère-enfant. Des recherches futures restent nécessaires pour appuyer ces résultats.

Abstract

Introduction: There is little knowledge about the effect of traumatic symptomatology on maternal bonding, as well as on the specific dimensions of bonding that would be altered. Most studies conducted to date have discussed the role of coping strategies as predictors of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and no research has examined the intermediary role of coping strategies between PTSD and bonding.

Method: This study examined the mediating effect of coping strategies on the relationship between PTSD and bonding. Women were initially recruited during birth preparation sessions during their third trimester of pregnancy (n = 420). Two months after childbirth, women were recalled (n = 153) and responded to a questionnaire on PTSD, bonding and coping strategies. Serial mediations were tested between traumatic symptomatology, bonding and coping strategies.

Results: Our results suggest that PTSD increases self-blame, which leads to the use of behavioural disengagement, which impacts overall bonding and alters the relationship between mother and child. Our results also show that PTSD increases the mother's anxiety towards her child through the mediation of self-blame, behavioural disengagement and less planning.

Discussion: This study presents an explanatory model of the impact of PTSD on the mother-child relationship. Future research is needed to support these results.

1. Introduction

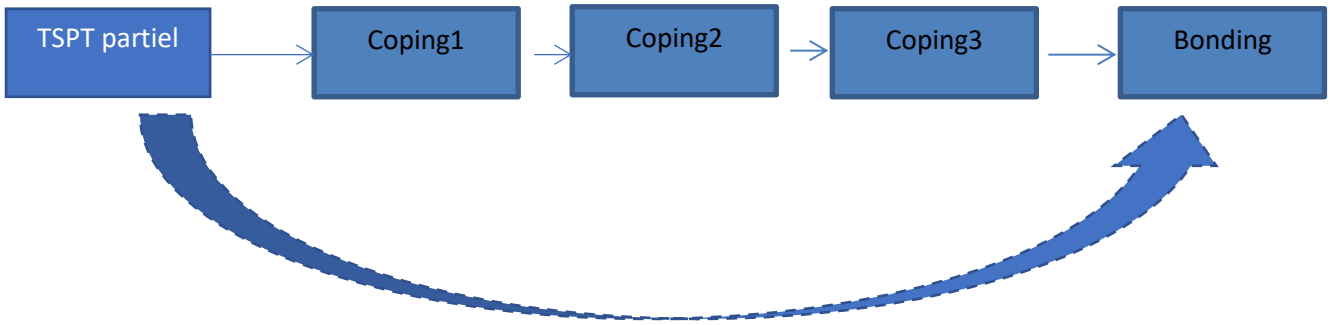
Les bouleversements psychiques liés à la période périnatale et le développement de l'attachement maternel ont toujours fait l'objet d'un grand intérêt scientifique. Les troubles psychopathologiques qui parfois apparaissent chez la mère, durant la grossesse et/ou après l'accouchement, peuvent avoir un impact aussi bien sur la santé mentale de celle-ci que sur celle de l'enfant. Le Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT) suite à l'accouchement touche aujourd'hui près de 4% des femmes (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz, Ayers, & Phillips, 2016). Ce chiffre augmente jusqu'à 33%, si on ne considère que deux ou trois critères sur quatre des critères diagnostiques du TSPT suivant le DSM IV (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006). D'après Brockington (2004), le développement de la relation entre un caregiver et l'enfant après la naissance est un processus constructif et essentiel pour le développement de l'enfant. Ainsi, de nombreuses études se sont intéressées aux premières interactions entre la mère et l'enfant (Ionio & Di Blasio, 2014; Kumar, 1997). Le bonding maternel est définit à travers l'ensemble des actions et des sentiments qu'une mère a envers son bébé et qui ne nécessite aucune réponse de la part de l'enfant (O'Higgins, Roberts, Glover, & Taylor, 2013). Il a pour fonction principale de favoriser le comportement maternel, les comportements de soins ainsi que l'attention portée à l'enfant. Le bonding permet également d'assurer la protection de l'enfant par sa mère.

Dans certains cas, les sentiments affectifs d'une mère envers son bébé ne se développent pas. Ce phénomène a été décrit comme un trouble du lien mère-enfant (I. F. Brockington, Fraser, & Wilson, 2006; Kumar, 1997). Dans la littérature, plusieurs études ont été réalisées sur l'impact de certaines pathologies telles que les troubles anxieux et dépressifs, mais aussi des pathologies psychiatriques concernant le lien mère-enfant (Dubber, Reck, Müller, & Gawlik, 2015; Edhborg, Nasreen, & Kabir, 2011; O'Higgins et al., 2013; Tietz, Zietlow, & Reck, 2014), alors que très peu d'études se sont intéressées à l'impact du TSPT postnatal. Toutefois, les études menées sur l'impact du TSPT sur le bonding ont souligné des difficultés chez les mères qui souffrent de TSPT post-partum à établir un lien avec leur bébé (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995). Certains auteurs décrivent des difficultés chez des mères présentant des symptômes du TSPT pour allaiter et pour créer une bonne relation avec leur enfant (Reynolds, 1997). D'autres chercheurs soulignent que les femmes qui présentent un TSPT postnatal seraient plus à risques d'avoir des comportements intrusifs lors de l'interaction avec l'enfant (Cohen, Hien, & Batchelder, 2008; Ionio & Di Blasio, 2014) ou bien des comportements

incohérents et non protecteurs (Schechter et al., 2015). En effet, le TSPT postnatal semble altérer la sensibilité et la capacité de la mère à interpréter les signaux de l'enfant, ainsi que les représentations maternelles vis-à-vis de l'enfant. Dans une étude menée auprès 211 femmes six mois après leur accouchement, les auteurs avancent que les femmes avec TSPT total ou partiel rapportent une représentation maternelle négative de leur enfant. Ces mères décrivaient celui-ci comme étant difficile, envahissant et source de détresse émotionnelle pour elles (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008). Dans une autre étude réalisée par Parfitt & Ayers (2009) auprès de 126 femmes, les auteurs ont présenté l'impact direct du TSPT sur la relation mère-enfant. Cet impact se traduit plus précisément à travers l'effet de l'engourdissement et de l'évitement émotionnel sur le bonding. D'autres auteurs ont souligné que les mères qui présentent un TSPT ont tendance à être moins attentives et à éviter leur enfant afin de ne pas être envahies par des souvenirs désagréables liés à l'accouchement et à la naissance de l'enfant (Weaver, 1997 *In* Ionio & Di Blasio, 2014).

Afin de compléter les connaissances sur l'utilisation des stratégies de coping pendant la période périnatale, l'objectif de cette étude était de comprendre le rôle intermédiaire des stratégies de coping entre le TSPT et le bonding maternel. En effet, les stratégies d'adaptation au stress ont souvent été identifiées comme un facteur prédictif du développement des troubles psychopathologiques périnataux (de Tychey et al., 2005). Dans ce sens, il a été démontré que le recours à des stratégies non adaptatives à la situation stressante pendant la période périnatale est souvent lié à une augmentation du risque de développer un TSPT (Krings, Spitz, & Tarquinio, 2013; Vossbeck-Elsebusch, Freisfeld, & Ehring, 2014).

Notre étude avait trois objectifs principaux. Le premier était d'étudier l'influence du TSPT postnatal sur le bonding maternel deux mois après l'accouchement. Le deuxième objectif était de déterminer quelles sous-dimensions du bonding étaient particulièrement impactées par le TSPT. Le troisième objectif était d'étudier l'effet médiateur des stratégies de coping sur la relation entre le TSPT et le bonding, ainsi que sur la relation entre le TSPT et les sous-dimensions du bonding. Pour conceptualiser ces relations, trois modèles de médiation en série ont été développés. Ainsi la relation entre le TSPT et le bonding pourrait être indirecte, d'une part, le TSPT impacterait les stratégies de coping, d'autre part, les stratégies de coping auraient une influence sur le développement du bonding.



Sur la base de ce modèle, notre première hypothèse était d'un côté de supposer que les femmes qui affichent un score élevé de TSPT deux mois après leur accouchement, présentent davantage de risques d'avoir un bonding maternel altéré, et de l'autre de présumer que la relation entre la symptomatologie traumatique et le bonding était médiatisée par les stratégies de coping (hypothèse 2). La seconde hypothèse impliquait que des stratégies de coping non adaptatives expliquent en partie l'impact du TSPT sur le bonding.

2. Méthode

2.1. Population

Cette étude longitudinale a été réalisée sur deux temps d'évaluation. Dans un premier temps, les femmes ont été recrutées lors des séances de préparation à la naissance à partir du troisième trimestre de grossesse. Elles ont été sollicitées dans les cabinets de sages-femmes exerçant dans le secteur privé et situés dans les régions Grand-Est et Ile de France. Après avoir présenté les objectifs de l'étude et les modalités de participation à la recherche, ces femmes ont été invitées à remplir un formulaire de consentement éclairé et un questionnaire d'anamnèse. Au total, 420 femmes francophones ont participé au premier temps de l'étude. Deux mois après les dates prévues du terme, celles-ci ont été sollicitées pour participer à la deuxième phase de l'étude. Parmi ces femmes, 153 ayant accouché à terme, d'un enfant vivant et sans pathologie néonatale, ont accepté de répondre au deuxième questionnaire.

2.2. Mesures

2.2.1. Fiche d'anamnèse

Un questionnaire anamnestique a été construit afin de recueillir les données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques des femmes.

Le premier a été complété lors de la première phase de l'étude (au troisième trimestre de grossesse). Les femmes ont répondu à des questions portant sur des données socio-biographiques (âge, statut marital, statut socio-professionnel), des données gynécologiques (antécédents de fausses couches ou de problèmes gynécologiques), des données psychologiques (antécédents de troubles psychopathologiques, traumatismes antérieurs, suivis psychologiques, etc.) et des données familiales (perception de la qualité du soutien conjugal et familial).

Le second questionnaire complété par les femmes deux mois après leur accouchement présentait des questions sur des données obstétricales (types d'accouchement, sa durée, les éventuelles complications, etc.) et sur le vécu de l'accouchement.

2.2.2. Trouble de Stress Post-traumatique

Pour dépister la symptomatologie traumatique, une échelle spécifique à l'état de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement, la "Child Birth Traumatique Event Scale" (CBTES), a été administrée aux femmes deux mois après leur accouchement. La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Elle est composée de 25 items, correspondant aux cinq critères diagnostiques du DSM 5 (A, B = Symptômes d'intrusion, C = Evitement des stimuli associés aux évènements traumatiques, D = Altérations négatives des cognitions et de l'humeur et E = Altération marquée de l'éveil et de la réactivité). Cette échelle permet à la fois d'évaluer des symptômes de l'état de stress post-traumatique et d'établir un profil de femmes avec TSPT. L'échelle a été validée sur la population française (Hannachi & Spitz., 2017).

2.2.3. Bonding

L'évaluation des sentiments et des attitudes maternelles envers l'enfant a été réalisée à l'aide du Post-partum Bonding Questionnaire (PBQ). Cet outil d'auto-évaluation a été développé par Brockington et al. (2006) dans le but de repérer les désordres du lien mère-enfant durant la période du post-partum. Le PBQ est composé de vingt-cinq items répartis sur quatre sous-dimensions : ***Altération du lien entre la mère et son enfant*** (12 items) ; ***Anxiété par rapport à l'enfant*** (quatre items) ; ***Rejet de l'enfant*** (sept items) et ***Risque de maltraitance*** (deux items). Les items sont cotés de 0 = "toujours" à 5 = "jamais" pour les réponses positives telles que ***"je me sens proche de mon bébé"*** et de 0 = "jamais" à 5 = "toujours" pour les réponses négatives telles que ***"je regrette d'avoir eu mon bébé"***. *Un score élevé indique une altération du bonding*.

Une traduction de l'échelle en langue française a été réalisée par une équipe de recherche de l'Université de Toulouse II (Goutaudier, Séjourné, Bui, & Chabrol, 2014) indiquant une consistance interne élevée de 0, 95. Sur l'échantillon de la présente étude, l'alpha de Cronbach était de 0, 76.

2.2.4. Stratégies de coping

Pour obtenir des informations sur les différentes stratégies de coping utilisées par les femmes durant la période périnatale, nous avons administré la version française du Brief COPE (Carver, 1997; Muller & Spitz, 2003). Il s'agit d'une échelle constituée de 28 items avec 14 sous-échelles distinctes. Ces sous-échelles permettent d'évaluer différentes stratégies d'adaptation au stress : le coping actif, la distraction, la planification, le soutien social instrumental, le soutien social émotionnel, l'expression des sentiments, le déni, l'auto-blâme, l'acceptation, la réinterprétation positive, l'utilisation de substances, l'humour, la religion et le désengagement comportemental.

2.3. Analyse statistique

Tout d'abord, des statistiques descriptives sur l'âge, le statut marital, la situation professionnelle, le type de grossesse et le mode d'accouchement ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de la population étudiée. Ensuite, des corrélations bivariées entre le score total des symptômes du TSPT, le score obtenu à l'échelle du bonding et ses différentes sous-dimensions, les sous-échelles du coping, la primiparité et le mode d'accouchement ont été conduites en utilisant la corrélation de Pearson. Des analyses de régression linéaire entre le score du TSPT, les stratégies de coping et le bonding ont été réalisées pour examiner les modèles prédictifs de l'altération du lien mère-enfant.

Puis, une analyse plus approfondie a été réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, l'effet direct et indirect (par l'intermédiaire des stratégies de coping) du TSPT sur le bonding a été évalué en utilisant le « *Standard path-analytic approaches* » (Hayes, 2009; MacKinnon, 2012). Par la suite, des modèles de médiation en série ont été testés. L'objectif de la médiation en série est d'étudier les effets directs et indirects d'une variable indépendante (X = TSPT) sur une variable dépendante (Y = bonding général ; altération du lien entre la mère et son enfant et Anxiété par rapport à l'enfant) tout en modélisant un processus dans lequel X provoque M1, ce qui à son tour provoque M2, et ainsi de suite en concluant avec Y comme le résultat final (X →M1 → M2 → Y) (Hayes, 2017). Le critère de significativité statistique retenu était $p \leq 0,05$.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau 1. L'âge des femmes était compris entre 20 et 43 ans avec une moyenne de 30 ans (ET = 4,35). La majorité des femmes (98,57%) vivaient en couple et avaient un emploi (85%). La plupart des femmes (73,60%) étaient primipares et plus de la moitié ont eu un accouchement par voie basse (79,7%), parmi lesquelles 14,40% ont eu un accouchement instrumentalisé (avec ventouses, forceps, etc.). Quant à l'accouchement par césarienne (20,30%), la majorité des femmes qui y ont eu recours ont eu des césariennes d'urgence (14,40%).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales de la population

Variables	n	%
Phase prénatale (T1)	**420**	
Age		
Minimum/Maximum	20/43	
Mean ± SD	30.27± 6.02	
Statut marital		
En couple	414	98,57%
Célibataire	6	1,43%
Situation professionnelle		
Avec emploi	357	85%
Sans emploi	63	15%
Type de grossesse		
Primipare	309	73,60%
Multipare	111	26,40%
Phase postnatale (T2)	**153**	
Type d'accouchement		
Par voie basse	100	65,30%
Avec instruments	22	14,40%
Césarienne programmée	9	5,90%
Césarienne d'urgence	22	14,40%

3.2. Analyse des corrélations entre les scores du TSPT, le bonding général, l'altération de lien, l'anxiété par rapport aux soins, le rejet de l'enfant, le risque de maltraitance et les stratégies de coping.

L'analyse des corrélations a montré que les symptômes du TSPT étaient significativement et positivement liés au bonding général, à l'altération du lien entre la mère et son enfant, à l'anxiété par rapport à l'enfant, ainsi qu'à des stratégies de coping telles que le déni, l'auto-blâme et le désengagement comportemental. Les résultats ont révélé également que les symptômes du TSPT étaient significativement et négativement corrélés à des stratégies comme le coping actif et la planification.

Concernant le bonding général, il a été démontré qu'il était significativement et positivement lié à l'auto-blâme et au désengagement comportemental, ainsi que significativement et négativement lié à la planification, à la réinterprétation positive et à l'acceptation.

Des corrélations entre les dimensions du bonding et les différentes stratégies de coping ont été menées. Les résultats ont indiqué que l'altération du lien entre la mère et son enfant était significativement et positivement liée à l'auto-blâme et au désengagement comportemental, et qu'elle était significativement et négativement corrélée à la planification. L'anxiété par rapport à l'enfant était significativement et positivement liée au déni, à l'auto-blâme et au désengagement comportemental, mais aussi significativement et négativement corrélée au coping actif, à la planification, à la réinterprétation positive, à l'acceptation et à l'humour. Le rejet de l'enfant était lié significativement et positivement à l'auto-blâme et au désengagement comportemental, et significativement et négativement corrélé à la réinterprétation positive et à l'acceptation. Le risque de maltraitance était significativement et positivement lié au déni, à l'auto-blâme et au désengagement comportemental, et significativement et négativement corrélé au coping actif et à l'acceptation.

3.3. Analyses de régression entre le score du TSPT, le bonding et les stratégies de coping

Les résultats des analyses de régression linéaire ont révélé que le TSPT (β = .23 ; p = 0,004), l'auto-blâme (β = .24 ; p = 0,004) et le désengagement comportemental (β = .28 ; p = 0,001) étaient significativement et positivement liés au *bonding général* deux mois après l'accouchement. Ce premier modèle expliquait 17,8% de la variance totale.

Les résultats des analyses ont montré aussi que le TSPT (β = .30 ; p = 0,001), l'auto-blâme (β = .21 ; p = 0,01) et le désengagement comportemental (β = .21 ; p = 0,01) étaient significativement et positivement liés à *l'altération du lien entre la mère et son enfant* deux mois après l'accouchement. Ce deuxième modèle expliquait 17,6% de la variance totale.

Les résultats ont indiqué que le TSPT (β = .16 ; p = 0,05), l'auto-blâme (β = .21 ; p = 0,01) et le désengagement comportemental (β = .17 ; p = 0,04) étaient significativement et positivement liés à *l'anxiété par rapport aux soins*, et que la planification (β = -.16 ; p = 0,05) était significativement et négativement liée à l'anxiété par rapport aux soins deux mois après l'accouchement. Ce troisième modèle expliquait 11,9% de la variance totale.

Tableau 2 : Corrélations entre le score du TSPT, le bonding, les stratégies de coping et les covariables (n = 153)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. TTPTSDT2	.26**	.32**	.21**	.12	-.03	-.18*	-.18*	-.07	.02	-.04	-.05	-.02	.19*	.24**	.03	-.01	.02	.14	.20*
2. Bonding général		.86**	.75**	.83**	.43**	-.12	-.21**	-.02	.05	-.09	-.19*	-.26**	.11	.27**	-.07	.07	-.07	.06	.39**
3. Altération du lien			.43**	.56**	.16*	-.09	-.19*	-.06	.04	-.16*	-.10	-.16	.04	.20*	-.01	.02	-.02	.06	.32**
4. Anxiété par rapport à l'enfant				.58**	.48**	-.16*	-.26**	.05	.11	-.01	-.26**	-.29**	.19*	.27**	-.20*	.09	-.12	.05	.32**
5. Rejet de l'enfant					.42**	-.05	-.09	-.02	.00	.02	-.17*	-.22**	.09	.20*	.00	.05	-.08	.03	.36**
6. Risque de maltraitance						-.18*	-.18*	.03	.03	.07	-.09	-.40**	.17*	.18*	-.11	.11	-.03	.06	.27**
7. ActifT2							.54**	.20*	.11	.17*	.30**	.26**	-.21*	-.24**	.18*	-.05	-.09	-.07	-.43**
8. PlanificationT2								.32**	.19*	.28**	.38**	.47**	-.15	-.17*	.29**	.04	.05	-.13	-.33**
9. S-instrumentalT2									.65**	.45**	.12	.25**	-.03	-.01	-.08	.09	.02	-.09	-.20*
10. S-emotionnelT2										.47**	-.10	.12	.04	.14	-.16	.11	-.04	-.10	-.08
11. Exp-sentimentsT2											.03	.21**	-.06	-.05	.08	.01	.07	-.06	-.16
12. RéinterppT2												.37**	-.27**	-.29**	.52**	.00	.25**	-.16	-.30**
13. AcceptationT2													-.20*	-.14	.33**	-.03	.13	-.11	-.37**
14. DéniT2														.38**	-.23**	.07	-.02	.12	.37**
15. BlameT2															-.13	.07	-.08	.18*	.37**
16. HumourT2																-.04	.27**	-.02	-.19*
17. ReligionT2																	.03	.02	-.01
18. DistractionT2																		.05	.08
19. SubstancesT2																			.11
20. DesengagementT2																			1

3.4. Analyses des médiations multiples en série

En utilisant la procédure indirecte pour SPSS, les modèles de médiation en série (avec 2 ou 3 médiateurs) ont été estimés pour obtenir les effets totaux directs et indirects du TSPT sur le bonding par l'intermédiaire des stratégies de coping (figure 1).

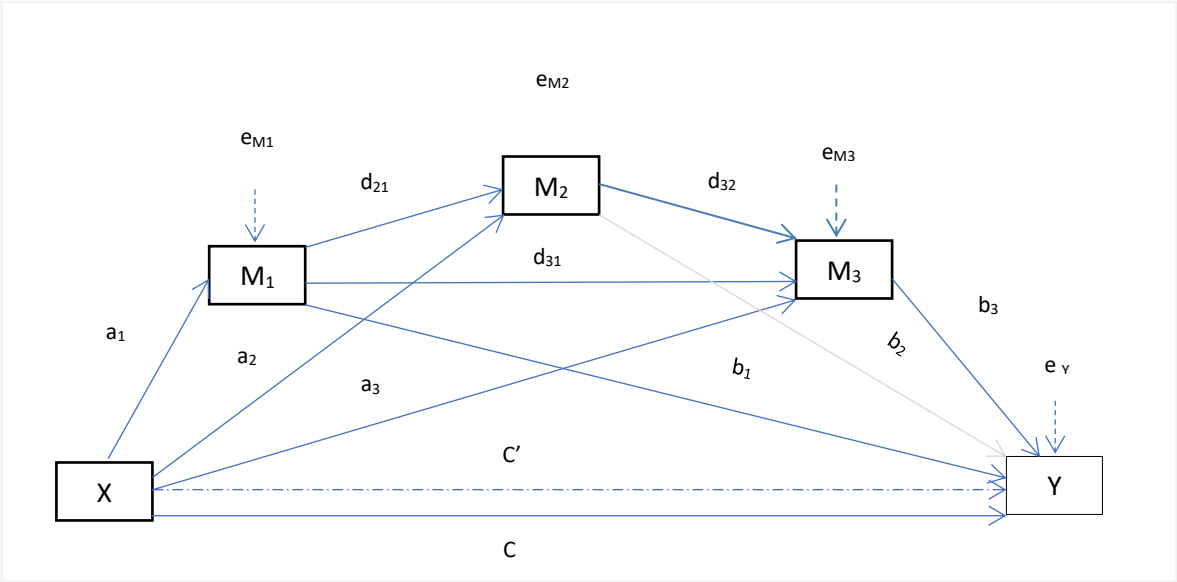


Figure1 : Modèle de médiation en série avec trois médiateur dans un diagramme conceptuel (Hayes, 2017; p-169)

Model A & B

M_1 (Auto-blâme) = i_{M1}+ a_1X (TSPT) + covariables + e_{M1}

M_2 (Désengagement-C) = i_{M2}+ a_2X (TSPT) + $d_{21}M_1$ + covariables+ e_{M2}

Y (bonding général (model1) ou Altération du lien (model 2) = i_Y+ C'X+ b_1M_1+ $b2M_2$+covariables + e_y

$C= C'+a_1b_1+ a_2b_2+ a_1d_{21}b_2$

Model C=

Model 1+ M_3 (Planification) = i_{M3}+ a_3X (TSPT) + $d_{32}M_2$ +covariables + eM3

Y (Anxiété par rapport à l'enfant) = i_Y+ C'X+ b_1M_1+ $b2M_2$ + $b3M_3$ +covariables

La primiparité et le mode d'accouchement ont été inclus en tant que covariables, simultanément avec toutes les autres variables prédictives, dans les différents modèles testés.

Dans le modèle A, l'objectif était de *tester l'effet du TSPT sur le bonding général* par l'intermédiaire de l'auto-blâme et du désengagement comportemental. Comme nous pouvons le voir dans le modèle A du tableau 3 et dans la trajectoire C de la figure 2, le bonding général était plus altéré chez les femmes qui présentaient un score élevé du TSPT deux mois après l'accouchement. De plus, comme le montre le tableau 3, trajectoire a_1 de la figure 2, le score du TSPT était positivement associé à l'auto-blâme. Les femmes qui présentaient des scores élevés du TSPT avaient plus tendance à adopter l'auto-blâme comme stratégie de coping. Les résultats ont aussi montré que plus les femmes s'auto-blâmaient et plus la probabilité d'utiliser une stratégie de désengagement comportemental augmentait (d_{21}= .24** ; SE = .05). Enfin, le désengagement comportemental était positivement lié au bonding général (voir tableau 3, modèle A, trajectoire b_2 de la figure 2). L'intervalle de confiance "Bootstrap" est de [0.055 ; 0.344], il n'inclut pas le zéro et fournit une preuve d'un effet indirect significatif du TSPT sur le bonding[6].

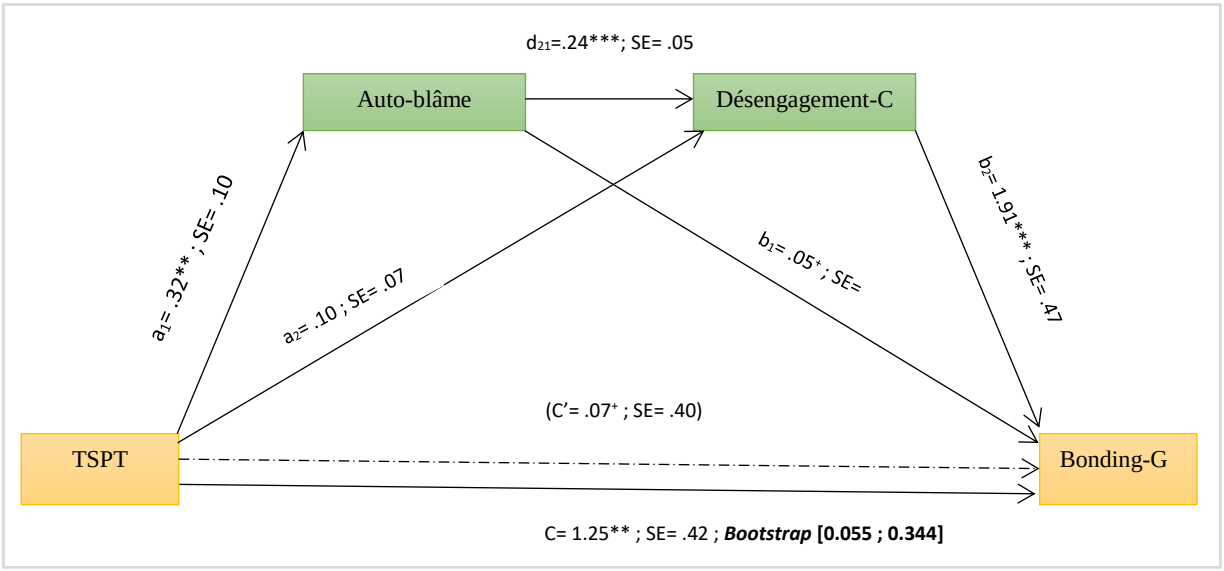


Figure *2.* Coefficients de trajectoire pour le modèle A avec l'analyse de deux médiateurs en série

[6] L'indice statistique, le plus pertinent dans cette médiation en série est l'estimation de l'effet indirect du TSPT sur le bonding général, quantifié comme produit du coefficient de régression OLS estimant l'effet du TSPT sur l'auto-blâme et le désengagement comportemental (voie a) et le coefficient de régression logistique estimant le score du bonding général par le désengagement comportemental (voie b). Un intervalle de confiance "Bootstrap", estimant le produit de ces trajectoires qui n'inclut pas le zéro, fournit une preuve d'un effet indirect significatif du TSPT sur le bonding général par l'intermédiaire de l'auto-blâme et du désengagement comportemental. L'utilisation de la procédure indirecte avec 5000 échantillons bootstrap a révélé un effet indirect positif important du TSPT par l'auto-blâme et le désengagement comportemental sur le bonding général deux mois après l'accouchement.

Concernant le modèle B, l'objectif était de *tester l'effet du TSPT sur l'altération du lien entre la mère et son enfant* par l'intermédiaire de l'auto-blâme et du désengagement comportemental. Comme l'indique le modèle B du tableau 3 et dans la trajectoire C de la figure 3, les femmes avec un score élevé de TSPT à deux mois après l'accouchement présentaient une altération du lien plus importante. De plus, comme le montre le tableau 3, trajectoire a_1 de la figure 3, le score du TSPT était positivement associé à l'auto-blâme. Les femmes qui présentaient des scores élevés du TSPT avaient plus tendance à adopter l'auto-blâme comme stratégie de coping. Les résultats ont aussi révélé que plus les femmes s'auto-blâmaient, plus la probabilité d'utiliser une stratégie de désengagement comportemental augmentait (d_{21}= .24** ; SE= .05). Enfin, le désengagement comportemental était positivement lié à l'altération du lien mère-enfant (voir tableau 3, modèle B, trajectoire b_2 de la figure 3). L'effet direct du TSPT sur l'altération du lien était très significatif (C'= .57** ; SE= .21). Un intervalle de confiance "Bootstrap", estimant le produit des trajectoires qui n'inclut pas le zéro [0.018 ; 0.144], fournit une preuve d'un effet indirect significatif du TSPT sur l'altération du lien par l'intermédiaire de l'auto-blâme et du désengagement comportemental. L'utilisation de la procédure indirecte avec 5000 échantillons bootstrap a révélé un effet indirect positif important du TSPT par l'auto-blâme et le désengagement comportemental sur l'altération du lien mère-enfant deux mois après l'accouchement.

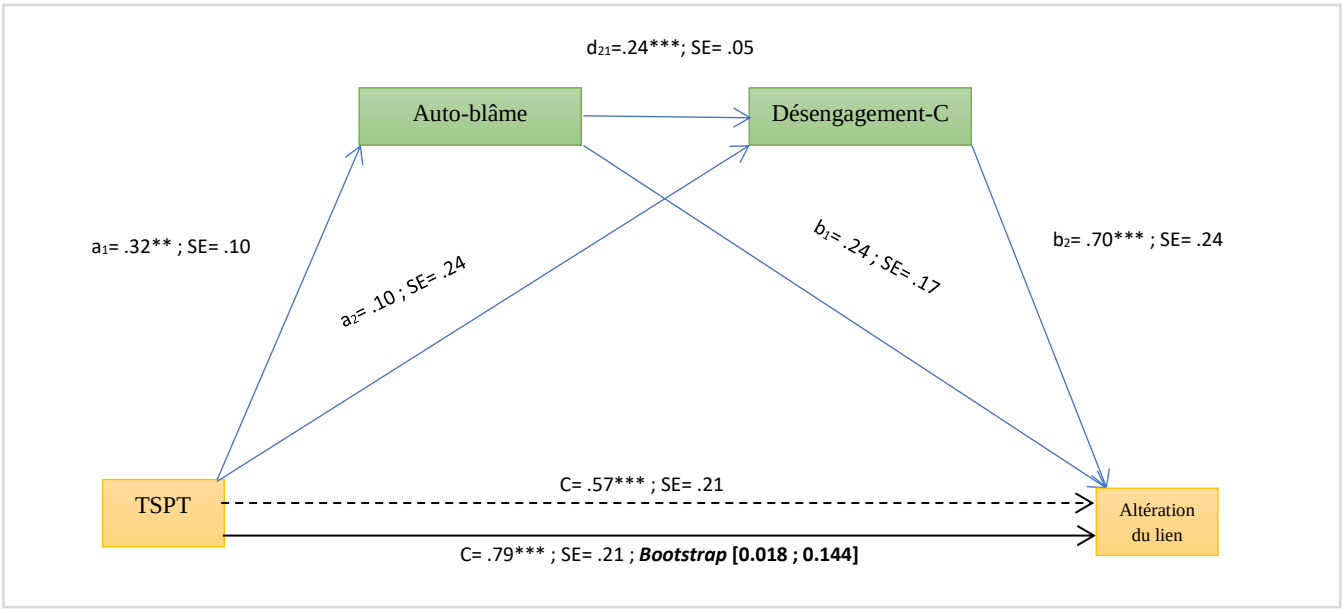


Figure *3.* Coefficients de trajectoire pour le modèle 2 avec l'analyse de deux médiateurs en série

En ce qui concerne le modèle C, l'objectif était d'évaluer *l'effet du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant* par l'intermédiaire de trois médiateurs : l'auto-blâme, le désengagement comportemental et la planification.

Les résultats ont montré que l'anxiété par rapport à l'enfant était plus élevée chez les femmes qui présentaient un score élevé de TSPT à deux mois du post-partum (tableau 3, modèle C, trajectoire C de la figure 4). Comme pour les modèles A et B, le TSPT était significativement lié à l'auto-blâme (a_1 = .32** ; SE = .10). En revanche, dans ce modèle, le désengagement comportemental était positivement lié à l'auto-blâme (d_{21} = .24*** ; SE = .05) et négativement associé à la planification (d_{32} = -.26** ; SE = .07). Enfin la planification était négativement liée à l'anxiété par rapport à l'enfant mais cette association était statiquement non significative (trajectoire b_3, figure 4). L'effet direct du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant n'était pas statistiquement significatif. Cependant, comme l'intervalle de confiance "Bootstrap" estimant le produit de ces trajets n'inclut pas le zéro [0,018 ; 0,144], cela fournit une preuve d'un effet indirect significatif du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant par l'intermédiaire de l'auto-blâme, du désengagement comportemental et du manque de planification.

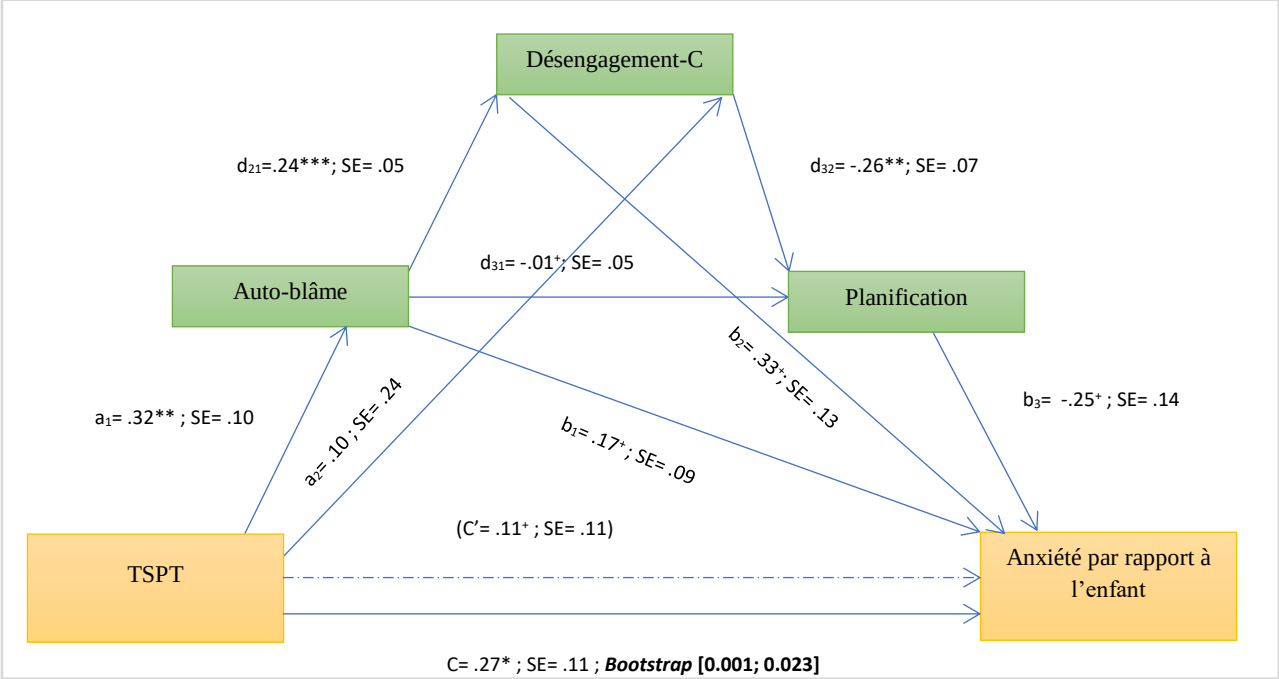


Figure 4. Coefficients de trajectoire pour le modèle 3 avec l'analyse de trois médiateurs en série

Tableau 3. Coefficients de régression, erreurs types et informations sur le résumé du modèle pour les modèles A, B et C. (n = 153)

	Variables																	
										Model A			Model B			Model C		
Outcome -->	M1 (Auto-blâme)			M2 (Désengagement-C)			M3 (Planification)			Y (Bonding général)			Y (Altération du lien)			Y (Anxiété par rapport à l'enfant)		
Antecedent	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p
X (TSPT)	0.321	0.103	0.002	0.106	0.072	0.146	-0.109	0.065	0.097	0.718	0.407	0.08	0.575	0.212	0.008	0.117	0.114	0.304
M1 (Auto-blâme)				0.243	0.058	< .001	-0.018	0.055	0.747	0.567	0.342	0.099	0.246	0.178	0.169	0.178	0.095	0.062
M2 (Désengagement-C)							-0.265	0.076	0.001	1.918	0.474	< .001	0.749	0.247	0.003	0.333	0.137	0.016
M3 (Planification)																-0.258	0.147	0.082
Primiparité	0.013	0.36	0.971	0.092	0.245	0.709	-0.128	0.219	0.56	-3.35	1.48	0.023	-1.675	0.711	0.02	-1.114	0.378	0.004
Mode accouchement	-0.128	0.202	0.526	-0.09	0.137	0.513	0.124	0.123	0.316	-0.67	0.829	0.419	-0.273	0.399	0.496	-0.002	0.213	0.992
										R2= 0.291			R2= 0.333			R2= 0.289		
										F (4.302: p= .004)			F (55.759; p < .001)			F (4.210: p= .017)		

Note. Désengagement-C= Désengagement comportemental

4. Discussion

Les résultats de cette recherche ont montré que la symptomatologie traumatique était associée à une altération du bonding général. Des associations positives entre le score du TSPT et des dimensions du bonding telles que l'altération du lien entre la mère et son enfant et l'anxiété de la mère par rapport à l'enfant ont aussi étaient établies. Ce constat concorde avec les résultats d'autres études qui ont souligné l'impact de la symptomatologie traumatique sur le développement du bonding (Ayers, Eagle, & Waring, 2006; Ionio & Di Blasio, 2014). Toutefois, cet impact peut se manifester sous différentes formes. Parmi les symptômes que peuvent présenter les femmes qui souffrent de TSPT suite à leur accouchement, on retrouve le sentiment de détachement et d'éloignement des autres. Il s'agit d'une altération au niveau de la fonction affective et de la capacité à créer des liens avec autrui. Cette altération cognitive et émotionnelle peut rendre difficile la création de liens avec le bébé. De plus, d'autres symptômes de type « intrusion » tels que les reviviscences de l'évènement traumatique, les flashs back, la lutte anxieuse contre les souvenirs traumatiques et la détresse physique qui en résulte, constituent un frein supplémentaire à la construction de la relation entre la mère et son bébé et provoquent des interruptions importantes dans l'interaction avec l'enfant. Une autre forme d'impact du TSPT sur l'altération du lien peut se manifester à travers des comportements envahissants. En effet, dans une étude exploratoire menée par Ionio & Di Blasio (2014), les auteurs exposent que les femmes qui présentaient un TSPT post-partum, avaient tendance pour certaines à réduire les distances d'interaction entre elles et leur bébé et à toucher fréquemment l'enfant comme si la stimulation physique était un moyen d'établir la relation. Par ailleurs, une autre expression de l'impact de la symptomatologie traumatique sur l'altération du lien a été présentée dans une étude réalisée par Allen, (1998). Cet auteur avançait que les femmes avec une symptomatologie traumatique durant la période du post-partum pouvaient avoir une attitude hostile envers leur enfant. Selon l'auteur, ce ressentiment était dû au fait de considérer l'enfant comme la cause du trauma. En effet, l'enfant peut dans certains cas être un objet de rappel de l'évènement traumatique. La mère s'efforce alors de camoufler son ressentiment sans y parvenir vraiment car sa colère est trop grande. Cette colère et cet état émotionnel négatif vont alors transparaître à travers des gestes et des expressions hostiles vis-à-vis de l'enfant.

Une symptomatologie traumatique en lien avec l'accouchement sans la présence d'un diagnostic de TSPT impacterait également le bonding. Cet impact peut se manifester à travers l'anxiété qu'éprouvent certaines mères par rapport à leur enfant. En effet, les femmes qui

souffrent d'un TSPT total ou partiel à la suite de l'accouchement peuvent présenter des pensées et des souvenirs envahissants qui risquent d'induire des sentiments de peur (peur de perdre leur bébé ou qu'il lui arrive malheur) ou d'horreur. Ces symptômes pourraient être à l'origine de comportements évitants ou trop anxieux envers le bébé (Ayers et al., 2006).

Avec des analyses de médiations en série, nous avons cherché à tester dans quelle mesure la relation entre le TSPT et le bonding général était directe ou médiatisée par des stratégies de coping. Nos résultats confirment que l'association positive entre le score du TSPT et le bonding général était en partie médiatisée par les stratégies de coping d'auto-blâme et de désengagement comportemental. De la même façon, les résultats des médiations en série ont aussi révélé que l'association positive entre le TSPT et plus spécifiquement l'altération du lien mère-enfant se retrouve médiatisée par l'auto-blâme et le désengagement comportemental. En effet, les femmes qui présentent une symptomatologie traumatique utilisent dans un premier temps l'auto-blâme comme stratégie de coping. Souvent associée à un sentiment de culpabilité, cette stratégie est, dans la plupart des cas, prédictive d'un moindre ajustement au stress. Ensuite, l'auto-blâme induit dans un second temps un désengagement comportemental, synonyme d'une réduction d'efforts pour faire face à la situation stressante. Les femmes qui souffrent de symptomatologie traumatique à la suite de l'accouchement abandonneraient alors toute tentative d'adaptation à leur nouvelle situation et préfèreraient se tourner vers des activités distrayantes au lieu de renforcer le lien entre elles et leur enfant. Cette stratégie de désengagement pourrait aussi être interprétée comme une réponse adaptative afin de ne pas être envahies par des souvenirs déplaisants et d'éviter, de fuir toute évocation en lien avec la situation traumatisante. Cependant, il s'agit d'une stratégie qui entraverait le bonding et le développement du lien entre la mère et son enfant.

Un troisième résultat des médiations en série indiquait que l'association positive entre le TSPT et l'anxiété par rapport à l'enfant était due en partie à l'auto-blâme, au désengagement comportemental et à une moindre planification. En effet, le TSPT, l'auto-blâme et le désengagement comportemental empêcheraient la mise en place d'un plan et d'étapes à suivre qui permettraient aux femmes de mieux gérer la situation. Cette difficulté de planification et d'anticipation induirait une anxiété par rapport à l'enfant chez les mères qui souffrent de symptomatologie traumatique.

Cette étude représentait un travail ayant pour but de comprendre les processus par lesquels la symptomatologie traumatique affectait le lien mère-enfant deux mois après l'accouchement. En

démontrant que la relation entre la symptomatologie traumatique et le bonding était due à des stratégies de coping non adaptatives, cette étude a cherché à étendre les connaissances dans le domaine des stratégies de coping et à montrer que les stratégies de coping peuvent être non seulement des facteurs prédictifs du TSPT mais aussi des facteurs déterminants pour l'expression du bonding dans le cas des troubles psychopathologiques du post-partum tels que le TSPT. Cette étude donne alors de nouvelles pistes qui permettraient de prévenir l'impact négatif du TSPT sur le bonding en agissant sur les stratégies de coping. Il pourrait s'agir d'aider les femmes qui souffrent de TSPT à faire face au stress de manière plus adaptative en utilisant des stratégies de coping plus fonctionnelles selon les circonstances. A ce propos, diverses thérapies comportementales et cognitives basées sur les stratégies de coping ont été développées, et parmi elles, on peut notamment citer le « Cognitive Behavioral Stress Management » ou CBSM (Antoni, Ironson, & Schneiderman, 2007).

Basée sur le modèle de l'auto-régulation de Carver, cette approche thérapeutique centrée sur la gestion du stress est conduite sur la base de la valorisation des ressources personnelles, de la restructuration cognitive des pensées automatiques, du renforcement des compétences psychosociales, et de la gestion émotionnelle avec l'application de techniques de relaxation. Ce programme améliorerait la qualité de la vie en diminuant le stress et les émotions négatives liées au sentiment de menace face à une situation stressante, en augmentant l'utilisation de stratégies fonctionnelles de coping et en maintenant ou en accroissant les ressources de soutien social. Cette intervention a prouvé son efficacité dans le domaine de l'éducation thérapeutique (KARAMOOZIAN, ASKARIZADEH, & DAREKORDI, 2015; Urizar Jr & Muñoz, 2011) et pourrait constituer un moyen d'aide pour les femmes qui souffrent de symptomatologies traumatiques suite à leur accouchement.

Concernant les limites de cette étude, bien que nos résultats soient cohérents avec le modèle de médiation proposé, ils ne peuvent être interprétés sans équivoque comme une preuve de l'effet du TSPT à la suite de l'accouchement sur les qualités du bonding. Ainsi, il faut noter la généralisation limitée des résultats, rendue difficile par le nombre réduit de femmes qui ont accepté de répondre à T2 et la perte de participantes observée entre les deux temps de l'étude. Par ailleurs, bien que la littérature scientifique rapporte la présence de comorbidité avec le TSPT et l'affectivité négative, les effets de la dépression et de l'anxiété n'ont pas été introduits

dans cet article car notre objectif était de cibler les processus médiateurs entre la présence d'un TSPT spécifique à l'accouchement et les soins donnés par la mère à l'enfant.

5. Conclusion

Cette étude représentait une première tentative pour comprendre les mécanismes par lesquels la symptomatologie traumatique affecte le lien mère-enfant. Elle a ainsi montré que la relation entre le TSPT et le bonding était médiatisée par des stratégies de coping peu adaptatives. Cependant, des recherches futures restent nécessaires pour confirmer ces résultats.

Références:

Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *16*(2–3), 107–131.

Antoni, M. H., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2007). *Cognitive-behavioral stress management*. Oxford University Press. Retrieved from https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=YjfiBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT11&dq=cognitive+behavioral+stress+management&ots=o4dx_9iZcy&sig=Huj-1aqrHT_WrHDk1F4RiQ0kWUo

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.

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. https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, *363*(9405), 303–310.

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 233–242.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

Cohen, L. R., Hien, D. A., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment*, *13*(1), 27–38.

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *29*(6), 537–554. https://doi.org/10.1002/imhj.20197

de Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., … Vincent, S. (2005). Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, *85*(3), 323–326.

Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(2), 187–195.

Edhborg, M., Nasreen, H.-E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(4), 307.

Goutaudier, N., Séjourné, N., Bui, E., & Chabrol, H. (2014). Profils psychopathologiques des mères ayant accouché prématurément et impact sur le lien mère–enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *27*(4), 164–171.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, *76*(4), 408–420.

Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications.

Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(2), 163–181. https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880

KARAMOOZIAN, M., ASKARIZADEH, G., & DAREKORDI, A. (2015). The impact of prenatal group stress management therapy on anxiety in mothers and newborns physiological parameters.

Krings, A., Spitz, E., & Tarquinio, C. (2013). *Etat de Stress Postraumatique (ESPT) suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement desensibilisation and Reprocessing)*. 2013.

Kumar, R. C. (1997). "Anybody"s child': Severe disorders of mother-to-infant bonding. *The British Journal of Psychiatry*, *171*, 175–181. https://doi.org/10.1192/bjp.171.2.175

MacKinnon, D. (2012). *Introduction to statistical mediation analysis*. Routledge.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90. https://doi.org/10.1080/01674820600712875

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. = Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among a french population. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, *29*(6), 507–518.

O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(5), 381–389.

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(2), 127–142.

Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal*, *156*(6), 831–835.

Schechter, D. S., Moser, D. A., Reliford, A., McCaw, J. E., Coates, S. W., Turner, J. B., … Willheim, E. (2015). Negative and distorted attributions towards child, self, and primary attachment figure among posttraumatically stressed mothers: what changes with Clinician Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES). *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(1), 10–20.

Tietz, A., Zietlow, A.-L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(5), 433–442.

Urizar Jr, G. G., & Muñoz, R. F. (2011). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stress management intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology*, *36*(10), 1480–1494.

Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, *14*, 200–200. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-200

Weaver, J. (1997). Childbirth: preventing post-traumatic stress disorder. *Professional Care of Mother and Child*, *7*(1), 2–3.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

Chapitre 6 : Etude de médiation sur la population tunisienne

Article 7 : **Impact du TSPT à la suite de l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes tunisiennes. Médiation des stratégies de coping**

L'article est en cours de finition et sera soumis dans la revue *Archives of women's mental health*.

Impact du TSPT à la suite de l'accouchement sur le bonding dans une population de femmes tunisiennes. Médiation des stratégies de coping

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé

Introduction : Il y a peu de connaissances concernant l'effet de la symptomatologie traumatique sur le bonding maternel, ainsi que sur les dimensions précises du bonding qui seraient altérées. La majorité des études réalisées jusqu'à ce jour ont évoqué le rôle des stratégies de coping comme facteur prédictif du Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT) et aucune recherche n'a étudié le rôle intermédiaire des stratégies de coping entre le TSPT et le bonding.

Méthodologie : Cette étude a examiné l'effet médiateur des stratégies de coping sur la relation entre le TSPT et le bonding. Dans un premier temps, les femmes ont été recrutées, durant les suivis prénataux, et à partir du troisième trimestre de grossesse (n = 226). Deux mois après l'accouchement, ces femmes ont été rappelées (n = 131) et ont répondu à un questionnaire sur le TSPT, le bonding et les stratégies de coping. Des médiations en série ont été testées entre la symptomatologie traumatique, le bonding et les stratégies de coping.

Résultats : Nos résultats suggèrent que le TSPT augmente la dramatisation, ce qui entraîne l'auto-blâme, ce qui impacte le bonding général. Nos résultats montrent aussi que le TSPT augmente l'anxiété de la mère envers son enfant à travers la médiation de la dramatisation et de la rumination.

Discussion : Cette étude présente un modèle explicatif de l'impact du TSPT sur le bonding maternel. De futures recherches restent nécessaires pour appuyer ces résultats.

Abstract

Introduction: There is little knowledge about the effect of traumatic symptomatology on maternal bonding as well as the specific dimensions of bonding that would be altered. To date,the majority of studies have addressed the role of coping strategies as a predictor of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and no research has investigated the intermediate role of coping strategies between PTSD and maternal bonding.

Methodology: This study examined the mediating effect of coping strategies on the relationship between PTSD and maternal bonding. At first, women were recruited during prenatal follow-up and from the third trimester of pregnancy (n = 226). Two months after delivery, these women were recalled (n = 131) and responded to a questionnaire on PTSD, bonding and coping strategies. Serial mediations were tested between traumatic symptomatology, bonding and coping strategies.

Results: Our results suggest that PTSD increases dramatization, resulting in self-blame, which impacts overall bonding. Our results also show that PTSD increases the anxiety of the mother towards her child through the mediation of dramatization and rumination.

Discussion: This study presents an explanatory model of the impact of PTSD on maternal bonding. Future research is needed to support these results.

1. Introduction

Le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) suite à l'accouchement est un problème de santé publique dont témoignent de nombreux travaux de recherche. Il s'agit d'un syndrome appartenant aux troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress. D'après la nouvelle édition du DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), le TSPT se caractérise par la manifestation de cinq critères diagnostiques. D'abord, se trouve le critère A, indispensable pour le diagnostic du TSPT. Ce critère permet de qualifier l'évènement vécu (s'il comporte un caractère traumatogène ou non). Ensuite, le critère B est lié à la présence de symptômes envahissants, comme les souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, les rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse, les flashbacks et les sentiments de détresse psychique intenses et prolongés. Le critère C est associé à l'évitement persistant des stimuli en lien avec l'évènement traumatique. Ces stimuli peuvent être des souvenirs, pensées, conversations, activités ou lieux en lien avec l'évènement traumatique. Par la suite, le critère D se définit à travers l'altération négative des cognitions et de l'humeur. Cette altération concerne l'incapacité de se rappeler des aspects importants de l'évènement traumatique, les croyances négatives persistantes et exagérées sur soi-même ou les autres, les distorsions cognitives persistantes, l'état émotionnel négatif, le sentiment de détachement d'autrui, etc. Finalement, le critère E se définit à travers les altérations marquées de l'éveil et de la réactivité comme les comportements irritables, irréfléchis et autodestructeurs, l'hypervigilance, les problèmes de concentration, les perturbations de sommeil, etc.

Les études suggèrent qu'environ 4% des femmes risquent de développer un TSPT en lien avec l'accouchement dans la période du post-partum (Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz, Ayers, & Phillips, 2016) et qu'approximativement 33% des femmes peuvent présenter une symptomatologie traumatique (Cigoli, Gilli, & Saita, 2006; Maggioni, Margola, & Filippi, 2006).

Par ailleurs, indépendamment de l'impact de ce trouble sur la santé mentale de la femme, le TSPT implique des conséquences importantes sur le développement de la relation mère-enfant. En effet, les études qui se sont intéressées à l'impact du TSPT sur le développement de la relation mère-enfant (bonding maternel) ont montré chez les mères qui présentent un TSPT post-partum des difficultés pour établir un lien avec leur bébé (Ballard, Stanley, & Brockington,

1995). De plus, le TSPT postnatal semble altérer la sensibilité et la capacité de la mère à interpréter les signaux de l'enfant, ainsi que les représentations maternelles vis-à-vis de celui-ci. Dans une étude menée auprès 211 femmes six mois après leur accouchement, les auteurs avancent que les femmes avec TSPT total ou partiel rapportent une représentation maternelle négative de leur enfant. Ces mères décrivaient celui-ci comme étant difficile, envahissant et source de détresse émotionnelle pour elles (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008).

Peu d'études se sont intéressées au rôle intermédiaire des stratégies de coping entre le TSPT et le bonding maternel. Les études réalisées sur le rôle des stratégies de coping dans le développement de troubles psychopathologiques périnataux ont indiqué que des stratégies non adaptatives comme le déni, l'auto-blâme, le désengagement comportemental et la rumination mentale sont associées au développement de troubles, tels que la dépression postnatale, et à des difficultés de lien entre la mère et son enfant (Müller, Teismann, Havemann, Michalak, & Seehagen, 2013; Nakić Radoš, Sawyer, Ayers, & Burn, 2018).

Notre étude avait trois objectifs principaux. Le premier était d'étudier l'influence du TSPT postnatal sur le bonding maternel deux mois après l'accouchement chez les femmes tunisiennes. Le deuxième objectif était de déterminer quelles sous-dimensions du bonding étaient particulièrement affectées par le TSPT. Le troisième objectif était d'étudier l'effet médiateur des stratégies de coping sur la relation entre le TSPT et le bonding, ainsi que sur la relation entre le TSPT et les sous-dimensions du bonding. Pour conceptualiser ces relations, trois modèles de médiation en série ont été développés. Ainsi, la relation entre le TSPT et le bonding pourrait être indirecte, d'une part le TSPT toucherait les stratégies de coping, d'autre part les stratégies de coping auraient une influence sur le développement du bonding.

2. Méthode

2.1. Population

Cette étude longitudinale a été réalisée sur deux temps d'évaluation. Dans un premier temps, les femmes enceintes de 29 semaines de grossesse et plus ont été recrutées dans les unités de suivi gynécologique et obstétrique de l'hôpital « Mongi Slim » dans la banlieue nord de Tunis, de même que dans des cabinets de médecins gynécologues exerçant dans le secteur libéral. Après avoir présenté à ces femmes les objectifs de l'étude et les modalités de participation à la recherche, ces dernières ont été invitées à remplir un formulaire de consentement éclairé et un questionnaire d'anamnèse. Au total, 226 femmes tunisiennes ont participé au premier temps de l'étude. Deux mois après les dates prévues du terme, les femmes ont été sollicitées pour participer à la deuxième phase de l'étude. Parmi elles, 131 ayant accouché à terme d'un enfant vivant et sans pathologie néonatale ont accepté de répondre au deuxième questionnaire.

2.2. Mesures

2.2.1. Fiche d'anamnèse

Un questionnaire anamnestique a été construit afin de recueillir les données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques des femmes.

Le premier a été complété lors de la première phase de l'étude (3eme trimestre de grossesse). Les femmes ont répondu à des questions portant sur des données socio-biographiques (âge, statut marital, statut socio-professionnel), des données gynécologiques (antécédents de fausses couches ou de problèmes gynécologiques), des données psychologiques (antécédents de troubles psychopathologiques, traumatismes antérieurs, suivi psychologique, etc.) et des données familiales (perception de la qualité du soutien conjugal et familial).

Le second questionnaire complété par les femmes deux mois après leur accouchement présentait des questions sur des données obstétricales (le type d'accouchement, sa durée, les éventuelles complications, etc.) et le vécu de l'accouchement.

2.2.2. Etat de stress post-traumatique

Pour dépister la symptomatologie traumatique, une échelle spécifique à l'état de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement "Child Birth Traumatique Event Scale" (CBTES) a été administrée aux femmes deux mois après leur accouchement. La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Elle est composée de 25 items, correspondant aux cinq critères diagnostiques du DSM 5 (A, B = Intrusion, C = Evitement, D = Altérations négatives des cognitions et E = Hyper-activation neurovégétative). Cette échelle permet à la fois d'évaluer des symptômes de l'état de stress post-traumatique et d'établir un profil de femmes avec ESPT. L'échelle a été adaptée sur la population tunisienne (Hannachi & Spitz., 2017).

2.2.3. Bonding

L'évaluation des sentiments et des attitudes maternelles envers l'enfant a été réalisée à l'aide du Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Cet outil d'autoévaluation a été développé par Brockington, Fraser, & Wilson., (2006) dans le but de repérer les désordres du lien mère-enfant durant la période du post-partum. Le PBQ est composé de 25 items répartis sur 4 sous-échelles : ***Altération du lien entre la mère et son enfant*** (12 items) ; ***Anxiété par rapport à l'enfant*** (4 items) ; ***Rejet de l'enfant*** (7 items) et ***Risque de maltraitance*** (2 items). Les items sont cotés de 0 (= "toujours") à 5 (= "jamais") pour les réponses positives telles que ***"je me sens proche de mon bébé"*** et de 0 (= "jamais") à 5 (= "toujours") pour les réponses négatives telles que ***"je regrette d'avoir eu mon bébé"***. ***Un score élevé indique une altération du bonding***.

2.2.4. Stratégies de coping

L'évaluation des stratégies de coping a été réalisée à l'aide du Brief COPE (Carver et al., 1997 ; Carver, 1997) ; version tunisienne de Hannachi, Muller & Spitz., (2015). Cette échelle est composée de 32 items qui forment 16 sous-échelles distinctes. Ces sous-échelles permettent d'évaluer des stratégies différentes d'adaptation au stress : coping actif, distraction,

planification, soutien social instrumental, soutien social émotionnel, expression des sentiments, déni, blâme, acceptation, réinterprétation positive, utilisation de substances, humour, religion, désengagement comportemental, rumination et dramatisation. Les items sont cotés de 1 (="pas du tout d'accord") à 4 (="tout à fait d'accord")

2.3. Analyse statistique

Tout d'abord, des statistiques descriptives sur l'âge, le statut marital, la situation professionnelle, le type de grossesse et le mode d'accouchement ont été utilisées pour décrire les caractéristiques de la population étudiée. Ensuite, des corrélations bivariées entre le score total des symptômes du TSPT, le score obtenu à l'échelle du bonding et ses différentes sous-dimensions et les sous-échelles du coping, ont été conduites en utilisant la corrélation de Pearson. Des analyses de régression linéaire entre le score du TSPT, les stratégies de coping et le bonding ont été réalisées pour examiner les modèles prédictifs de l'altération du lien mère-enfant.

Puis, une analyse plus approfondie a été réalisée en deux étapes. Dans un premier temps, l'effet direct et indirect (par l'intermédiaire des stratégies de coping) du TSPT sur le bonding a été évalué en utilisant le « *Standard path-analytic approaches* » (Hayes, 2009; MacKinnon, 2012). Par la suite, des modèles de médiation en série ont été testés. L'objectif de la médiation en série est d'étudier les effets directs et indirects d'une variable indépendante (X = TSPT) sur une variable dépendante (Y = bonding général ; altération du lien entre la mère et son enfant et Anxiété par rapport à l'enfant) tout en modélisant un processus dans lequel X provoque M1, ce qui à son tour provoque M2, et ainsi de suite en concluant avec Y comme le résultat final (X → M1 → M2 → Y) (Hayes, 2017). Le critère de significativité statistique retenu était $p \leq 0,05$.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon sont décrites dans le tableau 1. L'âge des femmes était compris entre 18 et 43 ans avec une moyenne de 31 ans (ET = 5,07). La majorité des 226 femmes (98,67%) vivaient en couple. Moins de la moitié des femmes (44,70%) exerçaient une activité professionnelle. La majorité des femmes (58%) étaient multipares. Plus de la moitié des femmes qui ont répondu au questionnaire à T2 ont accouché par césarienne (59,6%, dont 50,4% avec une césarienne programmée).

Tableau 1 : Données sociodémographiques et obstétricales des femmes tunisiennes

Variables	n	%
Phase prénatale (T1)	**226**	
Age		
Minimum/Maximum	18/43	
Mean ± SD	31.28± 5.07	
Statut marital		
En couple	223	98.67%
Célibataire	3	1,33%
Situation professionnelle		
Avec emploi	101	44,70%
Sans emploi	125	55,30%
Parité		
Primipare	95	42%
Multipare	131	58%
Type de grossesse		
Simple	214	94,70%
Gémellaire	12	5,30%
Phase postnatale (T2)	**131**	
Type d'accouchement		
Par voie basse	48	36,5%
Avec instruments	5	3,9%
Césarienne programmée	66	50,4%
Césarienne d'urgence	12	9,2%

3.2. Analyse des corrélations entre les scores du TSPT, le bonding général, l'altération de lien, l'anxiété par rapport aux soins, le rejet de l'enfant, le risque de maltraitance et les stratégies de coping

Les résultats des analyses de corrélation ont montré que les symptômes du TSPT sont significativement liés positivement à des troubles du bonding général (r = .34 ; *p* = 0,001), à l'anxiété par rapport à l'enfant (r = .53 ; *p* = 0,001), au rejet de l'enfant (r = .33 ; *p*= 0,001) ainsi qu'à des stratégies de coping telles que le déni (r = .19 ; *p* = 0,03), le soutien émotionnel (r = .28 ; *p* = 0,002), la dramatisation (r = .55 ; *p* = 0,001), l'expression des sentiments (r = .18 ; *p* = 0,04), le soutien instrumental (r = .32 ; *p* = 0,001), l'auto-blâme (r = .47 ; *p* = 0,001), et la rumination (r = .27 ; *p* = 0,003).

Concernant le score général du bonding, il a été montré qu'il est significativement lié positivement aux stratégies de dramatisation (r = .34 ; *p* = 0,001), l'auto-blâme (r = .36 ; *p* = 0,001).

Concernant les dimensions du bonding, il a été démontré que l'altération du lien entre la mère et son enfant est significativement liée positivement à la dramatisation (r = .23 ; *p* = 0,01), et à l'auto-blâme (r = .24 ; *p* = 0,01). L'anxiété par rapport à l'enfant était significativement liée positivement à la dramatisation (r = .43 ; *p* = 0,001), l'expression des sentiments (r = .24 ; *p* = 0,01), l'auto-blâme (r = .48 ; p= 0,001), la rumination (r = .28 ; *p* = 0,002). Le rejet de l'enfant était significativement lié positivement au soutien émotionnel (r = .18 ; *p* = 0,05), la dramatisation (r = .30 ; *p* = 0,001), l'auto-blâme (r = .35 ; *p* = 0,001). (Voir tableau 2).

III. 3. Analyses de régression entre le score du TSPT, le bonding et les stratégies de coping

Les résultats des analyses de régression linéaire ont révélé que le TSPT (β = .28 ; p = 0,002), la dramatisation (β = .28 ; p = 0,01) et l'auto-blâme (β = .26 ; p = 0,01) étaient significativement et positivement liés au *bonding général* deux mois après l'accouchement. Ce premier modèle expliquait 18,3% de la variance totale.

Les résultats des analyses ont montré également que le TSPT (β = .50 ; p < 0,0001), la dramatisation (β = .22 ; p = 0,02) et la rumination (β = .09 ; p = 0,3) étaient significativement et positivement liés à *l'anxiété par rapport aux soins*. Ce deuxième modèle expliquait 29,6% de la variance totale.

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel et les stratégies de coping à deux mois post-partum.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. TTPTSDTUN	,34**	.13	,53**	,33**	.08	.07	.06	.08	,19*	.09	,28**	-,19*	-,19*	-,21*	,55**	,18*	,32**	-.07	,47**	-,30**	,27**
2. Bonding général		,89**	,61**	,85**	,50**	.07	-.11	-.11	.14	.12	.15	-.02	-.03	-.16	,34**	.12	.11	-.08	,36**	-.07	.17
3. Altération du lien			,30**	,63**	,44**	.03	-.17	-.10	.11	.15	.08	-.04	.04	-.11	,23*	.06	.09	-.10	,24**	-.01	.08
4. Anxiété par rapport aux soins				,48**	.15	.08	.08	-.05	.17	.06	.15	-.06	-,26**	-.16	,43**	,24**	.07	-.07	,48**	-,21*	,28**
5. Rejet de l'enfant					,28**	.09	-.09	-.134	.075	.051	,185*	.020	.006	-.159	,309**	.121	.097	-.022	,353**	-.077	.174
6. Risque de maltraitance						.005	-.018	.070	.118	.046	.051	.030	.010	-.019	.014	-.119	.042	-.015	-.037	.128	-.043
7. ActifT2							,287**	,608**	,262**	-.144	,235*	.034	-.051	.028	.125	,458**	,298**	-.007	.128	.175	.097
8. PlanifTUNT2								,202*	.102	-.018	,251**	-.021	.169	,218*	.039	,263**	,258**	,188*	.123	.108	,289**
9. DistractionT2TUN									.087	-.072	.066	.087	-,217*	-.045	-.007	,243**	.035	-.068	-.033	,330**	-.074
10. DeniTUNT2										-.092	,221*	-,256**	-.082	.001	,290**	.118	.004	-.029	,195*	.027	,259**
11. SubstancesTUNT2											-.004	.142	.002	-.018	.137	-.021	.021	-,223*	.169	-.048	.032
12. S-émotionnelTUNT2												.043	,264**	.115	,252**	,423**	,414**	,210*	,189*	.012	,406**
13. DésengementTUNT2													.025	.143	-,246**	.082	.022	-.092	-.049	,314**	.009
14. ReligionTUNT2														,296**	-.092	,205*	,327**	,372**	-.144	.072	.098
15. AcceptationTUNT2															-.153	,193*	.124	.168	-.068	.107	.098
16. DramatizationTUNT2																,268**	.169	-.050	,560**	-,188*	,509**
17. ExpsentiTUNT2																	,463**	.119	,291**	-.099	,287**
18. S-instrumentalTUNT2																		,189*	,188*	-.071	,243**
19. RéinterppTUNT2																			-.095	.060	.110
20. BlâmeTUNT2																				-.119	,278**
21. HumourTUNT2																					-.057
22. RuminationTUNT2																					1

3.3. Tests des effets indirects

À la suite des analyses de corrélation et de régression, des tests de médiation entre le score du TSPT, le bonding général et les sous-dimensions du bonding ont été réalisés.

3.3.1. Analyse de médiation multiple en série

En utilisant la procédure indirecte pour SPSS, les modèles de médiation en série avec deux médiateurs ont été estimés pour obtenir les effets totaux directs et indirects du TSPT sur le bonding par l'intermédiaire des stratégies de coping (figure 1).

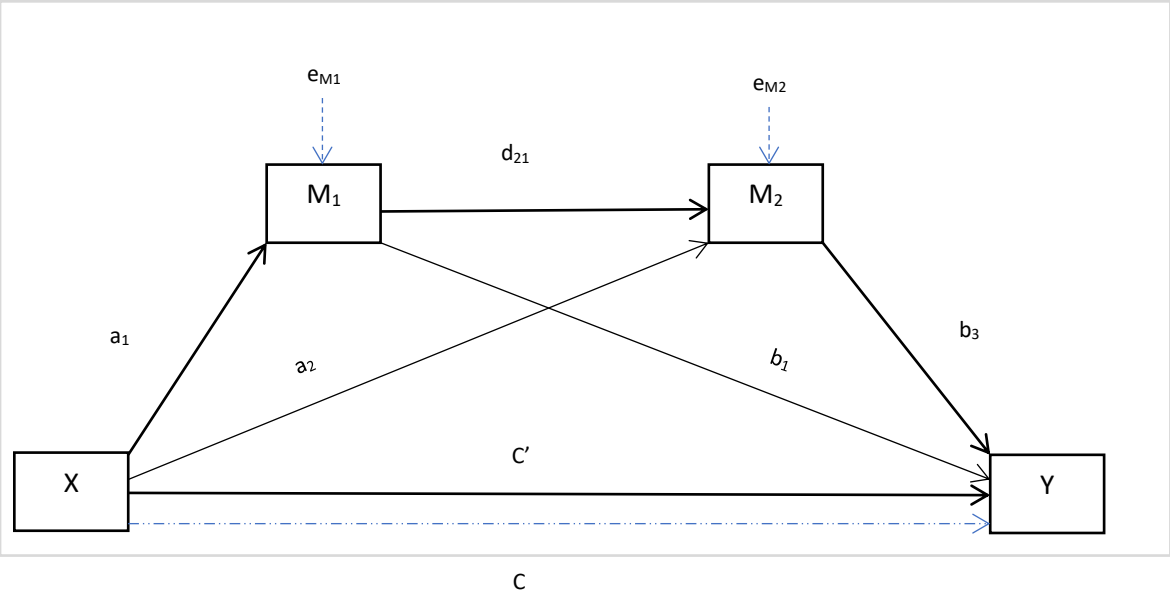


Figure 1 : Modèle de médiation en série avec deux médiateurs dans un diagramme conceptuel (Hayes, 2017; p-169)

Model A

M_1 (Dramatisation) = i_{M1}+ a_1X (TSPT) + covariable + e_{M1}

M_2 (Auto-blâme) = i_{M2}+ a_2X (TSPT) + $d_{21}M_1$ + covariable+ e_{M2}

Y (bonding général (model1) = i_Y+ C'X+ b_1M_1+ $b2M_2$+covariable + e_y

C= C'+a_1b_1+ a_2b_2+ $a_1d_{21}b_2$

Model B

M_1 (Dramatisation) = i_{M1}+ a_1X (TSPT) + covariable + e_{M1}

M_2 (Rumination) = i_{M2}+ a_2X (TSPT) + $d_{21}M_1$ + covariable+ e_{M2}

Y (Anxiété par rapport à l'enfant = i_Y+ C'X+ b_1M_1+ $b2M_2$+covariable + e_y

C= C'+a_1b_1+ a_2b_2+ $a_1d_{21}b_2$

La primiparité a été incluse en tant que covariable, simultanément avec toutes les autres variables prédictives, dans les différents modèles testés.

Dans le modèle A, l'objectif était de *tester l'effet du TSPT sur le bonding général* par l'intermédiaire des stratégies de dramatisation et d'auto-blâme. Comme nous pouvons le voir dans le modèle A du tableau 3 et dans la trajectoire C de la figure 2, le bonding général était plus altéré chez les femmes qui présentaient un score élevé du TSPT deux mois après l'accouchement. De plus, comme le montre le tableau 3, trajectoire a_1 de la figure 2, le score du TSPT était positivement associé à la dramatisation. Les femmes tunisiennes qui présentaient des scores élevés de TSPT avaient plus tendance à dramatiser tout ce qui pouvait leur arriver. Les résultats ont aussi indiqué que plus les femmes utilisaient la dramatisation et plus la probabilité d'utiliser une stratégie d'auto-blâme augmentait (d_{21} = .44** ; SE = .09). Enfin, l'auto-blâme était positivement lié au bonding général (voir tableau 3, modèle A, trajectoire b_2 de la figure 2). L'intervalle de confiance "Bootstrap" estimant le produit de ces trajectoires qui n'inclut pas le zéro [0.502 ; 2.536], fournit une preuve d'un effet indirect significatif du TSPT sur le bonding général par l'intermédiaire de la dramatisation et de l'auto-blâme. L'utilisation de la procédure indirecte avec 5000 échantillons bootstrap a révélé un effet indirect positif important du TSPT par la dramatisation et l'auto-blâme sur le bonding général deux mois après l'accouchement.

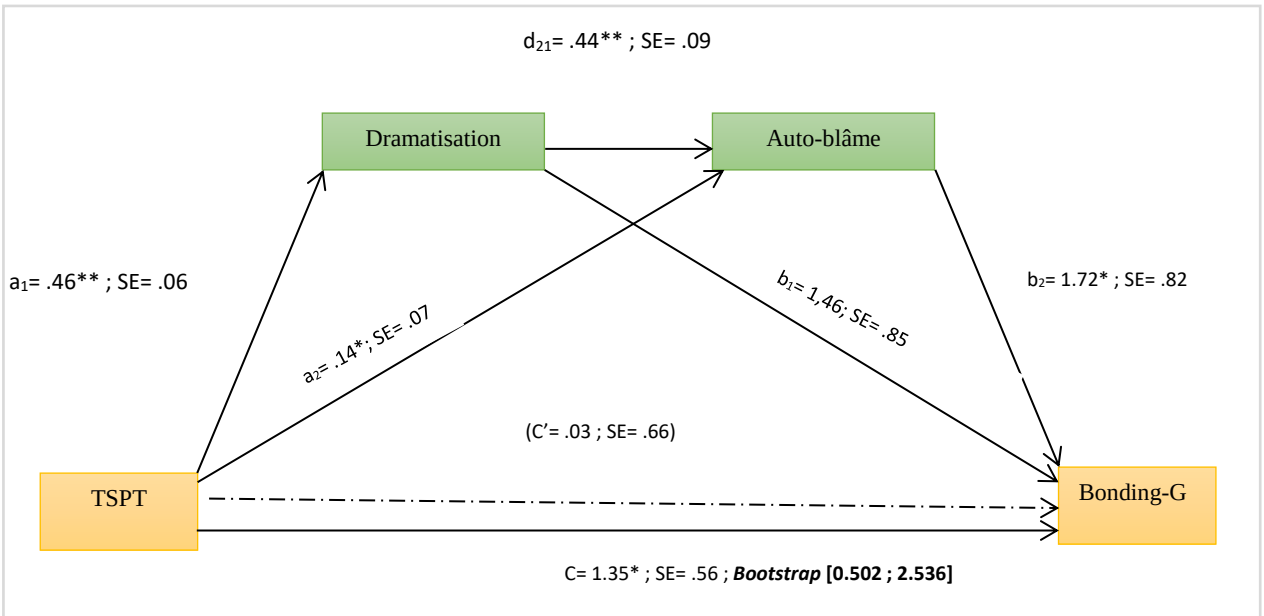


Figure 2 : Coefficients de trajectoire pour le modèle A avec l'analyse de deux médiateurs en série

En ce qui concerne le modèle B, l'objectif était de tester l'effet du *TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant* par l'intermédiaire de la dramatisation et de la rumination. Comme l'illustre le modèle B du tableau 3 et dans la trajectoire C de la figure 3, les femmes avec un score élevé de TSPT deux mois après l'accouchement présentaient un niveau d'anxiété plus élevé par rapport à leur enfant. De plus, comme le montre le tableau 3, trajectoire a_1 de la figure 3, le score du TSPT était positivement associé à la dramatisation. Les femmes qui présentaient des scores élevés de TSPT avaient plus tendance à utiliser la dramatisation comme stratégie de coping. Les résultats ont aussi indiqué que plus les femmes utilisaient la dramatisation et plus la probabilité d'utiliser la rumination augmentait (d_{21} = .39** ; SE = .07). Enfin, la rumination était positivement liée à l'anxiété par rapport à l'enfant (voir tableau 3, modèle B, trajectoire b_2 de la figure 3). L'effet direct du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant était très significatif (C'= .47** ; SE = .15).

Un intervalle de confiance "Bootstrap" estimant le produit des trajectoires qui n'inclut pas le zéro [0,0102 ; 0,4022] a fourni une preuve d'un effet indirect significatif du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant par l'intermédiaire de la dramatisation et de la rumination.

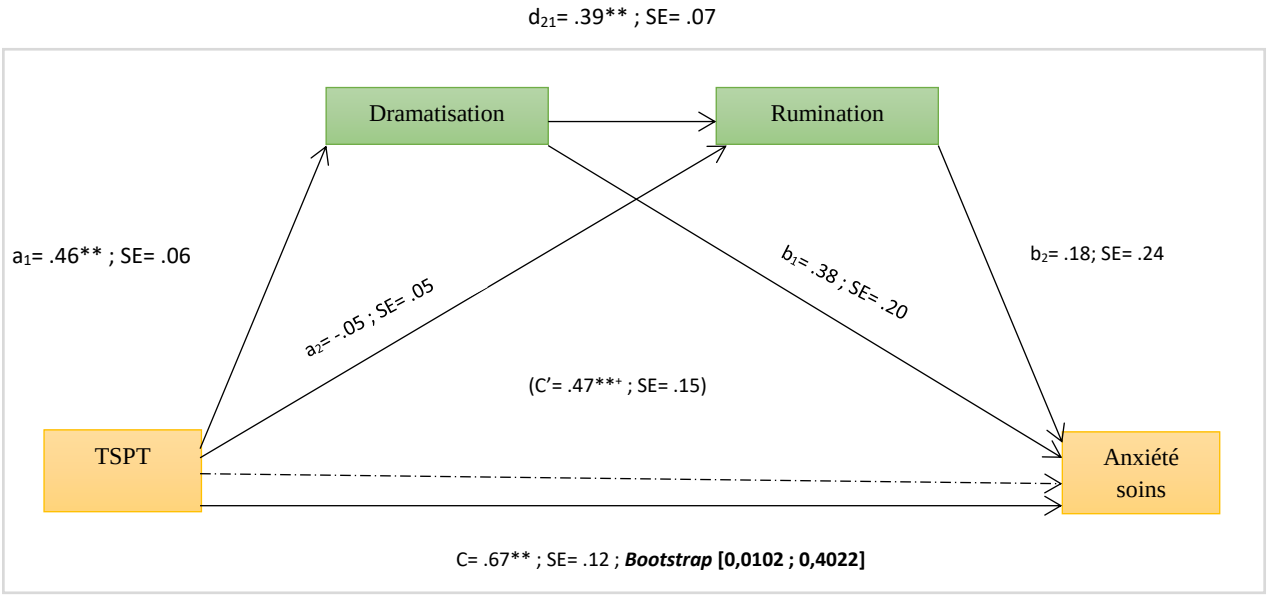


Figure 3 : Coefficients de trajectoire pour le modèle B avec l'analyse de deux médiateurs en série

Tableau 3 : Coefficients de régression, erreurs types et informations sur le résumé du modèle pour les modèles A, et B pour les femmes tunisiennes (n = 131)

Variables															
										Model A			Model B		
Outcome -->	M1 (Dramatisation)			M2 (Auto-blâme)			M3 (Rumination)			Y (Bonding général)			Y (Anxiété par rapport à l'enfant)		
Antecedent	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p	Coeff.	SE	p
X (TSPT)	0.467	0.066	<.001	0.147	0.076	0.059	-0.502	0.599	0.403	0.036	0.661	0.956	0.474	0.152	0.451
M1 (Dramatisation)				0.439	0.091	< .001	0.393	0.071	<.001	1.468	0.855	0.089	0.381	0.204	0.065
M2 (Auto-blâme)										1.791	0.820	0.031			
M3 (Rumination)													0.183	0.242	0.451
Primiparité	-0.232	0.192	0.231	0.181	0.182	0.322	0.252	0.143	0.081	2.515	1.567	0.111	0.461	0.369	0.213
												R2= 0.100			R2= 0.262
												F (6.102: p= .003)			F (19.589: p <.001)

4. Discussion

Les résultats de la présente étude ont révélé que, chez les femmes tunisiennes, la symptomatologie traumatique était associée à une altération du bonding général ainsi qu'à une anxiété plus importante envers le bébé. L'impact négatif de la symptomatologie traumatique sur le bonding a été rapporté dans de précédentes études (Ionio & Di Blasio, 2014; Parfitt & Ayers, 2009). En effet, les mères qui souffrent d'un TSPT ont des difficultés à établir un lien d'attachement avec le bébé (Ballard et al., 1995). Certaines mères rapportent même qu'elles ont une représentation négative de leur enfant (Davies et al., 2008). De plus, l'expression d'une symptomatologie traumatique à la suite de l'accouchement induirait une anxiété plus importante chez la mère par rapport à son enfant. Dans une étude réalisée par Ayers et al, (2006), il a été souligné que les femmes qui souffrent d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) durant la période du post-partum déclaraient être trop anxieuses envers leur bébé. Cet état anxieux semble être lié à la symptomatologie intrusive et aux altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées au TSPT (Ionio & Di Blasio, 2014).

Par ailleurs, les résultats de la médiation en série ont montré que le lien entre la symptomatologie traumatique et le bonding général était en partie médiatisé par des stratégies de coping de dramatisation et d'auto-blâme. En effet, les femmes tunisiennes auraient tendance à dramatiser la situation, à amplifier le côté négatif des évènements avec les stratégies centrées sur les émotions qui vont mettre en scène le retentissement de l'évènement traumatique. Toutefois, le recours à ce style de coping implique une concentration importante sur les aspects négatifs de la situation au détriment d'un coping plus actif et centré sur le problème. Ensuite, la dramatisation induit l'auto-blâme, synonyme de culpabilité et souvent prédictif d'un moindre ajustement à l'évènement traumatique. Avec le recours à ces deux stratégies dysfonctionnelles, les femmes risqueraient alors de rester concentrées sur leur détresse émotionnelle liée à l'expérience de l'accouchement au détriment du développement du lien avec leur nouveau-né.

De la même façon, les résultats de la seconde médiation en série ont indiqué que l'association entre la symptomatologie traumatique, et plus spécifiquement l'anxiété par rapport à l'enfant, était médiatisée par la dramatisation et la rumination. En effet, la symptomatologie traumatique et la dramatisation induiraient la mise en place d'une rumination de la situation. Avec les souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants de l'évènement traumatique, et la dramatisation de la situation, les femmes vont être contraintes de penser de manière répétitive à leur expérience d'accouchement et vont être envahies de pensées non productives. Elles vont

alors ruminer de manière répétitive et passive les symptômes, les causes et les conséquences possibles de l'expérience de l'accouchement ainsi que de la symptomatologie traumatique. De plus, les pensées associées aux ruminations activent un cercle vicieux d'affects et de pensées négatives, ce qui par conséquent amplifie les symptômes de détresse émotionnelle. En effet, la rumination mentale alimente les difficultés de fonctionnement social en influençant négativement les ressources cognitives impliquées dans la perception sociale et dans la résolution de problèmes interpersonnels, et en activant des schémas cognitifs négatifs. Ces schémas cognitifs entraineraient des biais sur la façon dont la personne interprète et répond aux stimuli sociaux (Tse & Bond, 2004. In Müller, Teismann, Havemann, Michalak, & Seehagen, 2013). Le comportement du nouveau-né et ses réactions peuvent alors être perçus de manière ambiguë et interprétés de façon erronée. Par exemple, les pleurs du bébé peuvent être interprétés de plusieurs façons, comme un besoin de nourriture ou de malaise alors que cela peut juste correspondre à une demande de contact et de réconfort. Ainsi, il est possible que la rumination mentale induise de mauvaises interprétations des demandes du nouveau-né, ce qui pourrait amplifier l'anxiété de la mère par rapport à son enfant.

Cette étude représentait un travail ayant pour but de comprendre les processus par lesquels la symptomatologie traumatique affectait le lien mère-enfant deux mois après l'accouchement. En démontrant que la relation entre symptomatologie traumatique et troubles du bonding était due à des stratégies de coping non adaptatives, cette étude a cherché à étendre les connaissances dans le domaine des stratégies de coping et à montrer que les stratégies de coping peuvent être, non seulement des facteurs prédictifs du TSPT, mais aussi des facteurs déterminants pour l'expression du bonding dans le cas des troubles psychopathologiques du post-partum tels que le TSPT. Cette étude donne alors de nouvelles pistes qui permettraient de prévenir l'impact négatif du TSPT sur le bonding en agissant sur les stratégies de coping. Ainsi, il pourrait s'agir d'aider les femmes qui souffrent de TSPT à faire face au stress de manière plus adaptative en utilisant des stratégies de coping plus fonctionnelles selon les circonstances.

Références

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fifth Edition*.

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.

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. https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 233–242.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *29*(6), 537–554. https://doi.org/10.1002/imhj.20197

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Hannachi N., Muller, L., & Spitz, E. (2015). Adaptation and validation of the Tunisian version of the Brief COPE Scale. Principles of Behaviour. Change in Health & Illness. Conference Abstracts Book p 188. http://www.ehps2015.org/files/EHPS2015_Conference_Abstracts_01092015.pdf

Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, *76*(4), 408–420.

Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications.

Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(2), 163–181. https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880

MacKinnon, D. (2012). *Introduction to statistical mediation analysis*. Routledge.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90. https://doi.org/10.1080/01674820600712875

Müller, D., Teismann, T., Havemann, B., Michalak, J., & Seehagen, S. (2013). Ruminative thinking as a predictor of perceived postpartum mother–infant bonding. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(1), 89–96.

Nakić Radoš, S., Sawyer, A., Ayers, S., & Burn, E. (2018). Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in croatian women. *Psihologijske Teme*, *27*(3), 543–559.

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(2), 127–142.

Tse, W. S., & Bond, A. J. (2004). The Impact of Depression on Social Skills: A Review. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

Chapitre 7 : Modélisation sur l'impact du TSPT sur le bonding maternel et les facteurs de risque associés auprès des femmes françaises (Etude longitudinale T1, T2 et T3)

Article 8 : Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : un modèle de facteurs de risque

L'article est en cours de finition.

Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : un modèle de facteurs de risque

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé :

Introduction : L'accouchement peut être vécu comme un évènement traumatique et être en lien avec le développement d'un Trouble de Stress Post-traumatique (TSPT) dans la période postnatale. Cette étude a pour objectif de proposer un modèle explicatif de l'impact du TSPT sur le développement du bonding maternel et des facteurs associés en se référant au modèle transdiagnostique avec une approche processuelle.

Méthode : Cette étude longitudinale a été réalisée auprès de 65 femmes sur trois temps. Les femmes ont été rencontrées une première fois durant le troisième trimestre de grossesse (T1), puis à deux mois post-partum (T2) et à six mois post-partum (T3). Elles ont répondu à un livret de questionnaires évaluant le TSPT en lien avec l'accouchement, le bonding maternel, la perception des soins données par l'équipe soignante et les stratégies de coping. Le modèle a été testé avec une analyse de modélisation structurale.

Résultats : Le mode d'accouchement et une perception négative des soins donnés par l'équipe soignante étaient prédictifs d'un TSPT deux mois après l'accouchement. Le TSPT développé dans la période postnatale était prédictif d'une altération du lien mère enfant à deux mois et à six mois post-partum. Des stratégies de coping telles que le désengagement comportemental et l'utilisation du soutien instrumental ont été associées à une altération du lien mère-enfant. Ce premier modèle a montré un bon ajustement (χ^2 = 39, 292 ; χ^2/df = 1, 19 ; TLI = 0,94 ; CFI = 0,95 ; RMSEA = 0,05 ; SRMR = 0,09).

Pour le deuxième modèle, il a été démontré que le TSPT évalué à deux mois post-partum était prédictif d'une anxiété par rapport aux soins à deux mois et à six mois post-partum. Une moindre planification était associée à une anxiété par rapport à l'enfant. Ce deuxième modèle a aussi montré un bon ajustement (χ^2 = 32, 406 ; χ^2/df = 1,29 ; TLI = 0,93 ; CFI = 0,95 ; RMSEA = 0,06 ; SRMR = 0,08).

Discussion : Les modèles proposés dans cette étude nous permettent de confirmer les conséquences délétères du TSPT en lien avec l'accouchement sur le bonding maternel.

Abstract :

Introduction: Childbirth can be experienced as a traumatic event and may be related to the development of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the postnatal period. The aim of this study is to propose an exploratory model on the impact of PTSD on the development of maternal bonding and associated factors by referring to the transdiagnostic model with a process approach.

Method: This longitudinal study was conducted with 65 women over three times. Women were first encountered during the third trimester of pregnancy (T1), then at two months postpartum (T2) and at six months postpartum (T3). They responded to questionnaires assessing PTSD related to childbirth, maternal bonding, perception of care provided by the health team care, and coping strategies. The model has been tested with structural modeling analysis.

Results: The mode of delivery and a negative perception of care provided by the health team care predicted PTSD two months after delivery. PTSD developed in the postnatal period was predictive of alteration of the mother-to-child relationship at two months and six months postpartum. Coping strategies such as behavioral disengagement and the use of instrumental support have been associated with an alteration of the mother-child bond. This first model showed a good fit (χ^2 = 39, 292, χ^2 / df = 1, 19; TLI = 0.94; CFI = 0.95; RMSEA = 0.05; SRMR = 0.09). For the second model, it was shown that PTSD assessed at 2 months postpartum was predictive of anxiety over care at 2 months and 6 months postpartum. Less planning was associated with infant- focused anxiety. This second model also showed a good model fit (χ^2 = 32, 406, χ^2 / df = 1.29, TLI = 0.93; CFI = 0.95; RMSEA = 0.06; SRMR = 0.08).

Discussion: The models proposed in this study allow us to confirm the deleterious consequences of PTSD related to childbirth on maternal bonding.

1. Introduction

Le bonding maternel est un processus déterminant dans le développement de la relation mère-enfant ainsi que dans le développement cognitif et émotionnel de l'enfant. Le bonding se définit à travers les émotions chaleureuses vécues par la mère dès les premières heures ou jours de vie de son bébé et au sentiment qu'elle éprouve d'avoir un lien très spécial avec son enfant (Leckman et al., 2005. In Guedeney, Lamas, Bekhechi, Mintz, & Guédeney, 2008). Le bonding maternel est également caractérisé par la recherche et le maintien de la proximité avec le bébé. Cette proximité physique serait importante pour faciliter et favoriser l'interaction de la mère avec son enfant. Cependant, contrairement à l'attachement, considéré comme une relation à double sens et dans laquelle la mère et l'enfant sont actifs, le bonding repose sur l'unilatéralité de la relation et la non-réciprocité dans l'interaction. Il s'agit d'une relation dans laquelle seule la mère est active.

La transition vers la parentalité est une période marquée par des transformations physiques et psychiques importantes pour les parents et la mère en particulier. Ces changements pourraient compromettre le développement du lien mère-enfant. De plus, l'expression de troubles psychopathologiques spécifiques à cette période dans certains cas pourrait constituer un risque majeur pour le développement de la relation de la mère envers son enfant.

Le vécu traumatique de l'accouchement et le développement d'un Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) dans la période postnatale sont des facteurs qui peuvent influencer considérablement l'expression du bonding maternel.

Le TSPT est un désordre mental qui a été classé parmi les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress dans le DSM 5. Il se caractérise par des symptômes d'intrusion et d'évitement de l'expérience traumatique, des symptômes d'altérations négatives des cognitions et de l'humeur, ainsi que des symptômes d'altération de l'éveil et de l'hyperactivité (American Psychiatric Association, 2013). Plusieurs facteurs de risque associés au développement du TSPT postnatal ont été présentés dans la littérature (Andersen, Melvaer, Videbech, Lamont, & Joergensen, 2012; Grekin & O'Hara, 2014; Soet, Brack, & Dilorio, 2003; Stramrood et al., 2011; Verreault et al., 2012). Toutefois, le TSPT n'est pas la conséquence directe d'un unique évènement traumatique (Haagen, Moerbeek, Olde, van der Hart, & Kleber, 2015). Il s'agit d'un

trouble qui résulte de l'interaction entre plusieurs facteurs, qu'ils soient biologiques, environnementaux, psychologiques, etc.

L'objectif principal de la présente étude est de développer un modèle qui pourrait appréhender l'impact du TSPT suite à l'accouchement sur le bonding maternel six mois après la naissance et dans lequel seraient présentés les différents facteurs de risques associés au développement du TSPT ainsi que les facteurs prédictifs de l'altération du bonding maternel.

Le modèle des troubles mentaux par médiation psychologique (Kinderman, 2005) et complété par Nef, Philippot, & Verhofstadt (2012) a été le modèle de référence pour l'élaboration de notre modèle : le modèle du Trouble de Stress Post-Traumatique et du bonding. Cette approche indique que les troubles mentaux (c'est-à-dire le TSPT) ne sont pas le simple résultat d'un dysfonctionnement des processus psychologiques individuels mais qu'ils sont déterminés par l'influence des facteurs biologiques (comme l'âge), sociaux (comme le niveau d'éducation ou le statut socioprofessionnel) et circonstanciels (comme la parité et le mode d'accouchement) à travers les processus psychologiques individuels (comme les stratégies de coping) (Kinderman & Tai, 2007). En 2012, le modèle de Kindermann a été complété par une autre équipe de recherche (Nef et al., 2012) qui a suggéré l'introduction des processus interindividuels (comme la relation avec l'équipe soignante proposée dans notre modèle) en interaction avec les processus individuels. Les auteurs ont aussi inclus les conséquences des problèmes psychologiques (par exemple l'altération du bonding maternel dans notre modèle) qui peuvent être à court ou à long terme. Ces conséquences peuvent également influencer le maintien des problèmes psychologiques.

Par conséquent, nous avons posé l'hypothèse selon laquelle le TSPT aurait un impact sur le bonding maternel durant les six premiers mois de vie de l'enfant, et plus précisément sur l'altération du lien entre la mère et son enfant et sur le développement d'une anxiété importante par rapport à l'enfant. Des facteurs circonstanciels, comme la primiparité et le mode d'accouchement, et d'autres processus psychologiques individuels, comme les stratégies de coping, et interindividuels, tels que la perception de la qualité des soins de la part de l'équipe soignante, joueraient également des rôles prédictifs dans ce modèle.

2. Méthode

2.1. Population et procédure

Les participantes étaient des femmes enceintes vivant dans les régions Ile de France et Grand Est (France). Elles ont toutes été rencontrées lors des séances de préparation à l'accouchement, réalisées dans les cabinets de sages-femmes privées. L'étude a été menée de janvier 2015 à septembre 2017. Au total, 420 femmes ont rempli un livret de questionnaires prénatal, 153 (36,4%) l'ont rempli deux mois après leur accouchement et 65 (15,47%) ont complété le livret à six mois post-partum. Afin de réaliser la modélisation, seules les données des 65 femmes ayant répondu aux trois temps ont pu être traitées. Les caractéristiques sociodémographiques ainsi que celles relatives à la grossesse et à l'accouchement sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen des femmes était de 31 ans (ET = 3,88). Toutes les femmes vivaient en couple (n = 65 ; 100%) et la plupart avaient programmé leur grossesse (n = 60 ; 93,8%). Elles exerçaient une activité professionnelle (n = 59 ; 90,8%). Dans cette étude, la majorité des femmes (n = 52 ; 80%) étaient primipares. La plupart d'entre elles ont accouché par voie basse sans complications (n = 36, 55,38%) et avec le recours à des instruments comme la ventouse et le forceps (n = 15 ; 23,07%). D'autres femmes ont eu un accouchement avec césarienne, soit programmée (n = 5 ; 7,70%) ou d'urgence (n = 9 ; 13,85%).

Cette recherche s'inscrit dans la continuité du Projet Accounova « Etude de l'efficacité d'une technique psychothérapeutique innovante chez les femmes ayant subi un stress post traumatique lors de l'accouchement » et qui a fait l'objet d'une soumission au Comité de Protection des personnes (CPP). Ce protocole a été accepté sous la référence CPP : 10/561 ; sous le numéro Afssaps : B110860-10 et sous le numéro EudraCT : 2010-A00287-32.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques, gynécologiques et obstétricales des femmes

Variables	n	%
Phase prénatale	**65**	
Age		
Minimum/Maximum	23/42	
Mean ± SD	31.59 ± 3.88	
Statut marital		
En couple	65	100%
Célibataire	-	-
Situation professionnelle		
Avec emploi	59	90,8%
Sans emploi	6	9,2%
Désir de grossesse		
Grossesse programmée	61	93,85%
Grossesse non programmée	4	6,15%
Parité		
Primipare	52	80%
Multipare	13	20%
Type de grossesse		
Simple	65	100%
Gémellaire	-	-
Phase postnatale	**65**	
Type d'accouchement		
Par voie basse	36	55.38%
Avec instruments	15	23.07%
Césarienne programmée	5	7.70%
Césarienne d'urgence	9	13.85%

2.2. Mesures prénatales

Un questionnaire d'anamnèse a été construit afin de recueillir les données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques des femmes.

Ce livret de questionnaires a été complété lors de la première phase de l'étude (au troisième trimestre de grossesse). Les femmes ont répondu à des questions portant sur des données socio-biographiques (âge, statut marital, statut socio-professionnel), des données gynécologiques (antécédents de fausses couches ou de problèmes gynécologiques), des données psychologiques (antécédents de troubles psychopathologiques, traumatismes antérieurs, suivi psychologique, etc.) et des données familiales (perception de la qualité du soutien conjugal et familial).

2.3. Mesures postnatales

Un second questionnaire d'anamnèse a été complété par les femmes deux mois après leur accouchement. Ce questionnaire présentait des questions sur des données obstétricales (type d'accouchement, durée, éventuelles complications, etc.) et sur le vécu de l'accouchement.

Pour la deuxième phase (deux mois post-partum) et troisième phase (six mois post-partum) de l'étude, les femmes ont aussi répondu à un livret de questionnaires qui portait sur l'évaluation de plusieurs variables :

- La symptomatologie traumatique évaluée avec une échelle spécifique au trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement, la "Child Birth Traumatic Event Scale", validée sur la population française (Hannachi & Spitz, 2017). La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Elle est composée de 25 items qui correspondent aux cinq critères diagnostiques du DSM 5 (A, B = Intrusion, C = Evitement, D = Altérations négatives des cognitions et de l'humour et E = Altération de l'éveil et de la réactivité). Le critère A est composé de quatre items cotés de 1 à 4, allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Il permet de sélectionner les femmes qui ont vécu leur accouchement comme une expérience traumatique. Les critères diagnostiques B, C, D et E sont mesurés à l'aide de vingt-et-un items cotés de 1 à 4, allant de « jamais » à « la plupart du temps ». Pour qu'une femme soit diagnostiquée comme porteuse d'un trouble de stress post-traumatique après son accouchement, elle doit présenter, avec le critère A, au moins un symptôme sur cinq du critère B ; un symptôme sur deux du critère C, trois symptômes sur huit du critère D et deux symptômes sur six du critère E.

- La perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante durant l'accouchement évaluée avec la version courte du modified Health Care Climate questionnaire (mHCCQ). Il s'agit d'une échelle développée par Williams et al., en 2005 (Williams, Lynch, & Glasgow, 2007; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005) et composée de six items, cotés de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai).

- L'évaluation des stratégies de coping, réalisée à l'aide du Brief COPE ((Carver et al., 1997 ; Carver, 1997) ; version française de Muller & Spitz., 2003 (Muller & Spitz, 2003)). Cette échelle est composée de 28 items qui forment 14 sous-échelles distinctes. Ces sous-échelles permettent d'évaluer des stratégies différentes d'adaptation au stress : le coping actif, la distraction, la planification, le soutien social instrumental, le soutien social émotionnel, l'expression des sentiments, le déni, le blâme, l'acceptation, la réinterprétation positive, l'utilisation de substances, l'humour, la religion, le désengagement comportemental. Les items sont cotés de 1 (= "pas du tout d'accord") à 4 (="tout à fait d'accord").

- L'évaluation des sentiments et des attitudes maternelles envers l'enfant, réalisée à l'aide du Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Cet outil d'auto-évaluation a été développé par Brockington, Fraser, & Wilson., (2006)dans le but de repérer les désordres du lien mère-enfant durant la période du post-partum. Le PBQ est composé de 25 items répartis sur quatre sous-dimensions : ***Altération du lien entre la mère et son enfant*** (12 items) ; ***Anxiété par rapport à l'enfant*** (quatre items) ; ***Rejet de l'enfant*** (sept items) et ***Risque de maltraitance*** (deux items). Les items sont cotés de 0 (= "toujours") à 5 (= "jamais") pour les réponses positives telles que ***"je me sens proche de mon bébé"*** et de 0 (= "jamais") à 5 (= "toujours") pour les réponses négatives telles que ***"je regrette d'avoir eu mon bébé"***. Un score élevé indique une altération du bonding.

2.4. Analyses statistiques

Le logiciel statistique SPSS 21 a été utilisé pour calculer le taux de prévalence du TSPT à deux et à six mois post-partum, ainsi que pour le calcul des corrélations entre les différentes variables mesurées. Le logiciel Onyx (von Oertzen, Brandmaier, & Tsang, 2015) a été utilisé dans le but d'estimer des modèles d'équations structurelles. Parmi les objectifs de départ de cette étude, il s'agissait de fournir des modèles explicatifs par rapport à l'impact du TSPT sur des sous-dimensions précises du bonding. C'est pourquoi, deux modèles ont été estimés : un premier

modèle présentant l'impact du TSPT sur l'altération du lien mère-enfant, et un second exposant l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant.

L'application de la transformation Z a été réalisée sur toutes les variables. En effet, dans le but d'une meilleure comparaison des variables, la conversion des valeurs relatives à chaque variable en Z-score permet de standardiser les données. Suite à cette transformation Z, la moyenne de l'échantillon est égale à zéro ("Robin Beaumont - Health Science Statistics using R and R Commander," n.d.).

Aucune covariance entre les variables n'a été pré-spécifiée dans les modèles. La méthode d'estimation du maximum de vraisemblance (ML) a été utilisée pour tester les modèles.

Plusieurs indices de qualité d'ajustement ont été utilisés pour examiner l'ajustement du modèle (Bentler & Hu, 1995; Hu & Bentler, 1999). Parmi eux, se trouve le $\chi^2/df \leq 2$. Le "Root Mean Square Error Of Approximation" (RMSEA) fait partie des indices parcimonieux. Cet indice permet d'évaluer dans quelle mesure un modèle peut reproduire les données de l'échantillon (Gana & Broc, 2018). Une valeur inférieure ou égale à 0,08 témoigne d'un ajustement raisonnable du modèle et une valeur inférieure ou égale à 0,06 est indicative d'une bonne adéquation du modèle. Le "Confirmatory Fit Index" (CFI) et le "Tucker Lewis Index" (TLI), faisant partie des indices d'ajustement incrémental, ont aussi été utilisés. Ces indices évaluent l'amélioration proportionnelle de l'ajustement d'un modèle cible par rapport à un modèle plus restreint. Ces deux indices ne sont pas influencés par la taille de l'échantillon. Une valeur supérieure ou égale à 0,90 indique que le modèle est acceptable, et une valeur supérieure ou égale à 0,94 pour le TLI et supérieure ou égale à 0,95 pour le CFI témoigne d'un très bon ajustement du modèle. Le "Standardized Root Mean Square Residual" (SRMR), considéré comme un indice d'ajustement absolu, se base sur la comparaison entre la matrice de variance-covariance reproduite à partir d'un modèle théorique. Une valeur supérieure ou égale à 0,08 indique un bon ajustement du modèle aux données. Toutefois, cette mesure est biaisée pour les études à faible échantillon et à faible degré de liberté (*dl* ou *df*) ("SEM : Fit (David A. Kenny)," n.d.). Le SRMR n'entraîne aucune pénalité pour la complexité du modèle (Hu & Bentler, 1999).

3. Résultats

La moitié des femmes qui ont participé à cette étude ont déclaré avoir eu peur d'être blessée ou de mourir pendant l'accouchement (n = 33 ; 50,76%). En plus de la menace d'atteinte physique sur soi ou sur le bébé, ces femmes ont témoigné s'être senties angoissées, impuissantes ou horrifiées durant leur accouchement.

Les analyses des tableaux croisés ont montré que, deux mois après l'accouchement, 3,1% des femmes (soit 2 sur 65) présentaient un TSPT total (présence conjointe des cinq critères A, B, C, D et E) et 17,2% d'entre elles (soit 11 sur 65) présentaient un TSPT partiel (critère A plus trois critères sur quatre parmi B, C, D et E). La moyenne du score du TSPT était de M = 2,03 (ET = 1,36). Six mois après l'accouchement, les résultats ont identifié que 3,1% des femmes (soit 2 sur 65) affichaient un TSPT total et 10,9% d'entre elles (soit 7 sur 65) présentaient toujours un TSPT partiel. La moyenne du score du TSPT à six mois post-partum était de M = 1,80 (ET = 1,25).

3.1. Analyse des corrélations entre les variables de l'étude

Dans le tableau 2 sont présentées les corrélations entre les variables mesurées à deux mois post-partum (T2) et à six mois post-partum (T3). Ces variables sont : le score de TSPT, le score du bonding général, les sous dimensions du bonding (l'altération du lien, l'anxiété par rapport à l'enfant, le rejet de l'enfant et le risque de maltraitance), le score de l'échelle relative à la perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante et le score de trois sous-échelles significatives du coping parmi les quatorze étudiées.

Comme attendu, à deux mois post-partum, des corrélations significativement positives entre le score du TSPT et le bonding général (r = 0,33 ; p = 0,008), l'anxiété par rapport à l'enfant (r = 0,40 ; p = 0,001) et le rejet de l'enfant (r = 0,25 ; p = 0,04) ont été observées.

A six mois post-partum, des corrélations significativement positives ont été relevées entre le score du TSPT et l'anxiété par rapport à l'enfant (r = 0,38 ; p = 0,002), et entre le score du TPST et le rejet de l'enfant (r = 0,37 ; p = 0,003).

Des corrélations significatives entre les variables à deux mois post-partum et à six mois post-partum ont été observées également. (Voir tableau 2).

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel et les stratégies de coping à deux et six mois post-partum

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. PTSDT2	,26**	,32**	,21**	-,304**	-.073	-,181*	,203*	,737**	,322**	,263*	,286*	-.037	-.013	-.070
2. BondingGT2		,90**	,78**	-,227**	-.015	-,208*	,398**	.240	,685**	,501**	,579**	-.020	-,273*	.057
3. B-lienT2			,54**	-,215**	-.048	-,183*	,331**	.116	,613**	,514**	,432**	-.057	-.253	.069
4. B-AnxiétéT2				-,221**	.047	-,261**	,322**	,292*	,593**	,390**	,666**	.083	-.199	.000
5. Soutien équipe2					.033	.122	-,234**	-,320**	-.078	.003	-.100	.170	.155	.099
6. InstrumentalT2						,323**	-,204*	.017	.129	.078	-.012	,300*	.016	-.035
7. PlanificationT2							-,335**	.002	-.223	-.149	-,325*	.122	,525**	-.152
8. C-DesengagementT2								.232	,360**	,269*	.188	.112	-,274*	,473**
9. PTSDT3									,455**	,382**	,382**	.077	.051	.089
10. BondingGT3										,917**	,712**	.224	-.196	.130
11. B-lienT3											,478**	.200	-.140	.081
12. B-AxiétéT3												.085	-.213	-.030
13. C-InstrumentalT3													,366**	.148
14. C-PlanificationT3														-.108
15. C-DesengagementT3														

bondingG= bonding général ; B-lien= Altération du lien ; B-Anxiété= Anxiété par rapport à l'enfant ; Instrumental= Soutien instrumental .

3.2. Modèle A : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur l'altération du lien mère-enfant

Le modèle postnatal de l'impact du TSPT sur l'altération du lien à deux et à six mois post-partum a montré des indices d'ajustement raisonnables à bons (χ^2 = 39, 292 ; *df* = 33 ; χ^2/df = 1, 19) b (TLI = 0,94 ; CFI = 0,95 ; RMSEA = 0,05 ; SRMR = 0,9) (voir figure 1).

A deux mois post-partum, le mode d'accouchement (β = 0,30 ; p = 0,006) et une perception négative du soutien de l'équipe soignante (β = -0,24 ; p = 0,02) étaient des facteurs prédictifs de développement du TSPT. La primiparité (β = -0,20 ; p = 0,04), le TSPT (β = 0,24 ; p = 0,02) et le recours au désengagement comportemental (β = 0,21 ; p = 0,03) constituaient des facteurs prédictifs de l'altération du lien entre la mère et son enfant, à deux mois post-partum.

De façon conforme à nos prédictions (ou hypothèses), ce premier modèle A a indiqué que le TSPT à deux mois post-partum était prédictif d'un TSPT à six mois post-partum (β = 0,79 ; p < 0,001) et que l'altération du lien entre la mère et son enfant à deux mois post-partum était prédictive d'une altération du lien mère-enfant à six mois post-partum (β = 0,60 ; p < 0,001). Quant au score de TSPT six mois après l'accouchement, les résultats ont montré qu'il était prédictif de l'altération du lien mère-enfant à six mois post-partum (β = 0,28 ; p = 0,0009).

Le modèle a aussi révélé que les femmes utilisant le soutien instrumental comme stratégie de coping à deux mois post-partum avaient tendance à l'utiliser également à six mois après leur accouchement (β = 0,29 ; p = 0,009). De plus, la recherche de soutien instrumental à six mois post-partum était prédictive d'une altération du lien à six mois post-partum (β = 0,23 ; p = 0,004).

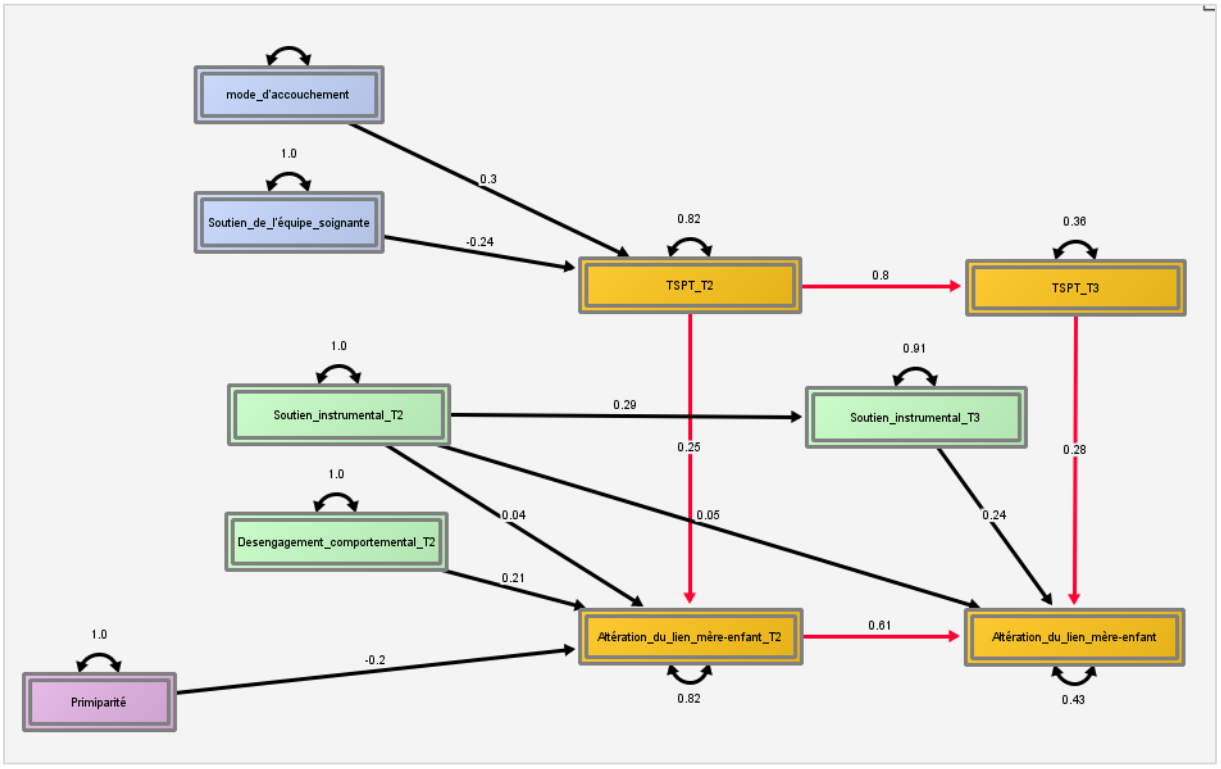


Figure 1 : Modèle A de l'impact du TSPT sur l'altération du lien mère-enfant et les facteurs de risques associés à 2 et 6 mois post-partum chez les femmes françaises

3.3. Modèle B : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur l'anxiété par rapport à l'enfant

En ce qui concerne le modèle postnatal de l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant, modèle B à deux mois et à six mois post-partum, les résultats ont montré des indices d'ajustement raisonnable (χ^2 = 32, 406 ; *df* = 25 ; χ^2/df = 1,29) à bon (TLI = 0,93 ; CFI = 0,95, RMSEA = 0,06 ; SRMR = 0,08). Le tableau 3 et la figure 2 présentent un aperçu des résultats du modèle.

Le mode d'accouchement (β = 0,30 ; p = 0,007) et une perception négative du soutien de l'équipe soignante (β = -0,24 ; p = 0,02) étaient des facteurs prédictifs d'un niveau élevé d'anxiété. La primiparité (β = -0,24 ; p = 0,01), le TSPT (β = 0,35 ; p = 0,001) et une moindre planification (β = -0,29 ; p = 0,004) étaient également des facteurs prédictifs d'un niveau élevé d'anxiété par rapport à l'enfant à deux mois post-partum.

Ce modèle a indiqué que le TSPT à deux mois post-partum était prédictif d'un TSPT à six mois post-partum (β = 0,79 ; p < 0,001). Le même constat a été observé dans le cas de l'anxiété par rapport à l'enfant à deux mois post-partum, qui elle-même était prédictive d'une anxiété par rapport à l'enfant à six post-partum (β = 0,59 ; p < 0,001). De plus les femmes qui utilisaient la planification comme stratégie de coping à deux mois post-partum avaient tendance à utiliser la même stratégie à six mois post-partum (β = 0,53 ; p = 0, 001).

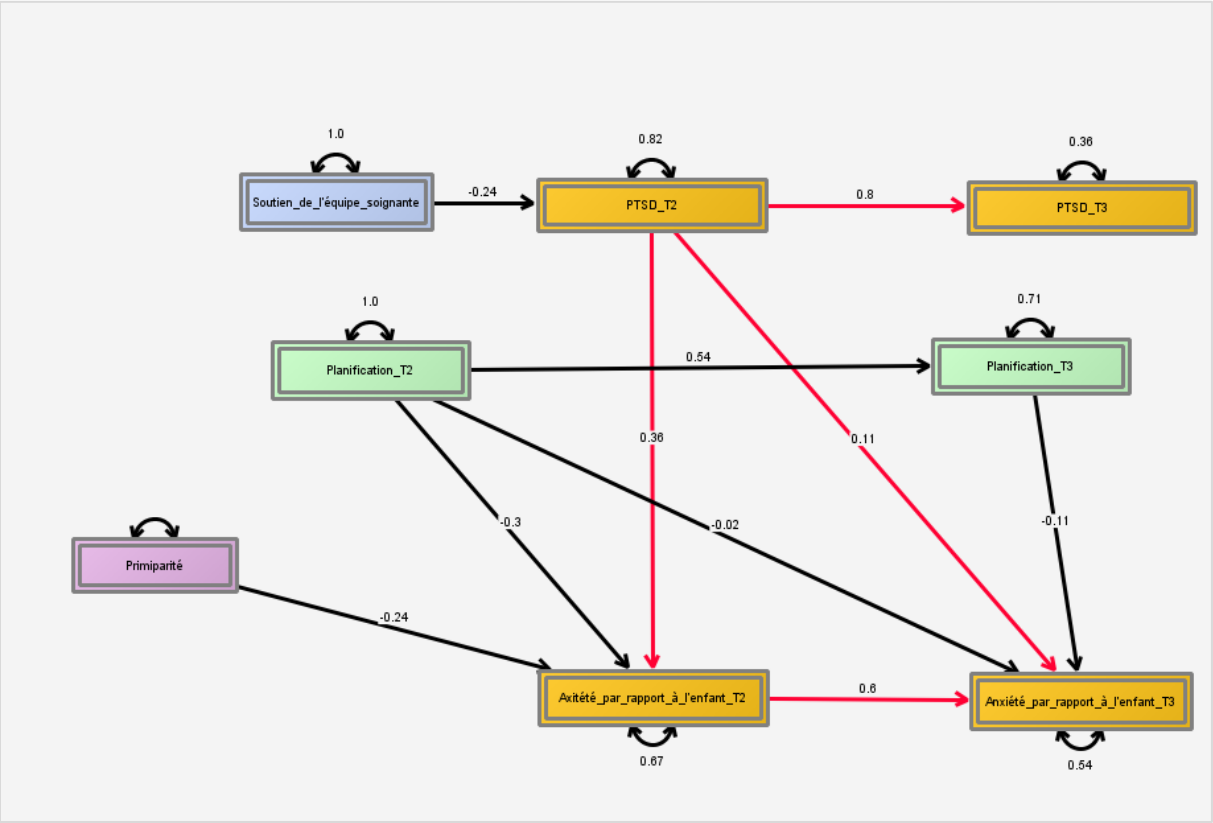


Figure 2 : Modèle B de l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant et les facteurs de risques associés à 2 et 6 mois post-partum chez les femmes françaises

4. Discussion

A partir d'un modèle explicatif du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement, cette recherche a étudié les facteurs de risque associés au développement de ce trouble ainsi qu'à l'altération du bonding maternel.

Dans cette étude, le taux de prévalence du TSPT à deux et à six mois post-partum était de 3,1%. Ces deux taux correspondent aux prévalences estimées dans la littérature internationale (Dikmen-Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017; Grekin & O'Hara, 2014). Toutefois, il est généralement observé que la prévalence de TSPT tend à diminuer à six mois post-partum, ce qui n'était pas le cas pour l'échantillon de cette étude. Ce résultat pourrait s'expliquer par la sélection d'un échantillon limité à 65 femmes. En effet, au départ et à la deuxième phase de l'étude, 153 femmes ont accepté de participer mais seulement 65 d'entre-elles ont répondu au questionnaire six mois après leur accouchement. Ainsi, afin de pouvoir réaliser ces modélisations, les auteurs ont été contraints d'éliminer une partie importante de l'échantillon à deux mois post-partum, ce qui a diminué la prévalence du TSPT de 5,2% (voir article 3A) à 3,2%.

- ***Facteurs de risque associés au développement du Trouble de Stress Post-Traumatique***

Cette étude a mis en exergue deux facteurs prédictifs au développement d'un TSPT en lien avec l'accouchement : le mode d'accouchement et la perception négative du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante durant l'accouchement.

Le rôle du mode d'accouchement dans le développement de la symptomatologie traumatique et du TSPT a été souligné par plusieurs auteurs (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; Hornstein et al., 2006; Susan, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009). Dans la présente étude, la majorité des femmes, soit 78,2%, ont accouché par voie basse, et pour un grand nombre d'entre elles, l'utilisation d'instruments tels que la ventouse et les forceps a été nécessaire. Ces modes d'accouchement semblent être à risque dans le développement d'un TSPT postnatal. Ce constat concorde avec les résultats d'autres études qui ont souligné le lien entre l'accouchement vaginal avec l'utilisation d'instruments et l'expression du TSPT dans la période postnatale (Alcorn et al., 2010; Moghadam, Shamsi, & Moro, 2015).

Quant à une moindre perception de soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, cette étude a confirmé les résultats des études précédentes concernant le lien entre ce facteur et le développement du TSPT postnatal (De Schepper et al., 2016; Ford & Ayers, 2011). En effet, l'équipe soignante joue un rôle important auprès des femmes pendant leur accouchement. Ce rôle se base, certes sur les soins médicaux donnés aux femmes, mais au-delà du domaine des soins, les femmes ont besoin d'être informées, écoutées, soutenues et de voir leurs demandes et leur choix respectés pendant l'accouchement. Dans le cas inverse, les femmes se sentent mal soutenues et cela risque d'augmenter leur perception négative vis-à-vis de l'accouchement et le renforcement du vécu traumatique de celui-ci.

- ***Impact du TSPT sur le bonding maternel à deux et à six mois post-partum***

Les résultats de la présente recherche ont indiqué que, deux mois après l'accouchement, le TSPT avait un impact négatif sur le développement du lien mère-enfant, et même à six mois du post-partum, l'impact du TSPT sur l'altération du lien mère-enfant reste significatif. Le même constat a été relevé en ce qui concerne l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant. Ces résultats concordent avec les travaux réalisés concernant l'impact du stress post-traumatique durant la période postnatale sur le bonding maternel. En effet, il a été démontré que les femmes qui souffrent de TSPT après leur accouchement ont des difficultés à créer un lien d'attachement avec leur bébé (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995), certaines éprouvant même des difficultés à allaiter leur enfant. Ces difficultés seraient le résultat de l'altération de la fonction affective et de la capacité à créer des liens avec autrui chez les personnes qui souffrent d'un TSPT. Un autre aspect de l'impact du TSPT sur le bonding maternel apparaîtrait à travers son influence négative sur l'anxiété par rapport l'enfant. En effet, des liens entre le TSPT postnatal et des comportements anxieux ont été démontré dans cette étude. Effectivement, ces comportements s'expliquent à travers les déclarations des femmes qui disent se sentir anxieuses à cause de leur bébé, avoir peur de leur bébé, ne pas se sentir à l'aise pendant qu'elles s'occupent de l'enfant et jugeant difficile le fait de pouvoir réconforter l'enfant. Ces résultats s'accordent avec une autre étude qualitative menée par Ayers et ses collaborateurs (2006) auprès de six femmes qui présentaient une symptomatologie traumatique suite à leur accouchement, et qui ont déclaré avoir un comportement évitant et trop anxieux envers leur bébé.

- ***Etude de l'impact des stratégies de coping sur l'altération du bonding maternel :***

Les analyses réalisées au cours de cette recherche ont relevé de fortes relations entre certaines stratégies de faire-face et l'altération du bonding à deux et à six mois post-partum. Selon les résultats de la présente étude, deux stratégies de coping sont susceptibles d'influencer négativement le lien entre la mère et son enfant, à savoir le désengagement comportemental et la recherche de soutien instrumental, ceci alors qu'une autre stratégie (la moindre planification) est susceptible d'augmenter l'anxiété par rapport à l'enfant.

En ce qui concerne le désengagement comportemental, le soutien instrumental et leur impact sur l'altération du lien entre la mère et son enfant, il apparaît que le désengagement comportemental prendrait la forme d'une stratégie peu fonctionnelle se basant sur une réduction des efforts face à une situation à résoudre, ici les soins à donner à l'enfant. En effet, le TSPT aurait un impact sur le choix des stratégies de coping, ainsi les femmes qui souffrent de ce trouble auraient donc tendance à abandonner toute tentative de faire face et préfèreraient se détourner des activités en lien avec leur enfant. Van der Kolk, (1996) explique que le bébé peut être un objet de rappel de l'évènement traumatique, en l'occurrence l'accouchement, ce qui peut provoquer la reviviscence d'affects négatifs chez les mères. Par conséquent, le contact continu avec l'enfant renforce la remémoration de l'expérience traumatique chez les mères qui souffrent de TSPT. Afin d'éviter tout rappel de l'évènement traumatique, les mères préféreraient s'éloigner physiquement de l'enfant et auraient donc tendance à se désengager de la relation avec lui (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008).

Associé au TSPT postnatal et au désengagement comportemental, le soutien instrumental pourrait être prédictif d'une altération du lien entre la mère et son enfant. En effet, avec le désengagement comportemental et l'évitement de contact physique avec l'enfant, les femmes chercheraient, par exemple à obtenir de l'aide afin de faire garder leur enfant par d'autres personnes, ce qui leur donnerait l'occasion de se détendre et de s'éloigner des sources d'évocation de l'évènement traumatique.

Concernant la stratégie de planification, cette étude a montré qu'une moindre planification serait prédictive de l'augmentation de l'anxiété de la mère par rapport aux soins à donner à son enfant. En effet, dans le cas d'un TSPT post-partum, les femmes auraient des difficultés à mettre en place un plan, à organiser les étapes qui leur permettraient de mieux gérer la situation avec

le bébé. Cette difficulté de planification et d'anticipation induirait une anxiété par rapport à l'enfant chez les mères qui souffrent de stress post-traumatique suite à l'accouchement.

De manière générale, les émotions et les affects négatifs ont un impact considérable sur les processus cognitifs liés au raisonnement et à l'action chez l'être humain (Matheson et al., 2005). Cet impact limiterait ainsi le recours à des stratégies de coping efficaces, tandis que, d'après des perspectives centrées sur le bien être psychologique, les émotions positives élargiraient l'éventail des styles cognitifs susceptibles de faciliter une adaptation efficace (Folkman & Moskowitz, 2000). Cela illustre donc l'importance de la prévention et de l'information sur les troubles psychopathologiques du post-partum à destination des femmes pendant la période périnatale, et notamment en éclairant ces dernières sur l'implication des affects négatifs dans le choix des stratégies d'ajustement au stress et de leur impact délétère sur le développement du bonding maternel.

Références :

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fifth Edition*.

Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R., & Joergensen, J. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA*, *91*(11), 1261–1272.

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.

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. https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525

Bentler, P. M., & Hu, L. T. (1995). Evaluating model fit. *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*, 76–99.

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 233–242.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *29*(6), 537–554. https://doi.org/10.1002/imhj.20197

De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, *32*, 87–92. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.08.010

Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Screening for birth-related PTSD: psychometric properties of the Turkish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale in postpartum women in Turkey. *European Journal Of Psychotraumatology*, *8*(1), 1306414–1306414. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1306414

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, *55*(6), 647.

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, *26*(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Gana, K., & Broc, G. (2018). *Introduction à la modélisation par équations structurales: Manuel pratique avec lavaan*. ISTE Editions.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Guedeney, N., Lamas, C., Bekhechi, V., Mintz, A. S., & Guédeney, A. (2008). Attachment process between an infant and his/her mother: the first year. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de La Societe Francaise de Pediatrie*, *15*, S12–9.

Haagen, J. F. G., Moerbeek, M., Olde, E., van der Hart, O., & Kleber, R. J. (2015). PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 135–143. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.049

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Hohm, E., Rave, E., Wortmann-Fleischer, S., & Schwarz, M. (2006). Maternal bond and mother–child interaction in severe postpartum psychiatric disorders: Is there a link? *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 279–284. https://doi.org/10.1007/s00737-006-0148-6

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *13*(4), 206–217.

Kinderman, P., & Tai, S. (2007). Empirically grounded clinical interventions clinical implications of a psychological model of mental disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*(1), 1–14.

Leckman, J. F., Carter, C. S., Hennessy, M. B., Hrdy, S. B., Keverne, E. B., Klann-Delius, G., … von Holst, D. (2005). 15. Group report: Biobehavioral processes in attachment and bonding. In *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 301–348).

Matheson, K., Kelly, O., Cole, B., Tannenbaum, B., Dodd, C., & Anisman, H. (2005). Parental bonding and depressive affect: The mediating role of coping resources. *British Journal of Social Psychology*, *44*(3), 371–395.

Moghadam, M. F., Shamsi, A., & Moro, F. H. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *17*(1), 15–19. https://doi.org/10.12740/APP/37943

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. = Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among a french population. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, *29*(6), 507–518.

Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques: une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Cognitive et Comportementale*, *17*(4), 23.

Robin Beaumont - Health Science Statistics using R and R Commander. (n.d.). Retrieved January 31, 2019, from http://www.floppybunny.org/robin/web/rbook/sem/index.html

SEM: Fit (David A. Kenny). (n.d.). Retrieved January 31, 2019, from http://www.davidakenny.net/cm/fit.htm?fbclid=IwAR0UnwFt_hd8PDD-QYTRw5XbstqpGulXhKM7WNR5fCr7jr3Yy2s9wsRoabw

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *30*(1), 36–46. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *32*(2), 88–97. https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.569801

Susan, A., 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), 200–204.

van der Kolk, B. A. (1996). The Complexity of Adaptation to Trauma: Self-Regulation. *Stimulus Discrimination, and Characterological Development." van Der Kolk, McFarlane and Weisaeth*, 182–213.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(4), 257–263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

von Oertzen, T., Brandmaier, A. M., & Tsang, S. (2015). Structural equation modeling with $Ømega$nyx. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *22*(1), 148–161.

Williams, G. C., Lynch, M., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology*, *26*(6), 728.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 39–45.

Chapitre 8 : Modélisation sur l'impact du TSPT sur le bonding maternel et les facteurs de risque associés auprès des femmes tunisiennes (Etude longitudinale T1, T2 et T3)

Article 9 : Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : model de facteurs de risques chez les femmes tunisiennes

L'article est en cours de finition.

Trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement et bonding maternel : model de facteurs de risques chez les femmes tunisiennes

Nawel HANNACHI* & Elisabeth SPITZ

Auteurs :

Nawel Hannachi [a]*

Psychologue, Doctorante

Elisabeth Spitz [a]

Professeur des universités

a. Université de Lorraine, EA 4360 APEMAC–EPSaM, Metz, France

Financements :

Ecole doctorale « STANISLAS »

Conflit d'intérêt :

Aucun

Résumé

Introduction : Au cours de la période postnatale, les mères sont vulnérables à l'expression de troubles psychopathologiques liés à cette période. L'un des processus centraux de la période périnatale est le développement du lien entre la mère et son enfant. Cependant, ce lien peut être perturbé chez les mères qui souffrent de pathologies postnatales telles que le Trouble de Stress Post-Traumatique. Des processus psychologiques dysfonctionnels chez la mère peuvent également influencer le développement du bonding maternel.

Méthode : Cette étude longitudinale a été réalisée auprès de 125 femmes tunisiennes sur trois temps. Les femmes ont été rencontrées une première fois durant leur troisième trimestre de grossesse (T1), puis à deux mois post-partum (T2) et à six mois post-partum (T3). Elles ont répondu à un livret de questionnaires évaluant le TSPT en lien avec l'accouchement, le bonding maternel, la perception des soins donnés par l'équipe soignante et les stratégies de coping. Le modèle a été testé avec une analyse de modélisation structurale.

Résultats : Le mode d'accouchement et une perception négative des soins donnés par l'équipe soignante étaient prédictifs d'un TSPT deux mois après l'accouchement. Une moindre acceptation de la situation et l'expression des sentiments étaient aussi prédictives du développement du TSPT à deux et six mois après l'accouchement. Le TSPT développé dans la période postnatale était prédictif d'une anxiété par rapport à l'enfant à deux mois et à six mois post-partum. Des stratégies de coping telles qu'un moindre recours à la religion et une moindre utilisation de l'humour ont été associées à une anxiété de la mère par rapport à l'enfant. Ce premier modèle a montré un bon ajustement (χ^2 = 57, 84 ; χ^2/df = 1, 31 ; TLI = 0,90 ; CFI = 0,91 ; RMSEA = 0,05 ; SRMR = 0,08).

Pour le deuxième modèle, il a été démontré que le TSPT évalué à deux mois post-partum était prédictif d'un rejet de l'enfant à deux mois et à six mois post-partum. Le recours au déni et à une moindre distraction étaient associés au rejet de l'enfant. Ce deuxième modèle a aussi montré un bon ajustement (χ^2 = 50, 11 ; χ^2/df = 1,19 ; TLI = 0,92 ; CFI = 0,93 ; RMSEA = 0,03 ; SRMR = 0,07).

Discussion : Le TSPT à la suite de l'accouchement comporte des conséquences délétères sur le bonding maternel. Le diagnostic précoce de ce trouble et sa prise en charge sont recommandés.

Abstract

Introduction: During the postnatal period, mothers are vulnerable to the expression of psychopathological disorders related to this period. One of the central processes of the perinatal period is the development of the maternal bonding. However, this link can be disrturbed in mothers who have postnatal psychological problems such as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Dysfunctional psychological processes in the mother may also influence the development of maternal bonding.

Method: This longitudinal study was conducted among 125 Tunisian women over three periods. Women were first encountered during their third trimester of pregnancy (T1), then at two months postpartum (T2) and at six months postpartum (T3). They responded to a booklet of questionnaires assessing PTSD related to childbirth, maternal bonding, perception of care by the health team care, and coping strategies. The model has been tested with structural modeling analysis.

Results: The mode of delivery and a negative perception of care provided by the health team care predicted PTSD two months after delivery. Less acceptance of the situation and the expression of feelings were also predictive of the development of PTSD at two and six months postpartum. PTSD developed in the postnatal period was predictive of infant-focused anxiety at two months and six months postpartum. Coping strategies such as less reliance on religion and less use of humor have been associated with mother's anxiety about the child. This first model showed a good fit (χ^2 = 57, 84, χ^2/df = 1, 31, TLI = 0.90, CFI = 0.91, RMSEA = 0.05, SRMR = 0.08).

For the second model, PTSD assessed at 2 months postpartum was shown to be predictive of threatened rejection at 2 months and 6 months postpartum. The use of denial and less distraction was associated with threatened rejection. This second model also showed a good fit (χ^2 = 50, 11, χ^2/df = 1.19; TLI = 0.92; CFI = 0.93; RMSEA = 0.03; SRMR = 0.07).

Discussion: Postpartum PTSD has deleterious consequences on maternal bonding. The early diagnosis of this disorder and its management are recommended.

1. Introduction

La majorité des sociétés à travers le monde, qu'elles soient occidentales ou appartenant aux pays de l'Orient, donne à l'accouchement un caractère spécial et le place dans la catégorie des évènements qui devraient être une source de bonheur et de plénitude dans la vie d'une femme. Cependant l'accouchement est aussi associé à un risque de mortalité maternelle importante dans les pays en développement. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 830 femmes meurent chaque jour dans le monde à la suite de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, et la plupart de ces décès se produisent dans les pays en développement (World Health Organization, 2014).

La littérature internationale suggère qu'entre 19% et 45% des femmes perçoivent la mise au monde d'un enfant comme une menace d'atteinte physique et vitale pour elles-mêmes et pour leur bébé (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy, & Devilly, 2010; Susan Ayers, Harris, Sawyer, Parfitt, & Ford, 2009). Dans une méta-analyse réalisée par Grekin & O'Hara. (2014) et une revue de littérature récente menée par Yildiz, Ayers, & Phillips (2016), les auteurs ont montré que le taux de prévalence moyen d'un TSPT en lien avec l'accouchement pour une population de femmes ayant eu une grossesse et un accouchement sans complications particulières, se situe entre 3,17% et 4%, durant les trois premiers mois du post-partum alors qu'il est compris entre 15% et 18% pour les femmes qui présentent un risque périnatal élevé tel qu'un accouchement prématuré ou des problèmes pendant la grossesse et l'accouchement.

Plusieurs facteurs de risques liés au développement d'un TSPT dans la période postnatale ont été soulignés dans la littérature. Parmi ces facteurs on peut citer : la primiparité (Montmasson, Bertrand, Perrotin, & El-Hage, 2012), le mode d'accouchement (Alcorn et al., 2010; Susan Ayers et al., 2009), le manque de soutien de la part de l'équipe soignante (Ford & Ayers, 2011), la peur de l'accouchement (Çapik & Durmaz, 2018) et la perte de contrôle pendant l'accouchement (Adewuya, Ologun, & Ibigbami, 2006).

Les études réalisées sur les liens entre les stratégies de coping et le développement d'un TSPT ont montré que le recours à des stratégies de coping non adaptatives est associé à l'expression du TSPT à la suite de l'accouchement (S. Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016). Dans une étude récente réalisée auprès de cent soixante femmes, les auteurs ont précisé que le recours à des stratégies de coping centrées sur l'évitement telles que le déni, l'auto-blâme et le

désengagement comportemental sont associées au développement d'un TSPT dans la période postnatale (Nakić Radoš, Sawyer, Ayers, & Burn, 2018).

De plus, les troubles psychopathologiques liés à la période périnatale représentent une menace sérieuse pour le développement du bonding maternel. D'ailleurs, on trouve dans la littérature plusieurs études qui ont souligné l'effet de certains troubles, comme la dépression du post-partum et le trouble de stress post-traumatique, sur les difficultés que présentent ces mères à établir un lien avec leur bébé (Dekel, Thiel, Dishy, & Ashenfarb, 2018; Ionio & Di Blasio, 2014; Parfitt & Ayers, 2009).

Chaque année, environ 21 760 naissances sont recensées en Tunisie. Le taux de mortalité maternelle est de 62 femmes pour 100 000 ("Taux de mortalité maternelle - Comparaison de Pays," n.d.). Ce taux reste inférieur par rapport aux autres pays du Maghreb (par exemple en Algérie, on compte 140 femmes pour 100 000) mais élevé par rapport aux pays occidentaux comme la France (8 femmes pour 100 000). Les recherches sur le TSPT en tant que trouble lié à l'accouchement restent rares, voire inexistantes en Tunisie ; jusqu'à présent elles ont principalement porté sur la dépression du post-partum (Cherif et al., 2017; Masmoudi et al., 2008).

Afin de comprendre comment le TSPT influencerait le lien mère-enfant, un modèle explicatif a été développé, celui-ci se centrant sur l'impact du TSPT sur le bonding maternel chez une population de femmes tunisiennes, et sur les différents facteurs de risques associés à l'expression du TSPT et à l'altération du bonding.

2. Méthode

2.1. Population et procédure

Les participantes ont été rencontrées dans les unités de suivi gynécologique et obstétrique de l'hôpital « Mongi Slim » dans la banlieue Nord de Tunis, de même que dans des cabinets de médecins gynécologues exerçant en secteur libéral. L'étude a été menée de janvier 2015 à septembre 2017. Au total, 226 femmes ont rempli un questionnaire prénatal : 131 (36,4%) l'ont rempli deux mois après leur accouchement, et 125 (15,47%) ont complété le questionnaire à 6 mois post-partum. Afin de réaliser la modélisation, seules les données de 125 femmes ayant répondu aux trois temps ont pu être traitées. Les caractéristiques sociodémographiques ainsi que celles relatives à la grossesse et à l'accouchement sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen des femmes était de 31 ans (ET = 4,61). La majorité des femmes vivaient en couple (n = 124 ; 99,2%) et avaient programmé leur grossesse (n = 80 ; 64%). La plupart d'entre elles se trouvaient dans une situation de chômage ou bien étaient des femmes au foyer (n = 69 ; 55,2%). Dans cette étude, la majorité des femmes (n = 71 ; 56,8%) étaient multipares. La plupart d'entre elles ont accouché par césarienne programmée (n = 64, 51,2%) ou avec une césarienne d'urgence (n = 12 ; 9,6%).

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques, gynécologiques et obstétricales des femmes tunisiennes

Variables	n	%
Phase prénatale	**125**	
Age		
Minimum/Maximum	20/43	
Mean ± SD	30.90± 4,61	
Statut marital		
En couple	124	99,2%
Célibataire	1	0,8
Situation professionnelle		
Avec emploi	56	44,8%
Sans emploi	69	55,2%
Désir de grossesse		
Grossesse programmée	80	64%
Grossesse non programmée	45	36%
Parité		
Primipare	54	43,2%
Multipare	71	56,8%
Type de grossesse		
Simple	121	96,8%
Gémellaire	4	3,2%
Phase postnatale	**125**	
Type d'accouchement		
Par voie basse	45	36%
Avec instruments	4	3,2%
Césarienne programmée	64	51,2%
Césarienne d'urgence	12	9,6%

2.2. Mesures prénatales

Un questionnaire d'anamnèse périnatale a été construit afin de recueillir les données sociodémographiques, gynécologiques, obstétricales et psychologiques des femmes.

Le premier questionnaire prénatal a été complété lors de la première phase de l'étude (au troisième trimestre de grossesse). Les femmes ont alors répondu à des questions portant sur des données socio-biographiques (âge, statut marital, statut socio-professionnel), des données gynécologiques (antécédents de fausses couches ou de problèmes gynécologiques), des données psychologiques (antécédents de troubles psychopathologiques, traumatismes antérieurs, suivis psychologiques, etc.) et des données familiales (perception de la qualité du soutien conjugal et familial).

2.3. Mesures postnatales

Deux mois après l'accouchement, un second questionnaire d'anamnèse sur des données obstétricales (types d'accouchement, durée, éventuelles complications, etc.) et sur le vécu de l'accouchement a été administré aux femmes.

Pour la deuxième phase (deux mois post-partum) et troisième phase (six mois post-partum) de l'étude, les femmes ont répondu à un questionnaire qui portait sur l'évaluation de plusieurs variables :

- La symptomatologie traumatique, évaluée avec une échelle spécifique du trouble de stress post-traumatique en lien avec l'accouchement, la "Child Birth Traumatic Event Scale", validée sur la population tunisienne (Hannachi & Spitz, 2017). La CBTES a été développée conformément aux critères diagnostiques du DSM 5. Elle est composée de 25 items qui correspondent aux cinq critères diagnostiques du DSM 5 (A, B = Intrusion, C = Evitement, D = Altérations négatives des cognitions et de l'humeur et E = Altération de l'éveil et de la réactivité). Le critère A est composé de quatre items cotés de 1 à 4, allant de « Pas du tout d'accord » à « Tout à fait d'accord ». Il permet de sélectionner les femmes qui ont vécu leur accouchement comme une expérience traumatique. Les

critères diagnostiques B, C, D et E sont mesurés à l'aide de 21 items cotés de 1 à 4, allant de « jamais » à « la plupart du temps ». Pour qu'une femme soit diagnostiquée comme ayant un trouble de stress post-traumatique après son accouchement, elle doit présenter, avec le critère A, au moins un symptôme sur cinq du critère B, un symptôme sur deux du critère C, trois symptômes sur huit du critère D et deux symptômes sur six du critère E.

- La perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, durant l'accouchement, évaluée avec la version courte du modified Health Care Climate questionnaire (mHCCQ). Il s'agit d'une échelle développée par Williams et al., en 2005 (Williams, Lynch, & Glasgow, 2007; Williams, McGregor, King, Nelson, & Glasgow, 2005) et composée de six items, cotés de 1 (pas du tout vrai) à 7 (très vrai).

- L'évaluation des stratégies de coping réalisée à l'aide de la Brief COPE (Carver et al., 1997 (Carver, 1997) ; version tunisienne de Hannachi, Muller, & Spitz., (2015). Cette échelle est constituée de 32 items qui forment seize sous-échelles distinctes. Ces sous-échelles permettent d'évaluer différentes stratégies d'adaptation au stress : coping actif, distraction, planification, soutien social instrumental, soutien social émotionnel, expression des sentiments, déni, blâme, acceptation, réinterprétation positive, utilisation de substances, humour, religion, désengagement comportemental, rumination et dramatisation. Les items sont cotés de 1 (= "pas du tout d'accord") à 4 (= "tout à fait d'accord").

- L'évaluation des sentiments et des attitudes maternelles envers l'enfant, réalisée à l'aide du Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Cet outil d'auto-évaluation a été développé par (Brockington, Fraser, & Wilson., (2006) dans le but de repérer les désordres du lien mère-enfant durant la période du post-partum. Le PBQ est composé de 25 items répartis sur quatre sous-dimensions : ***Altération du lien entre la mère et son enfant*** (douze items) ; ***Anxiété par rapport à l'enfant*** (quatre items) ; ***Rejet de l'enfant*** (sept items) et ***Risque de maltraitance*** (deux items). Les items sont cotés de 0 (= "toujours") à 5 (= "jamais") pour les réponses positives telles que ***"je me sens proche de mon bébé"*** et de 0 (= "jamais") à 5 (= "toujours") pour les réponses négatives telles

que ***"je regrette d'avoir eu mon bébé"***. Un score élevé indique une altération du bonding.

2.4. Analyses statistiques

Le logiciel statistique SPSS 21 a été utilisé pour calculer le taux de prévalence du TSPT à deux et à six mois post-partum, ainsi que pour calculer des corrélations entre les différentes variables mesurées. Le logiciel Onyx (von Oertzen, Brandmaier, & Tsang, 2015) a été employé dans le but d'estimer des modèles d'équations structurelles. Pour cette étude, parmi les objectifs fixés au préalable, nous souhaitions fournir des modèles explicatifs par rapport à l'impact du TSPT sur des sous-dimensions précises du bonding. C'est pourquoi, deux modèles ont été estimés : un premier modèle présentant l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant et un deuxième modèle exposant l'impact du TSPT sur le rejet de l'enfant.

L'application de la transformation Z a été réalisée sur toutes les variables. En effet, dans le but d'une meilleure comparaison de ces dernières, la conversion des valeurs relatives à chaque variable en Z-score permet de standardiser les données. Suite à cette transformation Z, la moyenne de l'échantillon est égale à zéro ("Robin Beaumont - Health Science Statistics using R and R Commander," n.d.).

Aucune covariance entre les variables n'a été pré-spécifiée dans les modèles. La méthode d'estimation du maximum de vraisemblance (ML) a été utilisée pour tester les modèles.

Plusieurs indices de qualité d'ajustement ont été employés pour examiner l'ajustement du modèle (Bentler & Hu, 1995; Hu & Bentler, 1999). Parmi ces indices, se trouvent :

- Le χ^2/df qui doit être inférieur ou égal à 2.
- Le "Root Mean Square Error Of Approximation" (RMSEA) qui fait partie des indices parcimonieux ; il permet d'évaluer dans quelle mesure un modèle peut reproduire les données de l'échantillon (Gana & Broc, 2018) ; une valeur inférieure ou égale à 0,08 témoigne d'un ajustement raisonnable du modèle et une valeur inférieure ou égale à 0,06 est indicative d'une bonne adéquation du modèle.
- Le " Confirmatory Fit Index" (CFI) et le " Tucker Lewis Index" (TLI) faisant partie des indices d'ajustement incrémental ont aussi été utilisés. Ces deux indices évaluent l'amélioration proportionnelle de l'ajustement d'un modèle cible par rapport à un

modèle plus restreint. Ces deux indices ne sont pas influencés par la taille de l'échantillon ; une valeur supérieure ou égale à 0,90 indique que le modèle est acceptable et une valeur supérieure ou égale à 0,94 pour le TLI, et supérieure ou égale à 0,95 pour le CFI témoigne d'un très bon ajustement du modèle.

- Le " Standardized Root Mean Square Residual" (SRMR), considéré comme un indice d'ajustement absolu ; cet indice se base sur la comparaison entre la matrice de variance-covariance reproduite à partir d'un modèle théorique ; une valeur inférieure ou égale à 0,08 indique un bon ajustement du modèle aux données.

3. Résultats

Une très large majorité des femmes qui ont participé à cette étude a déclaré avoir eu peur d'être blessée ou de mourir pendant l'accouchement (n = 119 ; 95,2%). En plus de la menace d'atteinte physique sur soi ou sur le bébé, ces femmes ont témoigné s'être senties angoissées, impuissantes ou horrifiées durant leur accouchement.

Les analyses des tableaux croisés ont montré que, deux mois après l'accouchement, 16% des femmes (soit 20 sur 125) présentaient un TSPT total (présence conjointe des cinq critères A, B, C, D et E) et 36% d'entre elles (soit 45 sur 125) présentaient un TSPT partiel (critère A plus trois critères sur quatre parmi B, C, D et E). La moyenne du score du TSPT était de M = 2,84 (ET = 1,24). Six mois après l'accouchement, les résultats ont révélé que 16% des femmes (soit 20 sur 125) présentaient un TSPT total et 30,4% d'entre elles (soit 38 sur 125) présentaient un TSPT partiel. La moyenne du score du TSPT à six mois post-partum était de M = 3,08 (ET = 1,17).

3.1. Analyse des corrélations entre les variables de l'étude

Dans le tableau 2, sont présentées les corrélations mesurées à deux mois post-partum (T2) et à six mois post-partum (T3) entre le score du TSPT, le bonding maternel, les stratégies de coping, ainsi que la perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante.

A deux mois post-partum, les résultats ont indiqué des corrélations significativement positives entre le score du TSPT et l'anxiété par rapport à l'enfant ($r = 0,51$; $p < 0,0001$) et le rejet de l'enfant ($r = 0,28$; $p = 0,001$). En revanche, la corrélation entre le score du TSPT et la perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante était significativement négative ($r = -0,43$; $p < 0,0001$).

A six mois post-partum, des corrélations significativement positives entre le score du TSPT et l'anxiété par rapport à l'enfant ($r = 0,41$; $p < 0,0001$), et entre le score du TPST et le rejet de l'enfant ($r = 0,31$; $p < 0,0001$) ont été relevées.

Certaines stratégies de coping à deux et à six mois post-partum sont également corrélées au score du TPST, à l'anxiété par rapport à l'enfant et au rejet de l'enfant (voir tableau 2).

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum chez les femmes tunisiennes.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	26	27
PTSDT2	,317**	.104	,518**	,283**	.151	.119	,198*	-.106	-,193*	.167	-,319**	,308**	,219*	,192*	,248**	.093	.155	-.018	,276**	-.011	-.119	.059	.039	-,432**	,319**
BondingGT2		,876**	,592**	,823**	,612**	.026	,241**	-.086	-.093	.091	.015	,240**	,471**	,446**	,319**	,327**	,236**	-.164	,215*	.033	-.095	.057	-.032	-,331**	,184*
B-lienT2			,251**	,577**	,495**	.022	,190*	.000	-.059	.035	.095	,189*	,385**	,391**	,226*	,277**	.111	-.080	,184*	.046	-.037	.101	-.026	-,189*	.086
B-AnxiétéT2				,428**	,228*	.003	,185*	-,264**	-.121	,211*	-,208*	.169	,303**	,278**	,242**	,181*	,211*	-.149	,249**	-.024	-.119	-.025	-.023	-,350**	,200*
B-Rejet 2					,430**	.013	,197*	-.036	-.079	.070	.024	,223*	,442**	,388**	,337**	,314**	,244**	-.167	.121	.035	-.103	.018	-.006	-,285**	,193*
B-MaltraitanceT2						.066	.147	.001	-.004	-.077	.100	.113	,222*	,191*	.118	.159	,260**	-.172	.023	.020	-.052	.020	-.072	-,259**	.128
Distraction T2							.042	-.172	-.106	,276**	,302**	-.106	-,198*	-,179*	-.106	-,177*	-.067	,180*	.074	-.157	-.157	.038	.017	,204*	-.066
DéniT2								-.033	-.025	.132	-.069	-.028	-.053	-.081	-.028	-.054	.165	,198*	,208*	-.051	.007	.131	.114	-.123	.152
Religion T2									,258**	,247**	.003	.070	-.040	.005	-.081	-.038	-.054	-.135	-.056	,311**	.055	.054	-.101	-.037	-.023
Acceptation T2										,199*	.087	.003	-.100	-.073	-.131	-.056	-.041	.107	.025	.031	,254**	.105	,194*	-.036	.060
ExpsentiT2											-.091	.133	.012	-.011	.094	-.025	.021	.044	.070	.101	.026	,264**	.007	-.032	.005
HumourT2												-.139	-.026	-.036	-.065	.026	-.005	,216*	-.060	-.065	.100	.011	.089	,180*	-.112
PTSDT3													,467**	,412**	,419**	,317**	.153	-.085	.106	.112	.008	,299**	-.146	-,262**	.070
BondingGT3														,863**	,719**	,813**	,367**	-,252**	-.025	.001	-.006	.074	-.098	-,273**	.107
B-lienT3															,452**	,518**	.173	-,195*	.046	.128	-.022	.089	-.028	-,276**	.119
B-Anxiété T3																,469**	,293**	-,246**	-.018	-.036	-.031	.122	-,197*	-.128	-.032
B-Rejet T3																	,232**	-,205*	-.130	-.111	.068	-.018	-.068	-.175	.099
B-Maltraitance T3																		-.039	.060	-.111	-.119	.021	-.030	-,247**	.142
DistractionT3																			.056	-.051	,336**	.175	,507**	.049	.110
DéniT3																				.023	-.058	,301**	.022	-,207*	,212*
ReligionT3																					.065	,227*	-.086	-.050	.050
AcceptationT3																						,262**	,375**	-.081	.022
ExpsentiT3																							.072	.036	.087
HumourT3																								-.031	.129
Soutien équipe T2																									-,217*

3.2. Modèle A : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur l'anxiété de la mère par rapport aux soins chez les femmes tunisiennes

Le modèle postnatal de l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport aux soins à deux mois et à six mois post-partum a montré des indices d'ajustement raisonnables à bons ($\chi 2 = 57,84$; $df = 44$; $\chi^2/df = 1,31$; TLI = 0,90 ; CFI = 0,91 ; RMSEA = 0,05 ; SRMR = 0,08). La figure 1 présente un aperçu des résultats du modèle.

La primiparité ($\beta = 0,28$; $p = 0,0001$), le mode d'accouchement ($\beta = 0,35$; $p < 0,001$) et une perception négative du soutien de l'équipe soignante ($\beta = -0,37$; $p < 0,001$) étaient des facteurs prédictifs au développement du TSPT à deux mois post-partum.

Le TSPT ($\beta = 0,49$; $p < 0,001$) et une moindre utilisation de la religion comme stratégie de coping ($\beta = -0,21$; $p = 0,003$) constituaient des facteurs prédictifs de l'apparition d'anxiété par rapport à l'enfant de la part de la mère, à deux mois post-partum.

Comme attendu, ce premier modèle a indiqué que le TSPT à deux mois post-partum était prédictif d'un TSPT à six mois post-partum ($\beta = 0,29$; $p = 0,001$) et que l'anxiété par rapport à l'enfant à deux mois post-partum était prédictive d'une anxiété envers l'enfant à six mois post-partum ($\beta = 0,17$; $p = 0,01$). Quant au TSPT six mois après l'accouchement, les résultats ont montré qu'il était prédictif d'une anxiété par rapport à l'enfant à six mois post-partum ($\beta = 0,36$; $p = 0, 001$).

Le modèle a également révélé qu'une moindre acceptation de la situation était prédictive d'un TSPT à deux mois post-partum ($\beta = -0,26$; $p = 0,001$), alors qu'à six mois de l'accouchement c'est l'expression des sentiments qui devient prédictive d'un TSPT ($\beta = 0,28$; $p = 0,001$).

De plus, une moindre utilisation d'une stratégie d'humour à six mois post-partum était prédictive d'une anxiété par rapport à l'enfant ($\beta = -0,13$; $p = 0,04$).

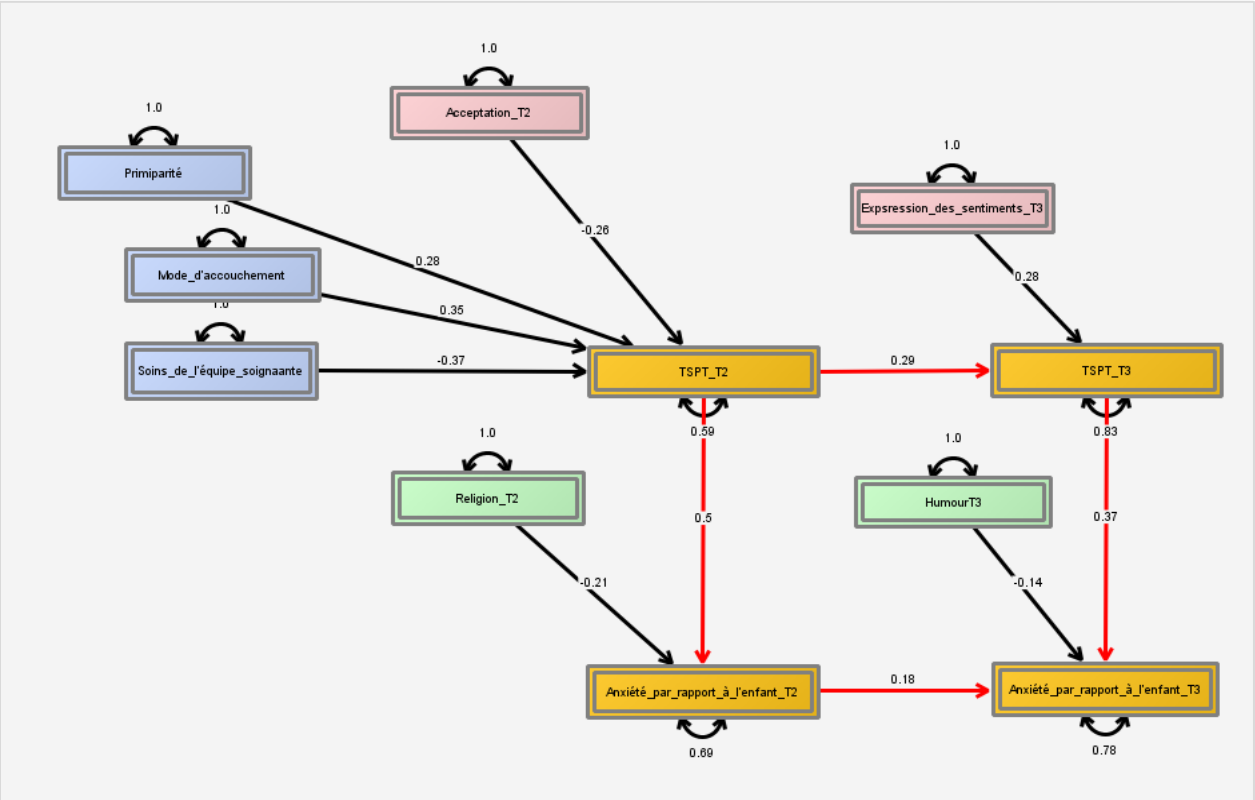


Figure 1 : Modèle A de l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant et les facteurs de risques associés à 2 et à 6 mois post-partum chez les femmes tunisiennes.

3.4. Modèle B : Impact du Trouble de Stress Post-Traumatique sur le rejet de l'enfant

En ce qui concerne le modèle postnatal de l'impact du TSPT sur l'anxiété par rapport à l'enfant, à deux mois et à six mois post-partum, les résultats ont montré des indices d'ajustement raisonnables à bons (χ^2 = 50,11 ; *df* = 42 ; χ^2/df = 1,19 ; TLI = 0,92 ; CFI = 0,93 ; RMSEA = 0,03 ; SRMR = 0,07). Le tableau 3 et la figure 2 présentent un aperçu des résultats du modèle.

Comme pour le premier modèle, la primiparité, le mode d'accouchement et une perception négative du soutien de l'équipe soignante étaient des facteurs prédictifs au développement du TSPT à deux mois post-partum.

Le TSPT (β = 0,25 ; p = 0,002) et le déni de la situation traumatique (β = 0,14 ; p = 0,04) constituaient des facteurs prédictifs du rejet de l'enfant à deux mois post-partum.

Comme attendu, ce deuxième modèle a indiqué, de la même façon que dans le modèle précédent, que le TSPT à deux mois post-partum était prédictive d'un TSPT à six mois post-partum (β = 0,29 ; p = 0,001) et que le rejet de l'enfant à deux mois post-partum était prédictive d'un rejet à six mois post-partum (β = 0,23 ; p = 0,002) ;

Quant au TSPT six mois après l'accouchement, les résultats ont montré qu'il était prédictif d'un rejet de l'enfant à six mois post-partum (β = 0,25 ; p = 0,001).

Comme pour le premier modèle A de cet article, une moindre acceptation de la situation à deux mois post-partum était prédictive d'un TSPT, alors qu'à six mois de l'accouchement c'est l'expression des sentiments qui devient prédictive d'un TSPT.

De plus, une moindre utilisation de la distraction à six mois post-partum était prédictive d'un rejet de l'enfant (β = -0,14 ; p = 0,04). Le TSPT à deux mois post-partum était prédictif d'un déni à deux mois post-partum (β = 0,19 ; p = 0,04). Le déni à deux mois était prédictif de la distraction à six mois post-partum (β = 0, 19 ; p = 0,01).

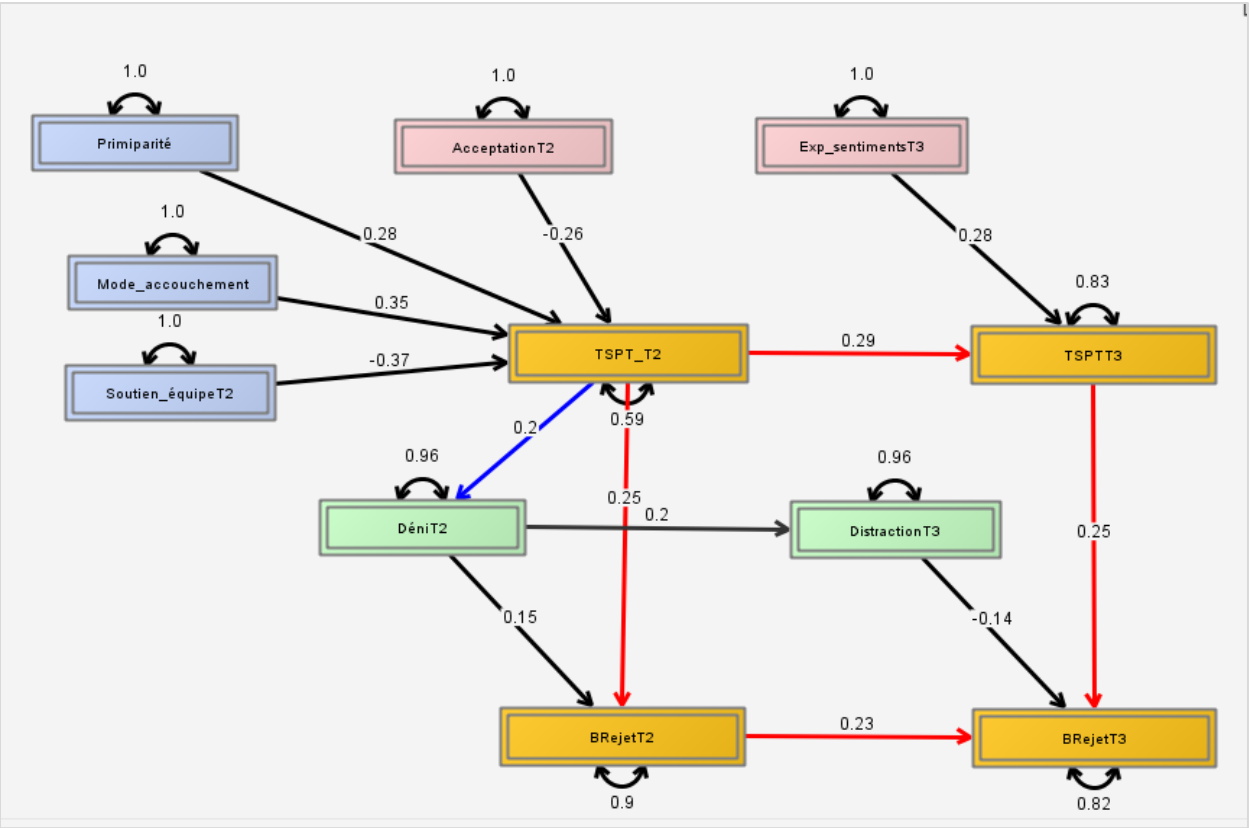


Figure 2 : Modèle B de l'impact du TSPT sur le rejet de l'enfant et les facteurs de risques associés à 2 mois et à 6 mois post-partum chez les femmes tunisiennes.

4. Discussion

Cette étude a cherché à proposer un modèle explicatif et longitudinal de l'impact du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) sur le bonding maternel et les facteurs de risque qui y sont associés. A travers cette étude, les auteurs avaient comme objectifs de déterminer la prévalence du TSPT postnatal à deux mois et à six mois après l'accouchement, ainsi que d'identifier les facteurs associés au développement du TSPT et à l'altération du bonding maternel, tout en se basant sur le modèle transdiagnostique avec approche processuelle (Kinderman, 2005; Nef, Philippot, & Verhofstadt, 2012).

Dans cette étude, le taux de prévalence du TSPT à deux mois et à six mois post-partum était de 16%. Bien que ce taux paraisse élevé par rapport aux études réalisées dans les pays occidentaux (Alcorn et al., 2010; Stramrood et al., 2011; Verreault et al., 2012), il correspond aux taux relevés dans des pays de l'Orient (Modarres, Afrasiabi, Rahnama, & Montazeri, 2012; Soltani, Abedian, Mokhber, & Esmaily, 2015).

- Facteurs de risque liés au développement d'un TSPT :

Plusieurs facteurs de risque liés à l'expression du TSPT dans la période postnatale ont été identifiés. Parmi ces facteurs, se trouve des facteurs circonstanciels comme la primiparité et le mode d'accouchement. En effet, l'impact de ces deux facteurs a été décrit par plusieurs auteurs dans des recherches précédentes (Cigoli et al., 2006; Moghadam et al., 2015; Soderquist et al., 2009) et conformément à ces dernières, les résultats de la présente étude ont montré que la primiparité et le mode d'accouchement représentent aussi des facteurs prédictifs au développement d'un TSPT à la suite d'un accouchement chez les femmes tunisiennes.

Dans le modèle transdiagnostique avec approche processuelle complété par Nef et ses collaborateurs, les auteurs ont avancé que les processus interpersonnels sont aussi impliqués dans le développement des troubles psychopathologiques. Ce résultat a été vérifié dans notre modèle. En effet, les résultats ont montré que la perception de la relation avec l'équipe soignante occupe une certaine place dans l'apparition de troubles psychopathologiques tels que le TSPT à la suite de l'accouchement. Effectivement, le rôle de l'équipe soignante ne devrait pas se limiter seulement aux actes de soins médicaux, mais bien avoir un rôle plus interactif et plus personnalisé. Autrement dit, l'équipe soignante devrait jouer un rôle informatif et soutenant

vis-à-vis des femmes en période périnatale. Les femmes ont besoin être informées sur les détails concernant le déroulement de leur grossesse et de l'accouchement. Leurs choix et leurs désirs sur la manière dont elles voudraient gérer et vivre leur accouchement devraient trouver l'écoute nécessaire auprès de l'équipe soignante. L'équipe pourrait aussi dispenser des informations et des conseils sur les troubles que les femmes risquent de développer durant la période périnatale, et elle pourrait encourager les femmes pour qu'elles ne se laissent pas envahir par des rituels culturels. Il serait essentiel que l'équipe soignante s'assure que les femmes présentant des troubles psychopathologiques pourront consulter et trouver de l'aide et du soutien de la part de professionnels qualifiés. Ainsi, même l'équipe soignante devrait pouvoir elle-même bénéficier de formations complémentaires afin de mieux connaître les troubles psychopathologiques liés à la périnatalité.

- Impact du TSPT sur l'altération du bonding :

Cette étude a montré que les femmes tunisiennes qui souffrent de TSPT postnatal risquent d'avoir des difficultés dans le développement du lien avec leur enfant. En effet, le TSPT aurait des conséquences délétères sur le bonding maternel avec un impact sur l'augmentation de l'anxiété par rapport à l'enfant et le rejet de l'enfant de la part de la mère.

En ce qui concerne l'anxiété par rapport à l'enfant, dans la symptomatologie traumatique se retrouvent des pensées et des souvenirs envahissants qui pourraient provoquer un sentiment de détresse, de peur et d'horreur ou encore d'impuissance. Ces processus d'intrusion involontaire pourraient être à l'origine d'un état anxieux maternel envers l'enfant. Cet état peut s'exprimer à travers des sentiments d'incompétence et d'impuissance de la mère vis-à-vis de son enfant, et ce même pour les actes les plus simples (faire les soins nécessaires, nourrir l'enfant ou l'allaiter, le réconforter, etc.), ou bien à travers une peur excessive envers l'enfant, comme par exemple avoir une peur continue que l'enfant meurt ou qu'il lui arrive malheur. De plus, le fait d'avoir des pensées négatives sur soi et sur ses capacités pourrait augmenter l'anxiété par rapport aux soins donnés à l'enfant et, par conséquent, donner lieu à une anxiété généralisée par rapport à l'enfant.

Concernant l'impact de la symptomatologie traumatique sur le rejet de l'enfant, le stress post-traumatique est caractérisé par des symptômes d'évitement de tous les souvenirs, endroits ou personnes qui pourraient rappeler l'évènement traumatique. Ces symptômes auraient un impact considérable sur le développement du lien mère-enfant. En effet, la proximité physique avec l'enfant est importante pour le développement du bonding maternel. Or, dans le cas d'un TSPT

en lien avec l'accouchement, l'enfant va être considéré comme une source de rappel de l'évènement traumatique (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008), un rappel constant que les mères aimeraient éviter afin de réduire leur souffrance psychique liée à l'expression du TSPT. Par conséquent, l'évitement de l'enfant ou son "rejet" pourrait être un moyen de supprimer les souvenirs envahissants et désagréables liés à l'accouchement (Brockington, 2004; Weaver, 1997).

- Rôle des processus psychologiques personnels dans le développement du TSPT et l'altération du bonding maternel :

Bien que l'impact du TSPT sur l'altération du bonding maternel ait été avancé par certains auteurs (Ballard, Stanley, & Brockington, 1995; Ionio & Di Blasio, 2014), le rôle des stratégies de coping n'a pas toujours été bien développé. A travers cette étude, il nous a donc paru important de déterminer le rôle de ces processus émotionnels cognitifs et comportementaux déployés pour gérer les situations stressantes, à la fois dans l'expression du TSPT et dans l'altération du bonding maternel.

Les résultats de la présente étude ont montré qu'il existe des stratégies qui sont associées au développement du TSPT. Ainsi, les résultats de la modélisation ont établi que, lorsque la mère accepte difficilement la situation qui est la sienne deux mois après la naissance, cette « non-acceptation » de sa situation peut devenir un facteur de risque d'apparition d'un TSPT. En effet, généralement la stratégie d'acceptation de la situation aiderait la personne à admettre la réalité, induisant un processus d'engagement et de recherche de solutions. Dans le cas inverse, les difficultés d'acceptation de la situation ne feraient qu'intensifier l'expression de la symptomatologie traumatique et renforcer le déni de la réalité.

A six mois de l'accouchement, la stratégie d'expression des sentiments pourrait alors être une conséquence implicite liée aux difficultés d'acceptation de la situation à deux mois après l'accouchement. Les femmes auront tendance à se centrer sur leur détresse émotionnelle ainsi que sur leur état émotionnel négatif chargé de sentiments de colère, de crainte, voire même de culpabilité. La focalisation sur l'expression des sentiments va alors représenter une stratégie peu adaptée qui n'aidera pas les femmes à évacuer leurs sentiments de manière constructive, comme cela peut être le cas lors d'une thérapie et avec l'aide d'un professionnel.

En ce qui concerne les stratégies associées à l'altération du bonding, les résultats ont montré que, deux mois après l'accouchement, un moindre recours à la religion était associé à

l'augmentation de l'anxiété par rapport à l'enfant, et à six mois post-partum c'est un moindre recours à la stratégie d'humour qui était prédictif d'une anxiété par rapport à l'enfant. En effet, la religion peut servir de soutien émotionnel à la personne ou d'aide pour une réinterprétation positive de la situation. Cependant, dans le cas de difficultés préalables d'acceptation du vécu traumatique, une réévaluation positive de la situation sera difficilement envisageable par la personne, d'où s'observe alors une difficulté à gérer la situation et la détresse émotionnelle liée au vécu traumatique. Cette détresse ferait alors augmenter l'anxiété vis-à-vis de l'enfant, d'antan plus que pendant les deux premiers mois de vie de l'enfant, les mères sont généralement en congé maternité et se trouvent contraintes d'être avec le bébé qui représente une source de rappel de l'évènement traumatique.

A six mois post-partum, l'utilisation de l'humour ne permettrait pas de juguler l'anxiété que la mère a pu avoir quant aux soins à donner à son enfant.

Le modèle B de cette étude s'intéressait également aux stratégies de coping susceptibles d'être des facteurs de risque qui pourraient entraîner le rejet de l'enfant.

Comme mentionné plus haut dans la discussion, les difficultés d'acceptation de la situation pourraient donner lieu à une orientation vers le déni comme stratégie d'évitement de la situation. Toutefois, ce déni ou ce refus de croire à la réalité du vécu traumatique de l'accouchement peut intensifier l'évitement par rapport à l'enfant.

Cependant, au regard des obligations que les mères ont vis-à-vis de leurs enfants, prendre du temps pour elles-mêmes, pour se changer les idées et se donner l'occasion de s'évader en pensée vers autre chose que le bébé devient peu probable, surtout dans le cas des femmes au foyer, pour lesquelles rester à la maison et s'occuper de l'enfant est une obligation (dans notre échantillon, plus de la moitié des femmes tunisiennes sont au foyer ou au chômage). Cette difficulté à pouvoir se changer les idées ne fera qu'intensifier l'irritabilité de la mère et le rejet de l'enfant.

Un résultat qu'il nous a paru important de mentionner dans cette étude concerne l'impact que le TSPT aurait sur le développement du déni. En effet, certes les stratégies de coping jouent un rôle important dans le développement des troubles mentaux, cependant, l'expression du trouble, tel que le TSPT, aurait une influence considérable sur la manière de gérer les situations stressantes. Si la personne présente des symptômes de distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences de l'évènement traumatique, si elle s'auto-blâme et

qu'elle souffre de problèmes de concentration, etc., tous ces facteurs auraient un impact délétère sur les stratégies à mettre en place pour faire face à la situation.

Enfin, cette étude est l'une des premières à proposer un modèle longitudinal explicatif de l'impact du TSPT sur l'altération du bonding maternel, ainsi que sur les facteurs de risque et les processus psychologiques impliqués dans le développement de ce trouble et dans l'altération du lien mère-enfant sur la population tunisienne.

Pendant la grossesse et l'accouchement, l'équipe médicale est encouragée à donner les informations adéquates aux femmes sur les troubles psychopathologiques liés à l'accouchement et sur la nécessité de consulter un professionnel de la santé afin de les aider à surmonter cette phase et ainsi limiter les conséquences dommageables sur le lien mère-enfant. Le personnel médical est aussi encouragé à être à l'écoute des demandes des femmes concernant le déroulement de leur accouchement.

Références

Adewuya, A., Ologun, Y., & Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*, *113*(3), 284–288.

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, *46*(6), 1121–1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 200–204. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029

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. https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525

Bentler, P. M., & Hu, L. T. (1995). Evaluating model fit. *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*, 76–99.

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, *363*(9405), 303–310.

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 233–242.

Çapik, A., & Durmaz, H. (2018). Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *15*(6), 455–463.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cherif, R., Feki, I., Gassara, H., Baati, I., Sellami, R., Feki, H., … Masmoudi, J. (2017). Symptomatologie dépressive du post-partum: prévalence, facteurs de risque et lien avec la qualité de vie. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, *45*(10), 528–534.

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *29*(6), 537–554. https://doi.org/10.1002/imhj.20197

Dekel, S., Thiel, F., Dishy, G., & Ashenfarb, A. L. (2018). Is childbirth-induced PTSD associated with low maternal attachment? *Archives of Women's Mental Health*, 1–4.

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, *26*(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

Gana, K., & Broc, G. (2018). *Introduction à la modélisation par équations structurales: Manuel pratique avec lavaan*. ISTE Editions.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Hannachi, N. Muller, L, & Spitz E. (2015). Adaptation and validation of the Tunisian version of the Brief COPE Scale. Principles of Behaviour. Change in Health & Illness. Conference Abstracts Book p 188. http://www.ehps2015.org/files/EHPS2015_Conference_Abstracts_01092015.pdf

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, *6*(1), 1–55. https://doi.org/10.1080/10705519909540118

Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(2), 163–181. https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880

Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *13*(4), 206–217.

Masmoudi, J., Tabelsi, S., Charfeddine, F., Ben Ayed, B., Guermazzi, M., & Jaoua, A. (2008). Étude de la prévalence de la dépression du post-partum auprès de 213 parturientes tunisiennes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *36*(7), 782–787. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.03.015

Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*(1), 88.

Moghadam, M. F., Shamsi, A., & Moro, F. H. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *17*(1), 15–19. https://doi.org/10.12740/APP/37943

Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, *41*(6), 553–560. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.010

Nakić Radoš, S., Sawyer, A., Ayers, S., & Burn, E. (2018). Coping styles associated with post-traumatic stress and depression symptoms following childbirth in croatian women. *Psihologijske Teme*, *27*(3), 543–559.

Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques: une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Cognitive et Comportementale*, *17*(4), 23.

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(2), 127–142.

Robin Beaumont - Health Science Statistics using R and R Commander. (n.d.). Retrieved January 31, 2019, from http://www.floppybunny.org/robin/web/rbook/sem/index.html

Soltani, N., Abedian, Z., Mokhber, N., & Esmaily, H. (2015). The Association of Family Support After Childbirth With Posttraumatic Stress Disorder in Women With Preeclampsia. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *17*(10). https://doi.org/10.5812/ircmj.17865

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *32*(2), 88–97. https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.569801

Taux de mortalité maternelle - Comparaison de Pays. (n.d.). Retrieved February 1, 2019, from https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=2223&l=fr

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(4), 257–263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

von Oertzen, T., Brandmaier, A. M., & Tsang, S. (2015). Structural equation modeling with $Ømega$nyx. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *22*(1), 148–161.

Weaver, J. (1997). Childbirth: preventing post-traumatic stress disorder. *Professional Care of Mother and Child*, *7*(1), 2–3.

Williams, G. C., Lynch, M., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology*, *26*(6), 728.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 39–45.

World Health Organization. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/ - Recherche Google. (n.d.). Retrieved February 6, 2019, from https://www.google.com/search?q=World+Health+Organization.+(2014).+Trends+in+maternal+mortality%3A+1990+to+2013.+Estimates+by+WHO%2C+UNICEF%2C+UNFPA%2C+The+World+Bank+and+the+United+Nations+Population+Division.+Retrieved+from+http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F112682%2F2%2F&oq=World+Health+Organization.+(2014).+Trends+in+maternal+mortality%3A+1990+to+2013.+Estimates+by+WHO%2C+UNICEF%2C+UNFPA%2C+The+World+Bank+and+the+United+Nations+Population+Division.+Retrieved+from+http%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2F10665%2F112682%2F2%2F&aqs=chrome..69i57.1257j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

PARTIE D : Discussion générale & Perspectives

Dans cette recherche doctorale, une attention particulière a été portée sur le développement du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) en lien avec l'accouchement dans la période du post-partum, mais également sur l'impact de ce trouble sur l'expression du bonding maternel. Le nombre d'études du TSPT à la suite de l'accouchement a connu une progression significative durant les 20 dernières années. Toutefois, l'effet d'un tel trouble sur le développement du lien entre la mère et son enfant a été moins abordé dans la littérature.

Cette recherche doctorale présente certaines limites. Elle s'appuie principalement sur des questionnaires auto-administrés, bien que dans la première version du projet la réalisation d'entretiens cliniques était programmée afin de recueillir et d'analyser le discours des mères suite à l'accouchement. Les déplacements et le recueil par entretiens se sont révélés d'une programmation particulièrement complexe en Tunisie, ne permettant pas la réalisation de l'approche qualitative. En ce qui concerne un recueil qualitatif auprès des femmes françaises, un événement personnel n'a pas facilité sa réalisation mais m'a permis de vivre réellement les évènements sur lesquels j'effectuais des recherches depuis mon Master 1 de psychologie[7]. Il n'en reste pas moins que le mode de recueil des données par auto-questionnaires peut entraîner de la désirabilité sociale dans les réponses. Ce biais pourrait avoir un impact sur les réponses des femmes, surtout au niveau des questions sur leur relation avec leur bébé (échelle d'altération du bonding) et plus spécifiquement sur les items qui portaient sur le risque de maltraitance. De plus, nous avons pu constater à travers les résultats des articles de modélisation 8 et 9 que les femmes qui présentaient un TSPT postnatal avaient des difficultés à accepter la situation et utilisaient le déni comme stratégie de faire face. Or ce sont des stratégies qui ne permettent pas un bon ajustement et qui renforcent le refus de la situation et le risque de rejet et de maltraitance envers l'enfant. Une autre limite serait la sélection des femmes participant à l'étude, ainsi seules les femmes qui ont accouché prématurément ou d'un enfant mort-né ont été exclues. Bien que certaines informations sur la période précédant cette grossesse aient été recueillies, les antécédents psychiatriques de la mère et les antécédents de traumatismes vécus lors d'une grossesse précédente n'ont pas été contrôlés. Cette limite pourrait entraîner l'inflexion de l'estimation de la prévalence du TSPT en lien avec l'accouchement et une identification limitée des facteurs de risques associés. Une autre limite est liée à la difficulté de différencier de façon très fine la symptomatologie du TSPT, des troubles anxieux mais également des troubles

[7] À savoir une grossesse gémellaire et la naissance de ma fille et mon fils, il y a moins d'un an

dépressifs qui peuvent être retrouvés comme facteurs comorbides. En effet, l'évaluation négative de l'expérience traumatique et des premiers signes cliniques du TSPT génère des émotions négatives, ce qui peut conduire à l'installation d'affects anxieux et dépressifs. Ce lien entre les trois troubles rend compte d'une comorbidité importante et rend la distinction du TSPT en tant que trouble indépendant très complexe. De la même façon que la limite énoncée précédemment, ce constat peut biaiser également l'estimation de la prévalence du TSPT à la suite de l'accouchement en tant que trouble distinctif de l'anxiété et de la dépression postnatales. Afin de pallier cette difficulté que représente la comorbidité, l'évaluation du TSPT a été focalisée uniquement sur l'événement que représente l'accouchement grâce aux consignes et à la formalisation des items du questionnaire CBTES. Ainsi, pour les femmes françaises, une différenciation a pu être mise en évidence entre l'échelle évaluant la symptomatologie dépressive et l'échelle de stress post-traumatique.

En revanche, en ce qui concerne l'évaluation du TSPT chez les femmes tunisiennes (CBTES version T), malgré les indices satisfaisants de l'analyse exploratoire et de la consistance interne ($\alpha = 0,94$), la validation de cette mesure n'est pas entièrement satisfaisante. Dans le cas de la population tunisienne, il apparaît des difficultés à distinguer les symptômes du TSPT des symptômes dépressifs. En effet, les résultats de la validité discriminante du CBTES-T ont montré que la corrélation entre le score de l'échelle évaluant la dépression postnatale et le score de l'échelle spécifique au TSPT postnatal était élevée. Ainsi, auprès de la population de femmes tunisiennes, on retrouve plus de recoupements entre les items spécifiques à la dépression et ceux du TSPT. C'est pourquoi une étude complémentaire avec des entretiens cliniques est nécessaire afin de trouver des items plus discriminants et plus spécifiques au stress post-traumatique en lien avec l'accouchement. L'utilisation assez courante dans la population tunisienne de stratégies comme la dramatisation et la rumination impose de compléter l'échelle du TSPT en développant plus d'items qui ont trait au critère intrusif et d'éliminer des items centrés sur les altérations négatives des cognitions et de l'humeur qui peuvent rappeler les symptômes de la dépression et qui appartiennent aux critères diagnostiques nouvellement introduits dans le DSM 5.

Au départ de ce travail doctoral, la problématique posée était centrée principalement sur l'impact du TSPT, en lien avec l'accouchement, sur le développement du bonding. Ensuite, plusieurs interrogations se sont posées : quels sont les facteurs prédictifs liés au TSPT et à l'altération du bonding ? Quels sont les processus psychologiques impliqués dans le développement de ce trouble et dans l'altération du lien mère-enfant ? Quel est le rôle des valeurs culturelles dans le développement du TSPT ? Vit-on l'accouchement de la même manière en fonction de sa culture ?

La grossesse et l'accouchement ont toujours été au cœur des traditions et des coutumes de toutes les sociétés et de toutes les cultures. Chaque société possède des mythes et des rites visant à protéger les mères et leur bébé tout au long de la période périnatale, car bien que l'arrivée d'un nouveau-né soit une source de bonheur pour les parents et leurs familles, il n'en reste pas un moins un évènement dont l'issue est inconnue. Autrement dit, on ne sait pas ce qui pourrait arriver à la mère et/ou au fœtus durant les neuf mois de grossesse ou au moment de la naissance. Afin de gérer ces angoisses et cette peur de l'inconnu, chaque société a recours à des rites et à des pratiques ayant pour but de rassurer la mère et d'assurer l'arrivée du futur bébé en bonne santé. On trouve alors des rites qui se mettent en place durant la grossesse, comme par exemple dans les pays d'Afrique, le fait de cacher sa grossesse durant les premiers mois, de ne la déclarer que tardivement, de ne préparer le trousseau du bébé qu'à partir du septième mois de grossesse, de n'installer le berceau du bébé qu'une fois celui-ci né afin de ne pas être la cible des mauvais esprits. L'importance de se protéger des mauvais sorts et la nécessité de mettre en place des rites de protection restent encore très développées à travers le monde, comme les bains de Kaolin en Afrique et les amulettes contenant des versets du coran au Sénégal (Carles, 2014) ou encore les cordelettes à porter autour du ventre chez les Ndjuskas de Guyane (Vernon, 1992. Dans Carles, 2014). En outre, plusieurs interdits comportementaux seront imposés à la future mère afin d'assurer la naissance en bonne santé du futur bébé. Les femmes se retrouvent alors soumises à plusieurs interdits, tels que le fait d'éviter certains gestes qui pourraient causer du mal au développement du bébé, comme par exemple ne pas porter de colliers ou bracelets au Vietnam ou tout ce qui rappelle des formes rondes pour ne pas risquer d'étrangler le bébé avec le cordon ombilical, ne pas croiser les jambes au Gabon afin d'éviter les complications au moment de l'accouchement, etc.

Il y a aussi les interdits alimentaires, comme le fait de ne pas manger d'œufs en Guyane, par peur qu'ils se transforment dans le ventre de la mère, ou des fruits à peau rugueuse par peur des maladies de peau chez le bébé, etc. En revanche, en Afrique du Nord et aux Antilles, toutes les envies alimentaires des femmes doivent être satisfaites de peur que l'enfant soit porteur d'une marque ou d'une tâche rappelant le fruit ou le légume dont la femme avait envie.

Pour l'accouchement, plusieurs rites de protection seront déployés afin de faciliter l'accouchement, tels que l'éloignement des mauvais esprits et du mauvais œil ou des prières de protection pour la mère et l'enfant à naître.

Ainsi, devenir mère est également un acte social et culturel. C'est pourquoi l'objectif principal des rites autour de la grossesse et de l'accouchement est de protéger la mère et l'enfant à naître. Cependant, toutes ces angoisses et ces inquiétudes qui circulent à travers le monde vont donner à l'accouchement l'empreinte d'un acte difficile à surmonter et durant lequel la survie de la mère et de l'enfant se voit menacée, ce qui était conforme à la réalité à travers les siècles précédents et qui reste encore actuellement la réalité dans de nombreux pays.

Ainsi, le jour de l'accouchement, la femme va souvent ressentir une angoisse de mort, avant même de savoir si l'accouchement va bien se dérouler ou si des complications risquent de survenir, d'où l'importance des processus psychologiques personnels et interpersonnels qui auront un rôle déterminant dans la gestion du stress lié à cet évènement.

La période périnatale est une période de transition qui nécessite une adaptation considérable aux nombreux changements qui ont lieu aussi bien aux niveaux physique et psychologique qu'au sein des interactions sociales. Des processus psychologiques individuels, tels que les stratégies fonctionnelles face au stress, et des processus interindividuels, tels que la perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante, peuvent être fondamentaux, ils favoriseraient le bien-être psychologique des futures mères et préviendraient le développement des troubles psychopathologiques spécifiques à cette période. Le cas échéant, l'utilisation de stratégies dysfonctionnelles peut contribuer au développement, à la progression et au maintien de troubles psychologiques tels que le TSPT. En effet, lorsque des facteurs de risque se conjuguent (facteurs culturels, primiparité, mode d'accouchement, etc.), plusieurs réponses émotionnelles, cognitives et comportementales vont être mises en place par la mère pour répondre le mieux possible à l'événement.

Cependant, lorsque les ressources ou les capacités d'adaptation de la personne sont limitées ou dysfonctionnelles, des troubles psychopathologiques tels que le TSPT postnatal peuvent en résulter (Ayers, Bond, Bertullies, & Wijma, 2016).

Dans cette présente recherche doctorale, nous avons pu voir que les stratégies d'adaptation à l'événement potentiellement traumatique que représente l'accouchement différaient selon la population étudiée. Dans la population française, les femmes qui présentaient une symptomatologie traumatique utilisaient plus le déni, l'auto-blâme et le désengagement comportemental et avaient plus de difficultés de planification. Les femmes tunisiennes, quant à elles, avaient plus recours à des stratégies comme la dramatisation, la rumination, l'expression des sentiments et avaient des difficultés d'acceptation de la situation. Toutefois, malgré les différentes stratégies utilisées par chaque population, un point commun les réunit : il s'agirait du recours à des stratégies centrées sur l'émotion et l'évitement par les femmes qui souffrent de TSPT à la suite de l'accouchement dans les deux populations. En effet, ces stratégies, qui visent avant tout à réduire le stress associé à la situation tout en gardant le contrôle sur les réactions émotionnelles, se sont avérées être associées au développement du TSPT dans la période postnatale. Il s'agit de facteurs de vulnérabilité psychologique qui peuvent contribuer défavorablement au traitement cognitif d'un événement traumatique et aux séquelles qui peuvent favoriser le maintien du trouble (Ehlers & Clark, 2000). Ces stratégies sont déployées pour éviter la situation traumatique sans résoudre réellement le problème. Les processus de coping ou faire-face sont en permanence utilisés lors de l'auto-régulation d'une personne. Ces processus d'ajustement sont donc à la fois employés avant, pendant et après l'accouchement. Ils peuvent être appréhendés en tant que processus prédicteurs d'un événement mais également en tant que processus fonctionnels après cet événement. Les résultats de cette recherche ont montré aussi le rôle médiateur des stratégies de coping entre le TSPT et l'altération du bonding maternel, illustrant que les stratégies peuvent impacter le risque de développement du TSPT et que la symptomatologie traumatique favorise l'utilisation excessive de stratégies de coping centrées sur les émotions ainsi que des stratégies centrées sur la rumination (Matheson et al., 2005), comme cela a été le cas pour les femmes tunisiennes.

Concernant la perception du soutien de l'équipe soignante, ce travail doctoral a révélé que la perception du soutien à l'autonomie de la part de l'équipe soignante occupait une place importante dans l'expression du trouble de stress post-traumatique à la suite de l'accouchement. En effet, le rôle de l'équipe soignante ne devrait pas seulement se limiter aux actes de soins médicaux mais être plus actif et plus personnalisé. Autrement dit, l'équipe soignante est tenue de jouer un rôle informatif et soutenant vis-à-vis des femmes en période périnatale. Les femmes devraient être informées sur les détails concernant le déroulement de leur grossesse et de l'accouchement. Leurs choix et leurs désirs sur la manière dont elles voudraient gérer et vivre leur accouchement doivent être écoutés par l'équipe soignante. L'équipe devrait pouvoir jouer le rôle de conseil et d'information sur les troubles que les femmes risquent de développer dans la période périnatale et sur l'importance de consulter, particulièrement en Tunisie où les cours de préparation à la naissance sont pratiquement inexistants et donc où les femmes se retrouvent le plus souvent seules à gérer leurs angoisses et leurs interrogations. C'est pourquoi, il est important que les médecins gynécologues incitent les femmes à prendre contact durant la période prénatale avec une sage-femme pour bien préparer l'accouchement et la période qui suit (la mise en route de l'allaitement, l'importance du contact physique avec l'enfant, les difficultés physiques et psychologiques que les femmes peuvent rencontrer durant cette période comme le baby-blues, la dépression du post-partum, etc.). Pendant l'accouchement et le séjour en maternité, il est également nécessaire que l'équipe soignante soit à l'écoute des demandes des femmes, leur offre le soutien nécessaire, et leur conseille de consulter en cas de problème physique ou psychologique. En effet, souvent les difficultés psychologiques sont minimisées et réduites à des croyances culturelles. Il est important aussi que l'équipe soignante bénéficie de formations complémentaires afin de mieux connaitre les troubles psychopathologiques liés à la périnatalité ainsi que leur impact considérable sur le développement du lien entre la mère et son enfant.

Parmi les objectifs de cette étude, on peut souligner l'impact du TSPT sur le développement du lien mère-enfant. En effet, cette étude a montré que le TSPT à la suite d'un accouchement était associé à une altération du bonding maternel et que cette altération pouvait durer jusqu'à six mois après la naissance de l'enfant, voire plus longtemps (O'Higgins, Roberts, Glover, & Taylor, 2013). A notre connaissance, très peu d'études ont exposé l'impact du stress post-traumatique en lien avec l'accouchement sur le bonding maternel (Davies, Slade, Wright, & Stewart, 2008; Ionio & Di Blasio, 2014) et aucune étude précédente n'a examiné la relation

entre le trouble de stress post-traumatique suivant les nouveaux critères diagnostiques du DSM 5 et le bonding maternel.

Dans cette recherche, certains aspects du bonding spécifiquement influencés par le TSPT ont été mis en avant, à savoir l'altération du lien, l'anxiété par rapport à l'enfant dans les deux populations et le rejet de l'enfant uniquement chez les femmes tunisiennes. Par ailleurs, à travers ces résultats, il est important de signaler le rôle délétère que peut jouer l'altération du bonding maternel sur le développement de l'enfant. Dans ce sens, des recherches ont affirmé qu'il existait un effet négatif de l'altération du bonding sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant. L'impact d'une altération du bonding maternel peut se prolonger dans le temps. Autrement dit, une altération du lien mère-enfant pourrait avoir un effet négatif sur l'interaction de l'enfant avec son environnement, cela pouvant se poursuivre jusqu'à l'âge adulte, notamment en ce qui concerne le développement des compétences, la confiance en soi, l'exploration et la découverte et les capacités de résilience (Matheson et al., 2005).

De manière générale, il est important de signaler l'impact des troubles psychopathologiques périnataux sur le développement de l'enfant et l'importance d'une prise en charge thérapeutique de ces troubles. Par exemple, Kaitz et al. (2010) ont montré, que comparativement aux enfants de mères qui ne présentaient pas une symptomatologie anxieuse, les enfants de mères anxieuses étaient moins communicatifs, moins émotifs et manifestaient plus de détresse face au visage immobile de leur mère et lors d'une séance de jeu libre avec une personne étrangère. Murray et al. (2003) ont décrit des problèmes dans le développement cognitif et émotionnel chez les enfants de mères qui présentaient une symptomatologie dépressive durant la période du post-partum. Dans une étude expérimentale menée auprès de 19 dyades mères-enfants à l'aide du « Still face paradigm », dont le but était d'évaluer l'impact négatif de l'ESPT sur le lien mère enfant et sur le développement de l'enfant, il a été démontré que ces enfants présentaient plus de comportements d'évitement et d'éloignement physique de l'adulte (Ionio & Di Blasio, 2014). Dans une autre étude évaluant les associations entre les symptômes du TSPT maternel et la régulation des émotions chez l'enfant pendant sa première année de vie, il a été démontré que le TSPT maternel contribue à un risque élevé de problèmes de santé mentale chez les enfants et une difficulté de régulation des émotions dès la petite enfance (Enlow et al., 2011).

- **Perspectives de prise en charge psychothérapeutique**

Malgré le nombre considérable d'études réalisées durant les dernières années sur la prévalence du TSPT après l'accouchement et les facteurs de risques associés, très peu d'études se sont intéressées à sa prise en charge thérapeutique. Quelques techniques thérapeutiques ont été étudiées et citées dans la littérature, il s'agit du « débriefing », des « psychothérapies comportementales et cognitives », de « l'EMDR » et du « Magical hour ».

L'efficacité du débriefing a été testée dans plusieurs études. Dans une revue de littérature réalisée par Sheen & Slade (2015) sur neuf études, les auteurs ont indiqué que cette méthode s'avère inefficace lorsqu'il s'agit de traiter les symptômes du TSPT. Toutefois, le débriefing pourrait contribuer à réduire les symptômes dépressifs, le stress ou encore l'auto-blâme après sa mise en place pendant trois ou quatre séances (Gamble et al., 2005; Ryding, Wirén, Johansson, Ceder, & Dahlström, 2004).

Concernant les thérapies comportementales et cognitives, une récente étude réalisée par une équipe de recherche en Suède a montré des résultats encourageants (Nieminen et al., 2016). Il s'agit d'une étude contrôlée randomisée réalisée auprès de 56 femmes présentant un TSPT après leur accouchement, suivant les critères diagnostiques du DSM IV. L'échantillon a été divisé en deux groupes (n = 28). Le premier a bénéficié du traitement selon la méthode CBT[8] tout de suite après l'inclusion et le second cinq mois plus tard. Bien que l'étude comporte plusieurs limites méthodologiques (un échantillon restreint, la période de recrutement, la prise en charge), les auteurs rapportent une diminution significative des symptômes du TSPT de 20 % pour le premier groupe et de 51% pour le deuxième. Ce qu'il est important de mentionner également pour cette étude, c'est que le second groupe a connu une baisse importante des symptômes du TSPT durant la période d'attente. Cette diminution est expliquée par les chercheurs par le fait que la mesure hebdomadaire du TSPT a poussé les participantes à affronter leur traumatisme, ce qui rend difficile l'évitement et renforce probablement les stratégies de coping.

Une autre étude randomisée a été réalisée en Iran auprès de 84 femmes avec la méthode du « Magical hour [9]» (Abdollahpour, Khosravi, & Bolbolhaghighi, 2016). La thérapie proposée par les chercheurs consiste à favoriser le contact mère-bébé à travers la méthode peau à peau durant la première heure de vie de l'enfant. Le groupe ayant bénéficié de cette thérapie a montré une diminution significative des symptômes de TSPT par rapport au groupe contrôle, et ce à deux semaines, quatre à six semaines puis à trois mois du post-partum. En raison des nombreux biais que présente cette étude (la taille de l'échantillon, le diagnostic du TSPT, le moment de diagnostic, la non prise en compte des complications vécues durant la grossesse), les résultats restent à confirmer auprès d'une population plus large et avec un design plus structuré.

Enfin, l'EMDR ou Eye Movement Desensitisation and Reprocessing est une thérapie qui a fait ses preuves dans le traitement des traumatismes psychologiques. Elle a été découverte par

[8] **CBT** : Il s'agit d'une thérapie cognitive et comportementale qui repose sur un programme de prise en charge comprenant huit modules. Le programme consiste principalement à : de la psychoéducation, les méthodes d'adaptation à l'anxiété et l'acquisition de compétences et à l'exposition imaginaire et in vivo à l'évènement traumatique ainsi qu'à la reconstruction cognitive.

[9] **Magical hour** ou les neuf étapes instinctives du bébé. Il s'agit de la première heure qui suit la naissance du bébé et durant laquelle le bébé va manifester plusieurs réactions instinctives : "1) Le cri de naissance, 2) Phase de relaxation durant laquelle, le bébé cesse de pleurer et ouvre les yeux. 3) Phase d'éveil pendant laquelle le bébé se déplace légèrement vers le haut et fait certains mouvements de la tête. 4) Stade « d'activité », où le bébé fait plus de mouvements et tente de localiser le sein. 5) Des périodes de repos peuvent avoir lieu entre toutes les autres étapes. 6) Lorsqu'il rampe, le bébé avance jusqu'au sein de la mère. 7) Au cours de la phase de « familiarisation », le bébé se familiarise avec la mère, lèche le mamelon, touche et masse le sein. 8) Au stade de l'allaitement, le bébé prend le mamelon et commence à téter. 9) Le stade final est le sommeil, lorsque le bébé dort longtemps, et cela se produit une heure et demie après la naissance".

Francine Shapiro en 1989. Il s'agit d'une thérapie intégrative ayant recours à l'image mentale, aux cognitions ainsi qu'aux sensations corporelles (Shapiro, 2001). Les études basées sur l'EMDR dans la prise en charge des femmes souffrant du TSPT suite à l'accouchement ont montré des résultats satisfaisants (Sandström, Wiberg, Wikman, Willman, & Högberg, 2008; Stramrood et al., 2012). Toutefois, ces résultats ne peuvent pas être généralisables au vu de la taille très restreinte de l'échantillon dans les deux études.

Comme présenté au-dessus, il existe plusieurs thérapies qui se proposent de traiter le trouble du stress post-traumatique. Cependant, ces thérapies visent toujours et en premier lieu les symptômes liés aux troubles et rarement les processus sous-jacents d'où l'intérêt de choisir une approche transdiagnostique. En effet, la prise en charge thérapeutique, suivant cette approche, consiste d'abord à identifier les processus psychologiques impliqués dans le développement du trouble et ensuite à mettre en place une intervention psychothérapeutique avec une action principale sur les processus psychologiques sous-jacents au trouble. Le traitement des processus psychologiques entraînera un traitement plus efficace du trouble lui-même. Autrement dit, en agissant sur les processus psychologiques communs, un traitement simultané du trouble principal, en l'occurrence le TSPT et des troubles comorbides associés (anxiété et dépression), va pouvoir être réalisé. Grâce à cette méthode, une généralisation des effets thérapeutiques d'un trouble à l'autre va se mettre en place.

- Conclusion

Plusieurs résultats ont été mis en évidence dans cette recherche doctorale. Toutefois, de futures études sont nécessaires pour confirmer ces résultats. Il est important d'envisager des études quantitatives et qualitatives à l'aide d'entretiens cliniques structurés afin de confirmer le diagnostic du TSPT en lien avec l'accouchement. De plus, le rôle du père n'a pas été étudié dans la présente recherche et il nous semble important d'envisager plus d'études avec l'inclusion du père, cela d'autant plus que des études antérieures ont montré que la symptomatologie traumatique était présente chez les deux partenaires d'un couple. Ces études ont souligné que la réaction de stress aiguë du partenaire immédiatement après l'accouchement était prédictive du développement de symptomatologie traumatique chez sa femme (Iles, Slade, & Spiby, 2011). Par conséquent, il est important d'examiner la relation dyadique entre les mères et les pères (attachement amoureux, coping dyadique, etc…) et d'envisager des interventions auprès du couple en tant que cellule familiale.

Enfin, voici quelques éléments de recherche pour terminer cette thèse sur une note positive et donner un regard positif sur la santé mentale postnatale. Des études sur la capacité de résilience chez les femmes après un événement traumatique et sur le développement post-traumatique ont rapporté des résultats encourageants sur la croissance psychologique après un événement traumatique En effet, dans une étude comparative entre les femmes anglaises et les femmes croates, les auteurs ont rapporté une croissance post-traumatique modérée (entre 35% des femmes croates et 44% des femmes anglaises) chez les femmes ayant subi un accouchement traumatique, deux ans auparavant. Ces femmes ont estimé que leur expérience antérieure de l'accouchement leur avait procuré un sentiment de force intérieure et d'autonomie surtout lorsqu'il s'agissait des naissances suivantes. Ces recherches sont encourageantes et ouvrent la voie à de futures études sur les changements positifs après un accouchement traumatique.

Partie E : Bibliographie

Abdollahpour, S., Khosravi, A., & Bolbolhaghighi, N. (2016). The effect of the magical hour on post-traumatic stress disorder (PTSD) in traumatic childbirth: a clinical trial. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *34*(4), 403–412. https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1185773

Adewuya, A., Ologun, Y., & Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY*, *113*(3), 284–288.

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, *40*(11), 1849–1859. https://doi.org/10.1017/S0033291709992224

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders , Fifth Edition*.

Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R., & Joergensen, J. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *ACTA OBSTETRICIA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA*, *91*(11), 1261–1272.

Association, A. P. (1984). *Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, *46*(6), 1121–1134. https://doi.org/10.1017/S0033291715002706

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, *119*(1–3), 200–204. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029

Ayers, S., & Pickering, A. D. (2001). Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *28*(2), 111–118. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x

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. https://doi.org/10.1192/bjp.166.4.525

Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., Paul, D., & Polomeno, V. (1996). Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. *Recherche En Soins Infirmiers*, *46*, 4–13.

Besson, J., Farail, M.-D., Galtier, M., Martin, M.-C., & Vaquer, L. (2001). L'amour maternel dans tous ses états. *Spirale*, *no 18*(2), 113–118.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77.

Boals, A., & Hathaway, L. M. (2010). The importance of the DSM-IV E and F criteria in self-report assessments of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(1), 161–166.

Boudou, M., Séjourné, N., & Chabrol, H. (2007). Douleur de l'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Childbirth Pain, Perinatal Dissociation and Perinatal Distress as Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms*, *35*(11), 1136–1142. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2007.09.014

Brockington, I. (1996). Motherhood and mental health Oxford University Press Oxford Google Scholar.

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*, *363*(9405), 303–310.

Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 233–242.

Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., … Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, *3*(4), 133–140.

Brown, M. S., & Hellings, P. (1989). A case study of qualitative versus quantitative reviews: the maternal-infant bonding controversy. *Journal of Pediatric Nursing*, *4*(2), 104–111.

Bruchon-Schweitzer, M. (2003). Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. In *Annales Médico Psychologiques* (Vol. 161, pp. 838–840).

Bullinger, M., Alonso, J., Apolone, G., Leplège, A., Sullivan, M., Wood-Dauphinee, S., … Ware, J. E., Jr. (1998). Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. International Quality of Life Assessment. *Journal Of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 913–923.

Carles, G. (2014). Grossesse, accouchement et cultures: approche transculturelle de l'obstétrique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, *43*(4), 275–280.

Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, *23*(8), 779–818.

Carter, C. S. (2005). Biological perspectives on social attachment and bonding. *Attachment and Bonding: A New Synthesis*, 85–100.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 91–97.

Cohen, L. R., Hien, D. A., & Batchelder, S. (2008). The impact of cumulative maternal trauma and diagnosis on parenting behavior. *Child Maltreatment*, *13*(1), 27–38.

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *66*(2), 167–183.

Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, *70*(4), 359–372.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(6), 782–786.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(1), 35–51. https://doi.org/10.1348/014466500163095

Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, *29*(6), 537–554. https://doi.org/10.1002/imhj.20197

De Noose, L. (2012). Dépression prénatale et stratégies de «coping». *Devenir*, *24*(3), 231–244.

De Schepper, S., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, *32*, 87–92.

De Tychey, C., Briançon, S., Lighezzolo, J., Spitz, E., Kabuth, B., De Luigi, V., … Thockler, A. (2008). Quality of life, postnatal depression and baby gender. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(3), 312–322.

de Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., … Vincent, S. (2005a). Pre- and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, *85*(3), 323–326. https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.11.004

de Tychey, C., Spitz, E., Briançon, S., Lighezzolo, J., Girvan, F., Rosati, A., … Vincent, S. (2005b). Pre-and postnatal depression and coping: a comparative approach. *Journal of Affective Disorders*, *85*(3), 323–326.

Denis, A., & Callahan, S. (2009). État de stress post-traumatique et accouchement classique: Revue de littérature. = PTSD and typical childbirth: A review of the literature. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *19*(4), 116–119. https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.10.002

Denis, A., Parant, O., & Callahan, S. (2011). Post-traumatic stress disorder related to birth: A prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*(2), 125–135. https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513048

Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2015). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(2), 187–195.

Edhborg, M., Nasreen, H.-E., & Kabir, Z. N. (2011). Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(4), 307.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(4), 319–345.

Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 6, pp. 101–124). Oxford University Press.

Enlow, M. B., Kitts, R. L., Blood, E., Bizarro, A., Hofmeister, M., & Wright, R. J. (2011). Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. *Infant Behavior and Development*, *34*(4), 487–503.

Epstein, J., Osborne, R. H., Elsworth, G. R., Beaton, D. E., & Guillemin, F. (2015). Cross-cultural adaptation of the Health Education Impact Questionnaire: experimental study showed expert committee, not back-translation, added value. *Journal of Clinical Epidemiology*, *68*(4), 360–369.

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. https://doi.org/10.1080/01674820701495065

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(9), 919–927.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, *21*(3), 219–239. https://doi.org/10.2307/2136617

Ford, E., & Ayers, S. (2011). Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology & Health*, *26*(12), 1553–1570. https://doi.org/10.1080/08870446.2010.533770

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. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.008

Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *32*(1), 11–19. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study.

Gökçe İsbir, G., İnci, F., Önal, H., & Yıldız, P. D. (2016). The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*, *32*, 227–232. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.013

Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F., & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the Development of Parenting in Humans. *Biological Psychiatry*, *68*(4), 377–382. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.02.005

Goutaudier, N., Sejourne, N., Bui, E., Cazenave, N., & Chabrol, H. (2014). L'accouchement premature: une naissance traumatique? Symptomes de stress posttraumatique et variables associees. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, *42*(11), 749–754.

Graziani, P. (2001). *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Masson.

Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(5), 389–401. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003

Guedeney, N., & 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*, *13*(2), 83–89. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0

Guedeney, N., Guédeney, A., & Fonagy, P. (2009). *L'attachement: approche théorique: du bébé à la personne âgée*. Elsevier Masson.

Guedeney, N., Lamas, C., Bekhechi, V., Mintz, A. S., & Guédeney, A. (2008). Attachment process between an infant and his/her mother: the first year. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de La Societe Francaise de Pediatrie*, *15*, S12–9.

Guermazi, M., Allouch, C., Yahia, M., Huissa, T. B. A., Ghorbel, S., Damak, J., … Elleuch, M. H. (2012). Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in Tunisia. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, *55*(6), 388–403. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.05.003

Hannachi, N. Spitz, E. (2017). A French validation of the Chilbirth Traumatic Event Scale (CBTES). Communication presented at the 31st Conference of the EHPS, Padova, Italy, 29 August-2 September.

Hannachi N. & Spitz E. (2015). Adaptation and validation of the Tunisian version of the Brief COPE Scale. Principles of Behaviour. Change in Health & Illness. Conference Abstracts Book p 188. http://www.ehps2015.org/files/EHPS2015_Conference_Abstracts_01092015.pdf

Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P. al, & Sørlie, T. (2013). Giving birth with rape in one's past: a qualitative study. *Birth*, *40*(3), 182–191.

Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.

Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. University of Kansas, KS.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, *5*(1), 1–22.

Honey, K. L., Bennett, P., & Morgan, M. (2003). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *76*(1–3), 201–210.

Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*(4), 520–530.

Imširagić, A. S., Begić, D., Šimičević, L., & Bajić, Ž. (2017). Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth–A Croatian longitudinal study. *Women and Birth*, *30*(1), e17–e23.

Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(2), 163–181. https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880

James, S. (2015). Women's experiences of symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after traumatic childbirth: A review and critical appraisal. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(6), 761–771. https://doi.org/10.1007/s00737-015-0560-x

Jomeen, J., & Martin, C. R. (2004). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) a reliable screening tool in early pregnancy? *Psychology & Health*, *19*(6), 787–800.

Kaitz, M., Maytal, H. R., Devor, N., Bergman, L., & Mankuta, D. (2010). Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behavior and Development*, *33*(2), 136–148.

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. https://doi.org/10.1080/165060702321138546

Kinderman, P. (2005). A psychological model of mental disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *13*(4), 206–217.

Kinderman, P., & Tai, S. (2007). Empirically grounded clinical interventions clinical implications of a psychological model of mental disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *35*(1), 1–14.

Klauer, T., & Filipp, S.-H. (1993). *Trierer Skalen zur Krankheitsbewältigung (TSK): Handanweisung*. Hogrefe, Verlag f. Psychologie.

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-Infant Bonding: The effect of early separation or loss on family development*. Mosby.

Krings, A., Spitz, E., & Tarquinio, C. (2013). *Etat de Stress Postraumatique (ESPT) suite à l'accouchement : nouvelles recherches et évaluation de la prise en charge avec la psychothérapie EMDR (Eye Movement desensibilisation and Reprocessing)*. 2013.

Kumar, R. C. (1997). "Anybody"s child': Severe disorders of mother-to-infant bonding. *The British Journal of Psychiatry*, *171*, 175–181. https://doi.org/10.1192/bjp.171.2.175

Lacharité, C. (2003). Formation: évaluer et soutenir les compétences parentales dans les familles avec de jeunes enfants: Le rôle de l'attachement et de la sensibilité parentale. *Montréal: Formation Porte-Voix*.

Lamb, M. E. (1982). Early contact and maternal-infant bonding: One decade later. *Pediatrics*, *70*(5), 763–768.

Leckman, J. F., Carter, C. S., Hennessy, M. B., Hrdy, S. B., Keverne, E. B., Klann-Delius, G., … von Holst, D. (2005). 15. Group report: Biobehavioral processes in attachment and bonding. In *Attachment and bonding: A new synthesis* (pp. 301–348).

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.

Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. H. (1985). Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol*, *143*(2), 175–189.

Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, *51*(11), 1013–1023.

Les Djinns. (n.d.). Retrieved February 12, 2019, from http://geza.roheim.pagespro-orange.fr/html/djinn.htm

Light, K. C., Smith, T. E., Johns, J. M., Brownley, K. A., Hofheimer, J. A., & Amico, J. A. (2000). Oxytocin responsivity in mothers of infants: a preliminary study of relationships with blood pressure during laboratory stress and normal ambulatory activity. *Health Psychology*, *19*(6), 560.

Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(2), 81–90. https://doi.org/10.1080/01674820600712875

Martinez, R., Johnston-Robledo, I., Ulsh, H. M., & Chrisler, J. C. (2001). Singing "the baby blues": A content analysis of popular press articles about postpartum affective disturbances. *Women & Health*, *31*(2–3), 37–56.

Masmoudi, J., Tabelsi, S., Charfeddine, F., Ben Ayed, B., Guermazzi, M., & Jaoua, A. (2008). Étude de la prévalence de la dépression du post-partum auprès de 213 parturientes tunisiennes.

Gynécologie Obstétrique & Fertilité, *36*(7), 782–787. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.03.015

Matheson, K., Kelly, O., Cole, B., Tannenbaum, B., Dodd, C., & Anisman, H. (2005). Parental bonding and depressive affect: The mediating role of coping resources. *British Journal of Social Psychology*, *44*(3), 371–395.

Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*(1), 88.

Moghadam, M. F., Shamsi, A., & Moro, F. H. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, *17*(1), 15–19. https://doi.org/10.12740/APP/37943

Montmasson, H., Bertrand, P., Perrotin, F., & El-Hage, W. (2012). Facteurs prédictifs de l'état de stress post-traumatique du postpartum chez la primipare. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, *41*(6), 553–560. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2012.04.010

Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du Brief COPE sur une population française. = Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among a french population. *L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, *29*(6), 507–518.

Murray, D., & Cox, J. L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *8*(2), 99–107.

Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(2), s71–s77.

Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques: une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Cognitive et Comportementale*, *17*(4), 23.

Nerum, H., Halvorsen, L., Sørlie, T., & Øian, P. al. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, *33*(3), 221–228.

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.

Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, *30*(1), 161–167.

Nieminen, K., Berg, I., Frankenstein, K., Viita, L., Larsson, K., Persson, U., … Wijma, K. (2016). Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth—A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *45*(4), 287–306. https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1169626

O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(5), 381–389.

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J., Wijnen, H. A., & Pop, V. J. (2005). Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*, *6*(3), 125–142.

Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, *26*, 1–16. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002

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.

Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions*. WW Norton & Company.

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent–baby bond. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(2), 127–142.

Pesavento, F., Marconcini, E., & Drago, D. (2005). Qualità délia vita e depressione in gravidanza normale ea rischio: Analisi di un campione di 100 donne. *Minerva Ginecologica*, *57*(4), 451–460.

Philippot, P., Bouvard, M., Baeyens, C., & Dethier, V. (2015). Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *25*(3), 106–116.

Pierrehumbert, B., Borghini, A., Forcada-Guex, M., Jaunin, L., Müller-Nix, C., & Ansermet, F. (2004). Validation française d'un questionnaire de stress post-traumatique destiné aux parents d'enfants présentant un risque périnatal élevé. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 162, pp. 711–721). Elsevier.

Rahman, A., Iqbal, Z., & Harrington, R. (2003). Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine*, *33*(7), 1161–1167.

Razurel, C. C. (2013). *Rôle du stress perçu, du soutien social et des stratégies de coping sur la santé psychique des mères primipares et sur leur sentiment d'auto-efficacité parentale, en période périnatale* (PhD Thesis).

Reck, C., Klier, C. M., Pabst, K., Stehle, E., Steffenelli, U., Struben, K., & Backenstrass, M. (2006). The German version of the Postpartum Bonding Instrument: psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(5), 265–271.

Rosenblum, L. A., & Andrews, M. W. (1994). Influences of environmental demand on maternal behavior and infant development. *Acta Paediatrica*, *83*, 57–63.

Rosenstiel, A. K., & Keefe, F. J. (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, *17*(1), 33–44.

Ryding, E. L., Wirén, E., Johansson, G., Ceder, B., & Dahlström, A.-M. (2004). Group Counseling for Mothers After Emergency Cesarean Section: A Randomized Controlled Trial of Intervention.

Birth: Issues in Perinatal Care, *31*(4), 247–253. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00316.x

Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A.-K., & Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, *24*(1), 62–73.

Schechter, D. S., Moser, D. A., Reliford, A., McCaw, J. E., Coates, S. W., Turner, J. B., … Willheim, E. (2015). Negative and distorted attributions towards child, self, and primary attachment figure among posttraumatically stressed mothers: what changes with Clinician Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES). *Child Psychiatry & Human Development*, *46*(1), 10–20.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.

Sheen, K., & Slade, P. (2015). The efficacy of "debriefing" after childbirth: Is there a case for targeted intervention? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *33*(3), 308–320. https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1009881

Slim, R. (2004). *La dépression du post partum (prévalence et facteurs associés)* (PhD Thesis). Thèse de doctorat en médecine. Tunisie: Université de Médecine de Monastir ….

Soderquist, 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 AND GYNAECOLOGY*, *116*(5), 672–680.

Soet, J. E., Brack, G. A., & Dilorio, C. (2003). Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *30*(1), 36–46. https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x

Soltani, N., Abedian, Z., Mokhber, N., & Esmaily, H. (2015). The Association of Family Support After Childbirth With Posttraumatic Stress Disorder in Women With Preeclampsia. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, *17*(10). https://doi.org/10.5812/ircmj.17865

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. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *32*(2), 88–97. https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.569801

Stramrood, C. A. I., van der Velde, J., Doornbos, B., Paarlberg, K. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & van Pampus, M. G. (2012). The patient observer: Eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *39*(1), 70–76. https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00517.x

Susan, A., 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), 200–204.

Taşdemir, S., Balci, E., & Günay, O. (2010). Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Upsala Journal of Medical Sciences*, *115*(4), 275–281.

Teissèdre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 days postpartum. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(1), 51–54.

Tietz, A., Zietlow, A.-L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, *17*(5), 433–442.

Tops, M., Van Peer, J. M., Korf, J., Wijers, A. A., & Tucker, D. M. (2007). Anxiety, cortisol, and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology*, *44*(3), 444–449.

van Bussel, J. C., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2009). Depressive symptomatology in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal antenatal orientations. *Archives of Women's Mental Health*, *12*(3), 155–166.

Vernon, D. (1992). Les représentations du corps chez les Noirs Marrons Ndjuka du Surinam et de la Guyane Française.

Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, *73*(4), 257–263. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010

Vizeh, M., Kazemnejaz, A., Afrasiabi, S., Rouyhi, M., Hassan, M., & Habibzadeh, S. (2012). Prevalance of post traumatic stress disorder after childbirth and its precipitating factors. *Bimonthly Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*, *16*(4), 309–316.

von Oertzen, T., Brandmaier, A. M., & Tsang, S. (2015). Structural equation modeling with $Ømega$nyx. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *22*(1), 148–161.

Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, *14*, 200–200. https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-200

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 473–483.

Weaver, J. (1997). Childbirth: preventing post-traumatic stress disorder. *Professional Care of Mother and Child*, *7*(1), 2–3.

Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*(6), 587–597.

Williams, G. C., Lynch, M., & Glasgow, R. E. (2007). Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychology, 26*(6), 728.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, *57*(1), 39–45.

Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2016). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67*(6), 361–370.

Partie F : Annexes

Plan

Annexe 1 : Tableau 1 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel, le soutien de l'équipe soignante et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum (suite article 6 pour femmes françaises).

Annexe 2 : Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel, le soutien de l'équipe et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum chez les femmes tunisiennes (suite article 7).

Annexe 3 : Présentation de l'étude prénatale pour les femmes française.

Annexe 4 : Consentement éclairé pour les femmes françaises.

Annexe 5 : Questionnaire prénatal pour les femmes françaises.

Annexe 6 : Présentation étude postnatale (2mois postpartum pour les femmes françaises.

Annexe 7 : Questionnaire post-natal (2 mois post-partum) pour les femmes françaises.

Annexe 8 : Présentation étude postnatale (6 mois postpartum pour les femmes françaises.

Annexe 9 : Questionnaire post-natal (6 mois post-partum) pour les femmes françaises.

Annexe 10 : Lettre de relance pour la participation à l'étude à deux mois post-partum pour les femmes françaises.

Annexe 11 : Lettre de relance pour la participation à l'étude à six mois post-partum pour les femmes françaises.

Annexe 12 : Présentation de l'étude prénatale pour les femmes tunisienne.

Annexe 13 : Consentement éclairé pour les femmes tunisiennes.

Annexe 14 : Questionnaire prénatal pour les femmes tunisiennes.

Annexe 15 : Présentation de l'étude postnatale (2 mois post-partum) pour les femmes tunisiennes.

Annexe 16 : Questionnaire postnatal (2 mois post-partum) pour les femmes tunisiennes.

Annexe 17 : Questionnaire postnatal (6 mois post-partum) pour les femmes tunisiennes.

Annexe 18 : Avis favorable CPP.

Annexe 19 : Poster EHPS 2018

Annexe 20 : Poster EHPS 2018

Annexes 21 : Poster Encéphale 2016

Annexe 22 : Poster EHPS 2016

Annexe 23 : Poster EHPS 2015

Annexe 24 : Poster AFPSA 2015

Annexe 25 : Poster Ecole doctorale 2014

Annexe 26 : Curriculum Vitae

Tableau 1 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel, le soutien de l'équipe soignante et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum (suite article 6 pour femmes françaises).

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. TTPTSDT2	,33**	,24	,40**	,25*	0,22	-,31*	-,06	-,20	,03	,00	-,02	,07	,05	,40**	,18	,10	-,05	,13	,18
2. MBodigT2		,90**	,79**	,88**	,53**	-,15	-,13	-,24	,15	,18	,012	-,04	-0,22	,10	,11	,04	-,06	-,08	,01
3. lienT2			,56**	,70**	,35**	-,11	-,09	-,20	,12	,11	-,07	,06	-0,15	-,04	,02	,13	-,11	-,03	-,03
4. AxiteT2				,61**	,54**	-,15	-,20	-,37**	,08	,18	,04	-,14	-,28*	,27*	,18	-,11	-,07	-,16	,07
5. RejetT2					,45**	-,13	-,05	-,08	,19	,19	,07	-,07	-0,15	,12	,11	,04	,02	-,08	-,00
6. ABUST2						-,10	-,23	-,20	,02	,09	,11	-,11	-,34**	,13	,21	,00	,00	,04	,20
7. TOTmHCCQT2							,10	,23	,27*	,11	,12	,25	,17	-,23	-,06	,02	-,08	-,01	,10
8. ActifT2								,63**	,14	,00	,08	,39**	,22	-,21	-,34**	,34**	,15	-,08	,07
9. PlanifT2									,16	,11	,19	,32*	,39**	-,28*	-,09	,33**	,03	-,12	-,11
10. SinstrumT2										,66**	,49**	,03	,28*	,07	,14	-,06	-,04	-,28*	-,05
11. SemotionnelT2											,61**	-,25	,11	,12	,26*	-,11	,03	-,24	-,00
12. ExpsentimT2												-,20	,21	-,00	,03	,04	-,01	-,07	,13
13. RéinterppT2													,29*	-,31*	-,11	,62**	,11	,21	-,06
14. AccepT2														-,18	,03	,27*	,21	,00	-,08
15. DeniT2															,37**	-,29*	-,14	,12	,14
16. BlameT2																-0,00	-,03	,06	,00
17. HumourT2																	,07	,30*	,02
18. ReligionT2																		-,02	-,04
19. DistractionT2																			,14
20. SubstancesT2																			
21. DesengagT2																			
22. TPTSDT3F																			
23. LienT3																			
24. AnxieT3																			
25. RejetT3																			
26. AbusT3																			
27. ActifT3																			
28. PlanifT3																			
29. SinstruT3																			
30. SemotionnelT3																			
31. ExpsentiT3																			
32. ReinterpT3																			
33. AccepT3																			
34. DeniT3																			
35. BlameT3																			
36. HumourT3																			
37. Religion																			
38. DistractionT3																			
39. SubstancesT3																			
40 DesengagT3																			

Tableau 1 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel, le soutien de l'équipe soignante et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum (suite article 6 pour femmes françaises). -suite-

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
1. TTPTSDT2	,16	,73**	,26*	,28*	0,21	,06	,03	-,01	-,03	-,35**	-,16	,11	-,05	,02	,02	,23	-,10	,11	,00	-,07
2. MBodigT2	,30*	,24	,50**	,57**	,65**	,31*	-,22	-,27*	-,02	-,03	-,19	-,02	-,12	,19	,01	,04	-,00	,06	,42**	,05
3. lienT2	,25	,11	,51**	,43**	,52**	,23	-,20	-,25	-,05	-,06	-,26*	-,05	-,15	,06	-,00	,02	-,06	,10	,36**	,06
4. AxiteT2	,27*	,29*	,39**	,66**	,49**	,34**	-,23	-,19	,08	-,11	-,15	-,04	-,11	,15	,087	-,03	,00	-,03	,17	-,00
5. RejetT2	,24	,24	,38**	,43**	,68**	,26*	-,14	-,23	-,03	,09	-,06	,03	-,04	,32*	-,03	,10	,07	,05	,49**	,07
6. ABUST2	,30*	,29*	,16	,56**	,36**	,14	-,10	-,21	-,05	-,03	-,04	-,05	-,04	,09	,04	,09	-,01	,09	,37**	-,02
7. TOTmHCCQT2	-,16	-,31*	-,00	-,08	-,15	0	,10	,16	,20	,15	,105	,22	,22	,14	-,06	-,18	,06	,12	,01	,09
8. ActifT2	-,58**	,04	-,08	-,25	-,07	-,21	,34*	,29*	-,02	,03	,16	,09	,15	-,13	-,29*	,16	,08	,06	-,18	-,17
9. PlanifT2	-,39**	,00	-,14	-,32*	-,10	-,30*	,41**	,52**	,12	,24	,38**	,08	,40**	-,04	-,10	,13	,00	,11	-,09	-,15
10. SinstrumT2	,03	,01	,07	-,01	,26*	-,00	,14	,01	,30*	,09	,31*	-,05	,10	,15	,10	,05	-,12	,02	,10	-,03
11. SemotionnelT2	,19	,04	,09	,11	,36**	,04	,04	-,13	,31*	,26	,38**	-,20	-,03	,14	,27*	-,11	-,03	,04	,13	,09
12. ExpsentimT2	-,02	-0,00	-,16	-,01	,16	-,26*	,06	-,09	,19	,16	,45**	-,16	,02	,03	,04	-,04	-,01	,02	,08	-,09
13. RéinterppT2	-,30*	,09	,00	-,13	-,00	,12	,14	,25	,11	,04	,00	,28*	,05	-,07	-,00	,22	-,13	,26*	,02	-,06
14. AccepT2	-,12	,03	-,02	-,31*	-,10	,02	,10	,19	,12	,18	,30*	,21	,29*	-,02	,23	,19	,129	,03	-,11	,11
15. DeniT2	,42**	,24	,09	-,01	,12	,02	-,05	-,06	,11	-,02	,23	,18	,16	,21	,03	,21	-,14	,31*	,14	,00
16. BlameT2	,40**	,21	,06	,05	,24	,21	,01	-,04	,05	,09	,14	,01	,00	,12	,25	,04	-,22	,15	,17	-,11
17. HumourT2	-,24	,19	-,07	-,01	,06	-,16	,08	,09	-,04	,11	,13	,21	-,04	,02	,05	,45**	,01	,29*	-,02	-,00
18. ReligionT2	,06	,00	,00	-,04	,10	,21	-,11	-,15	,05	,28*	,09	-,15	-,08	,27*	,17	-,20	,69**	,00	,04	,10
19. DistractionT2	,17	,05	-,07	-,18	,05	,14	-,07	,16	,08	,07	,11	,257	,03	-,05	,11	,37**	-,17	,46**	-,05	,22
20. SubstancesT2	-,04	,21	,00	,19	,12	-,07	-,00	-,08	,14	-,07	,05	-,08	,00	,04	-,17	-,11	-,03	,09	,21	,01
21. DesengagT2		,23	,26*	,18	,44**	,33*	-,45**	-,27*	,11	,15	,11	-,06	-,17	,29*	,36**	-,00	-,02	,16	,36**	,47**
22. TPTSDT3F			,38**	,38**	,37**	,02	-,03	,05	,07	-,15	-,02	,09	-,06	,17	,12	,28*	-,01	,01	,08	,08
23. LienT3				,47**	,58**	,34**	-,13	-,13	,20	-,02	-,02	,00	-,08	,23	,16	,05	,13	-,01	,02	,08
24. AnxieT3					,44**	,30*	-,13	-,21	,08	-,21	-,28*	-,12	-,19	,04	,07	-,03	,06	-,20	,15	-,03
25. RejetT3						,37**	-,20	-,15	,28*	,21	,20	-,11	-,13	,32*	,29*	,00	,10	,15	,36**	,31*
26. AbusT3							-,24	-,18	-,01	,00	-,05	,02	-,14	,15	,20	-,14	,03	,07	,03	,24
27. ActifT3								,52**	,12	,02	,24	,19	,46**	-,35**	-,27*	,18	-,10	,00	-,15	-,57**
28. PlanifT3									,36**	,18	,24	,40**	,39**	-,35**	-,06	,26*	-,11	,23	-,24	-,10
29. SinstruT3										,56**	,36**	,16	,08	,03	,23	,06	,08	,23	-,06	,14
30. SemotionnelT3											,50**	,13	,09	,18	,14	-,05	,33**	,33**	-,02	,25
31. ExpsentiT3												,13	,44**	,12	,20	,22	,08	,34**	,03	,05
32. ReinterpT3													,31*	,04	-,08	,57**	-,13	,32*	,06	-,05
33. AccepT3														-,04	-,07	,26*	,04	,14	,04	-,17
34. DeniT3															,23	-,08	,25	,02	,10	,28*
35. BlameT3																,02	,16	,03	,06	,42**
36. HumourT3																	-,30*	,18	,09	-,13
37. Religion																		,04	-,16	,25
38. DistractionT3																			,06	,19
39. SubstancesT3																				,11
40 DesengagT3																				1

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel, le soutien de l'équipe et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum chez les femmes tunisiennes (suite article 7).

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1.SOMPTSDT2	,31**	,10	,28**	,15	,51**	-,43**	,11	,04	,19*	,08	,25**	-,18*	-,10	-,19*	,49**	,16	,31**	-,02	,38**	-,31**	,22*	,07
2.MBodigT2		,87**	,82**	,61**	,59**	-,33**	,02	,05	,24**	,15	,10	,08	-,08	-,09	,30**	,09	,09	-,18*	,26**	,01	,10	-,03
3.BlienT2			,57**	,49**	,25**	-,18*	,02	,02	,19*	,17	,03	,07	-,00	-,05	,18*	,03	,06	-,19*	,17	,09	,03	-,09
4.BRejetT2				,43**	,42**	-,28**	,01	,06	,19*	,09	,12	,12	-,03	-,07	,23**	,06	,08	-,09	,20*	,02	,07	-,02
5.BAbusT2					,22*	-,25**	,06	,08	,14	,04	,08	,08	,00	-,00	,09	-,07	,09	-,04	,00	,09	,00	,03
6.BAxiétésoinT2						-,35**	,00	,04	,18*	,07	,10	-,02	-,26**	-,12	-,39**	,21*	,05	-,14	-,37**	-,20*	,22*	,09
7.MOYMHCC							,20*	,16	-,12	-,15	-,22*	,13	-,03	-,03	,43**	-,03	-,09	,01	,25**	,18*	-,18*	-,01
8.DistraT2								,65**	,04	-,14	,09	,08	-,17	-,10	,00	,27**	,06	-,01	-,00	,30**	-,04	,16
9.ActifT2									,25**	-,16	,22*	,04	-,03	,01	,07	,45**	,30**	-,05	-,01	,17	,04	,30**
10.DéniT2										-,06	,24**	-,22*	-,03	-,02	,35**	,13	,03	,01	,18*	-,06	,25**	,08
11.SubT2											-,01	,18*	,00	,01	,14	-,01	-,01	-,20*	,19*	,03	,12	,02
12.SémoT2												,00	,32**	,11	,27**	,41**	,40**	,27**	,08	-,02	,42**	,28**
13.DésengT2													,06	,09	-,18*	,10	,04	-,03	-,03	,47**	-,00	-,07
14.ReligT2														,25**	-,08	,24**	,34**	,40**	-,11	,00	,14	,15
15.AccepT2															-,10	,19*	,13	,20*	-,03	,08	,12	,22*
16.DramT2																,28**	,14	-,05	,51**	-,22*	,54**	,12
17.ExpsentiT2																	,45**	,10	,24**	-,09	,28**	,28**
18.SinstruT2																		,17	,11	-,07	,26**	,29**
19.RéinterpT2																			-,12	-,10	,17	,15
20.BlameT2																				-,11	,14	,07
21.HumourT2																					-,08	,05
22.RumT2																						,31**
23.PlanifT2																						
24.SOMPTSDT3																						
25.MBodigT3																						
26.BlienT3																						
27.BRejetT3																						
28.BAbusT3																						
29.BAxiétésoinT3																						
30.DistracT3																						
31.ActifT3																						
32.DéniT3																						
33.SubT3																						
34.SémotT3																						
35.DésengT3																						
36.ReligionT3																						
37.AccepT3																						
38.DramT3																						
39.ExpsentiT3																						
40.SinstruT3																						
41.RéinterpT3																						
42.BlameT3																						
43.HumourT3																						
44.RumT3																						
45.PlanifT3																						

Annexe 2

Tableau 2 : Corrélation entre le score du TSPT, le bonding maternel, le soutien de l'équipe et les stratégies de coping à deux mois et six mois post-partum chez les femmes tunisiennes (suite article 7).-suite-

	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
1.SOMPTSDT2	,30**	,21*	,19*	,09	,15	,24**	-,01	-,15	,27**	,15	-,02	,12	-,01	-,11	,28**	,05	,05	-,12	,26**	,03	,03	-,19*
2.MBodigT2	,24**	,47**	,44**	,32**	,23**	,31**	-,16	-,24**	,21*	,24**	,02	,01	,03	-,09	,38**	,05	,20*	-,21*	,08	-,03	,24**	-,07
3.BlienT2	,18*	,38**	,39**	,27**	,11	,22*	-,07	-,13	,18*	,15	-,01	,09	,04	-,03	,27**	,10	,18*	-,15	,03	-,02	,26**	,05
4.BRejetT2	,22*	,44**	,38**	,31**	,24**	,33**	-,16	-,23**	,12	,18*	,09	-,10	,03	-,10	,32**	,01	,15	-,21*	,08	-,00	,14	-,12
5.BAbusT2	,11	,22*	,19*	,15	,26**	,11	-,17	-,22*	,02	,17	,04	-,01	,02	-,05	,20*	,01	,05	-,12	,00	-,07	,15	-,12
6.BAxiétésoinT2	,16	,30**	,27**	,18*	,21*	,24**	-,14	-,22*	,24**	,24**	-,01	-,01	-,02	-,11	,33**	-,02	,15	-,15	,14	-,02	,12	-,15
7.MOYMHCCQT2TUN	-,26**	-,27**	-,27**	-,17	-,24**	-,12	,04	,13	-,20*	-,18*	,07	-,03	-,05	-,08	-,07	,03	-,06	,18*	-,13	-,03	-,01	,11
8.DistraT2	-,10	-,19*	-,17*	-,17*	-,06	-,10	,18*	-,06	,07	,09	-,01	-,06	-,15	-,15	,06	,03	-,18*	-,00	,00	,01	,10	-,01
9.ActifT2	-,16	-,16	-,15	-,19*	-,01	-,02	,08	,05	,05	,02	,18*	-,12	-,09	-,11	,11	,14	,01	,00	,08	-,08	,22*	,04
10.DéniT2	-,02	-,05	-,08	-,05	,16	-,02	,19*	,16	,20*	,15	,01	-,07	-,05	,00	,21*	,13	,03	-,00	-,07	,11	,12	-,04
11.SubT2	,24**	,19*	,16	,10	,01	,21*	-,14	-,16	,09	,31**	,15	-,01	,16	-,03	,17	,25**	,19*	-,00	,19*	-,08	,10	,13
12.SémoT2	,16	,02	-,05	,01	,19*	,08	,09	,08	,12	-,01	,18*	-,05	,01	,13	,04	,20*	,13	,09	,04	,02	,28**	,09
13.DésengT2	,05	,05	,04	,03	-,03	,07	,01	-,04	-,08	,10	,10	-,02	-,03	-,13	-,08	,11	-,04	-,04	,05	-,01	,01	,05
14.ReligT2	,06	-,03	,00	-,03	-,05	-,08	-,13	,03	-,05	-,07	,11	-,00	,31**	,05	-,06	,05	,19*	,12	-,05	-,10	,03	,03
15.AccepT2	,00	-,09	-,07	-,05	-,04	-,13	,10	,06	,02	-,05	,09	,20*	,03	,25**	-,18*	,10	,11	,05	-,09	,19*	-,06	,12
16.DramT2	,31**	,14	,07	,08	,21*	,20*	,06	-,02	,25**	,07	,06	,02	-,04	,01	,20*	,15	,17*	-,16	,14	,16	,13	-,09
17.ExpsentiT2	,13	,01	-,01	-,02	,02	,09	,04	,01	,07	-,04	,25**	,02	,10	,02	,09	,26**	,23**	,07	,12	,00	,19*	,07
18.SinstruT2	,25**	,12	,14	,00	,05	,16	-,01	,06	,03	-,12	,28**	,07	,10	,12	,11	,31**	,23**	,08	,09	,03	,23**	,07
19.RéinterpT2	,07	-,05	-,08	,01	-,02	-,04	-,09	-,06	-,12	-,10	,01	,08	-,05	,00	-,06	-,04	-,02	-,17	-,17*	-,04	,02	-,14
20.BlameT2	,14	,07	,06	,03	,08	,06	,24**	,02	,21*	,13	-,06	,19*	,04	,11	,05	,07	,10	-,06	,15	,30**	-,07	-,03
21.HumourT2	-,13	-,02	-,03	,02	-,00	-,06	,21*	,02	-,05	,12	-,04	-,00	-,06	,10	-,12	,01	-,15	,20*	,01	,08	,04	,19*
22.RumT2	,25**	,03	,03	-,02	,13	,04	,00	,01	,12	-,00	,19*	,06	,01	,03	,11	,22*	,24**	,05	,05	,03	,20*	-,00
23.PlaniT2	,00	-,06	-,13	-,02	,06	,01	,02	,00	,16	-,06	,22*	-,06	,06	,08	,24**	,21*	,19*	,01	-,03	,07	,28**	,04
24.SOMPTSDT3		,46**	,41**	,31**	,15	,41**	-,08	-,07	,10	-,00	,21*	-,02	,11	,00	,22*	,29**	,28**	,00	,13	-,14	,19*	-,03
25.MBodigT3			,86**	,81**	,36**	,71**	-,25**	-,24**	-,02	,23**	,09	,05	,00	-,00	,21*	,07	,26**	-,10	,18*	-,09	,07	-,12
26.BlienT3				,51**	,17	,45**	-,19*	-,21*	,04	,24**	,05	,10	,12	-,02	,16	,08	,27**	-,06	,20*	-,02	,07	-,05
27.BRejetT3					,23**	,46**	-,20*	-,22*	-,12	,13	,05	,07	-,11	,06	,15	-,01	,14	-,05	,04	-,06	-,03	-,13
28.BAbusT3						,29**	-,03	-,07	,05	,17*	,03	-,11	-,11	-,11	,11	,02	,04	-,22*	,01	-,03	,08	-,15
29.BAxiétésoinT3							-,24**	-,15	-,01	,12	,16	-,05	-,03	-,03	,20*	,12	,22*	-,11	,19*	-,19*	,17	-,11
30.DistracT3								,64**	,05	,03	-,07	,29**	-,05	,33**	-,33**	,17	-,17	,27**	-,11	,50**	-,15	,13
31.ActifT3									-,05	-,11	,09	,19*	,01	,28**	-,31**	,19*	-,04	,35**	-,09	,31**	-,01	,22*
32.DéniT3										,13	,06	,03	,02	-,05	,37**	,30**	,17	-,19*	,36**	,02	,25**	-,11
33.SubT3											,01	-,04	-,06	-,00	,06	,03	,03	-,12	,10	,08	-,00	-,06
34.SémotT3												-,16	,17	,06	,28**	,62**	,45**	,11	,15	-,09	,32**	,05
35.DésengT3													-,03	,36**	-,09	,04	,12	,20*	,08	,50**	-,05	-,01
36.ReligionT3														,06	,08	,22*	,36**	,34**	,05	-,08	-,04	,16
37.AccepT3															-,09	,26**	,08	,46**	-,01	,37**	,16	,13
38.DramT3																,27**	,33**	-,17*	,20*	-,14	,48**	-,05
39.ExpsentiT3																	,51**	,29**	,33**	,07	,46**	,23**
40.SinstruT3																		,24**	,16	,02	,29**	,12
41.RéinterpT3																			,07	,13	-,02	,38**
42.BlameT3																				-,13	,06	,16
43.HumourT3																					-,12	,10
44.RumT3																						,04
45.PlanifT3																						

Madame,

Cette recherche pour laquelle vous êtes invitée à participer a pour but de mieux connaitre les facteurs physiques et psychologiques devant être pris en considération pour soutenir les futures mères dans l'exercice de leur rôle de parent. C'est pourquoi nous aimerions savoir dans un premier temps, comment vous vivez votre grossesse et dans un second temps comment vous avez vécu la naissance de votre enfant et les premières semaines avec lui. Nous avons donc besoin que vous répondiez le plus spontanément possible à toutes les questions de ce questionnaire, sachant qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Le temps requis pour compléter ce questionnaire est d'environ 15 minutes.

Il est très important de répondre à toutes les questions afin de garantir la validité de l'étude.

Soyez assurée que les informations que vous me transmettrez resteront strictement confidentielles.

Pour de plus amples informations concernant l'étude, vous pouvez me contacter au : 06 70 37 71 14 ou nawel.hanachi@univ-lorraine.fr

Merci pour votre collaboration

Nawel Hannachi

Psychologue et doctorante à l'université de Lorraine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Ile du Saulcy
BP 30309 57006 METZ Cedex 1 Téléphone : 03 87 31 52 29

Accord de participation à une étude clinique

Je soussignée…….
Adresse :……
……...
E-mail :……..
Téléphone :……
Semaine de grossesse :……..
Date estimée de l'accouchement :……..

Consens à participer à une recherche portant sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum réalisée sous la direction du professeur Elisabeth Spitz (université de lorraine, site de Metz) et Nawel Hannachi, psychologue et doctorante à l'université de lorraine.

Comme participante, je devrai remplir le questionnaire permettant d'évaluer cette recherche.

Ma participation à cette recherche est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet. En signant ce formulaire, je comprends que je demeure entièrement libre de me retirer de la recherche à tout moment.

Toutes les données qui seront recueillies à mon sujet ou à celui de mon enfant après mon accouchement seront codées de façon à préserver mon anonymat. Ainsi, aucune information nominative (nom, adresse ou numéro de téléphone) n'apparaîtra sur le questionnaire ou dans le rapport final.

Je reconnais donc avoir lu ce formulaire et avoir obtenu toutes les informations additionnelles souhaitées. Je consens donc à participer à l'étude et d'être recontactée après la naissance de mon bébé, pour l'évaluation post-partum.

Fait à ……Le……..

Signature de la personne acceptant de participer à cette recherche précédée par la mention « lu et approuvé ».

Annexe 5 : Questionnaire prénatal pour les femmes françaises

55613

Date:...../...../.....

1. Date de naissance:...../...../.....
2. Date prévue du terme:...../...../.....
3. Pays d'origine:.....

4. Situation conjugale: ☐ En couple ☐ Séparée ☐ Seule
5. Excercez-vous une activité professionnelle: ☐ Oui ☐ Non
   Si oui laquelle?.....
6. Combien d'enfants avez-vous déjà :.....
7. Lors de vos grossesse précédentes, avez-vous connu des complications: ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, de quels types de complications s'agissait-il?.....
   .....
   En ce qui concerne, votre grossesse actuelle....
8. Etait-elle programmée: ☐ Oui ☐ Non
9. S'agit-il d'une grossesse: ☐ Simple ☐ Géméllaire ☐ Multiple
10. Quelle a été votre réaction face à cette grossesse: ☐ Positive ☐ Négative
11. Avez-vous eu des complications pendant cette grossesse: ☐ Oui ☐ Non
    Si oui, de quels types de complications s'agit-il?.....
    .....
12. En cas d'hospitalisation, combien de temps êtes vous rester hospitalisée?.....
13. Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance: ☐ Oui ☐ Non
14. Vous sentez-vous préparée à l'accouchement: ☐ Oui ☐ Non
15. Durant votre grossesse, vous sentez-vous soutenue par :

Le père de l'enfant:	☐ Toujours	☐ Le plus souvent	☐ Parfois	☐ Pas suffisament	☐ Pas du tout
Votre famille:	☐ Toujours	☐ Le plus souvent	☐ Parfois	☐ Pas suffisament	☐ Pas du tout
Vos proches:	☐ Toujours	☐ Le plus souvent	☐ Parfois	☐ Pas suffisament	☐ Pas du tout

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.
Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

☐ Excellente
☐ Très bonne
☐ Bonne
☐ Médiocre
☐ Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière, à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

☐ Bien meilleure que l'an dernier
☐ Plutôt meilleure
☐ A peu près pareil
☐ Plutôt moins bien
☐ Beaucoup moins bien

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limitée en raison de votre état de santé actuel.

	Oui, beaucoup limitée	Oui, un peu limitée	Non, pas du tout limitée
a. Effort physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport.....	☐	☐	☐
b. Effort physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...	☐	☐	☐
c. Soulever et porter les courses.....	☐	☐	☐
d. Monter plusieurs étages par l'escalier.....	☐	☐	☐
e. Monter un étage par l'escalier.....	☐	☐	☐
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.....	☐	☐	☐
g. Marcher plus d'un km à pieds.....	☐	☐	☐
h. Marcher plusieurs centaines de mètres.....	☐	☐	☐
i. Marcher une centaine de mètre.....	☐	☐	☐
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller.....	☐	☐	☐



55613

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?	☐	☐
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire).	☐	☐

5. Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée):

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude?	☐	☐

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un petit peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines , quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

- ☐ Nulle
- ☐ Très faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Grande
- ☐ Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitées dans votre travail ou vos activités domestiques?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un petit peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

55613

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous êtes vous sentie au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces quatre semaines, y a-t-il eu des moments où:

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais
a. Vous vous êtes sentie dynamique ?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Vous vous êtes sentie très nerveuse ?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	☐	☐	☐	☐	☐
d. Vous vous êtes sentie calme et détendue ?	☐	☐	☐	☐	☐
e. Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?	☐	☐	☐	☐	☐
f. Vous vous êtes sentie triste et abattue ?	☐	☐	☐	☐	☐
g. Vous vous êtes sentie épuisée ?	☐	☐	☐	☐	☐
h. Vous vous êtes sentie heureuse ?	☐	☐	☐	☐	☐
i. Vous vous êtes sentie fatiguée ?	☐	☐	☐	☐	☐

10. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel, vous a gênée dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ☐ En permanence
- ☐ Une bonne partie du temps
- ☐ De temps en temps
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas:

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totalement fausses
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	☐	☐	☐	☐	☐
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	☐	☐	☐	☐	☐
d. Je suis en excellente santé	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous vécu des évènements graves, liés à vos grossesses précédentes ou à des soucis gynécologiques, qui vous ont marqués durant les dernières années? Si oui, pouvez-vous les décrire?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

55613

Mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse parmi les quatre choix proposés

1. Je me sens tendue ou énervée

☐ La plupart du temps
☐ Souvent
☐ De temps en temps
☐ Jamais

2. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

☐ Oui, très nettement
☐ Oui, mais ce n'est pas grave
☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
☐ Pas du tout

3.Je me fais du soucis

☐ Très souvent
☐ Souvent
☐ Occasionnellement
☐ Très occasionnellement

4. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

☐ Oui, quoi qu'il arrive
☐ Souvent
☐ Rarement
☐ Jamais

5. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

☐ Jamais
☐ Parfois
☐ Assez souvent
☐ Très souvent

6. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

☐ Oui, c'est tout à fait le cas
☐ Un peu
☐ Pas tellement
☐ Pas du tout

7. J'éprouve des sensations soudains de panique

☐ Vraiment trés souvent
☐ Assez souvent
☐ Pas très souvent
☐ Jamais

Ces questions portent sur le soutien que vous apporte l'équipe soignante (médecins, gynécologues, sage-femmes, infiers(e), en particulier sur le soutien à l'autonomie qu'ils vous procurent durant votre grossesse.

	Pas du tout vrai – Très vrai				
1. Je sens que l'équipe soignante me donne des conseils et me laisse le choix quant au déroulement de ma grossesse (voyager, régime alimentaire, etc).	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je sens que l'équipe soignante comprend comment j'envisage le déroulement de ma grossesse (travailler jusqu'à terme, continuer de faire de l'activité physique, etc).	☐	☐	☐	☐	☐
3. L'équipe soignante me fait confiance pour gérer au mieux le déroulement de ma grossesse.	☐	☐	☐	☐	☐
4. L'équipe soignante m'encourage à poser des questions sur le déroulement de ma grossesse.	☐	☐	☐	☐	☐
5. L'équipe soignante écoute ce que je voudrais faire en ce qui concerne le déroulement de ma grossesse (arrêter de fumer ou pas, prise de compléments alimentaires ou pas, etc)..	☐	☐	☐	☐	☐
6. L'équipe soignante essaie de comprendre comment j'envisage le déroulement de ma grossesse avant de me proposer une nouvelle façon de faire les choses.	☐	☐	☐	☐	☐

4

55613

Vous attendez un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la case qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant cette semaine (c'est-à-dire durant les sept jours qui viennent de s'écouler et pas seulement aujourd'hui.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- ☐ Aussi souvent que d'habitude
- ☐ Pas tout à fait autant
- ☐ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ Absolument pas.

2. Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

3. Je me suis sentie inquiéte ou soucieuse sans motifs

- ☐ Non, pas du tout
- ☐ Presque jamais
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, très souvent

4. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- ☐ Oui, vraiment souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

5. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- ☐ Oui, la plupart du temps je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ Oui, parfois je me suis sentie capable de faire face que d'habitude.
- ☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ Non, je me suis sentie efficace que d'habitude

6. Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Presque jamais
- ☐ Jamais

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

8. Je me suis sentie triste et peu heureuse

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, pas du tout

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Seulement de temps en temps
- ☐ Non, jamais

10. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- ☐ Autant que d'habitude
- ☐ Plutôt moins que d'habitude
- ☐ Vraiment moins que d'habitude
- ☐ Pratiquement pas



Activ
Accédé

Maintenant, nous allons vous demander de penser à une situation stressante que vous avez vécue durant ces deux derniers mois et à la façon dont vous avez réagi face à elle. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi dans cette situation.
Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées	☐	☐	☐	☐
2. J'agis pour essayer d'améliorer la situation	☐	☐	☐	☐
3. Je me dis que ce n'est pas réel	☐	☐	☐	☐
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux	☐	☐	☐	☐
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres	☐	☐	☐	☐
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation	☐	☐	☐	☐
7. J'essaye de trouver du réconfort dans ma religion ou des croyances spirituelles	☐	☐	☐	☐
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation de future maman	☐	☐	☐	☐
9. J'évacue mes sentiments déplaisant en en parlant	☐	☐	☐	☐
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes	☐	☐	☐	☐
11. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif	☐	☐	☐	☐
12. Je me critique	☐	☐	☐	☐
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire	☐	☐	☐	☐
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un	☐	☐	☐	☐
15. J'abandonne l'espoir de faire face	☐	☐	☐	☐
16. Je prends la situation avec humour	☐	☐	☐	☐
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la télévision, lire, rêver tout éveillé, dormir ou faire les magasins)	☐	☐	☐	☐
18. J'exprime mes sentiments négatifs	☐	☐	☐	☐
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire	☐	☐	☐	☐
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation	☐	☐	☐	☐
21. Je refuse de croire que ça m'arrive	☐	☐	☐	☐
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation	☐	☐	☐	☐
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation	☐	☐	☐	☐
24. Je me concentre sur les étapes à suivre	☐	☐	☐	☐
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent	☐	☐	☐	☐
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qui m'arrivent	☐	☐	☐	☐
27. Je prie ou médite	☐	☐	☐	☐
28. Je m'amuse de la situation	☐	☐	☐	☐

Remarques sur l'étude ou sur le vécu de votre grossesse:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre collaboration

Annexe 6 : Présentation étude postnatale (2mois postpartum pour les femmes françaises

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Madame,

Cette étude est menée dans la cadre de mon doctorat, réalisée sous la direction du Professeur Elisabeth Spitz (Laboratoire de Psychologie de la Santé de l'Université de Lorraine, site de Metz). Vous avez déjà participé à la première partie de cette recherche portant sur la qualité de vie de la femme enceinte. Maintenant votre bébé est né. Toutes nos félicitations !

Cette étude porte sur le vécu de l'accouchement, la qualité de vie de la maman, ainsi que les premiers liens établis avec le bébé. Nous cherchons ici à savoir si vous avez ou non rencontré des difficultés au moment de votre accouchement, et au cours des premières semaines passées avec votre bébé.

Pour mieux comprendre votre vécu, nous avons besoin que vous répondiez le plus sincèrement possible à toutes les questions, sachant qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Ces questionnaires sont utilisés dans le cadre de nombreuses recherches internationales.

Le temps requis pour compléter ce questionnaire est d'environ 15 minutes.

Il est très important de répondre à toutes les questions afin de garantir la validité de l'étude.

Soyez assurée que les informations que vous me transmettrez resteront strictement confidentielles.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations concernant l'étude, ou si vous sentez le besoin de parler à un professionnel, vous pouvez me contacter au : 06 70 37 71 14 ou nawel.hanachi@univ-lorraine.fr

Merci pour votre collaboration

Nawel Hannachi
Psychologue
Doctorante à l'université de Lorraine
UFR Sciences Humaines et Sociales
EA 4360 APEMAC-EPSaM
Université de Lorraine.-Metz

Annexe 7 : Questionnaire post-natal (2 mois post-partum) pour les femmes françaises



49797

1. Date de votre accouchement : ...../...../.....

2. Votre grossesse a-t-elle été menée à terme ? ☐ Oui ☐ Non

3. Comment avez-vous vécu votre accouchement ?

.....
.....
.....
.....

4. Quel est le sexe de votre (vos) enfant(s) ? ☐ F ☐ M

5. Votre conjoint a-t-il assisté à l'accouchement ? ☐ Oui ☐ Non

6. Comment est né votre enfant ?

☐ Voie naturelle
☐ Césarienne programmée
☐ Césarienne d'urgence
☐ Ventouses
☐ Forceps

7. Combien de temps votre travail d'accouchement a t-il duré ?.....

8. Combien de temps êtes-vous restée à la maternité ? .....

9. Comment va votre bébé ?

.....
.....

10. Comment allez-vous dans votre (nouveau) rôle de maman ?

.....
.....

11. Avez-vous bénéficié d'un accompagnement psychologique pendant votre grossesse ? ☐Oui ☐ Non

12. Avez-vous rencontré des difficultés spécifiques avec votre bébé ?

.....
.....

13. Avez-vous pris un congé de maternité ? ☐Oui ☐Non

14. Avez-vous pris un congé parental ? ☐Oui ☐Non

Si oui, pour combien de temps ? .....

Si non, quel mode de garde pour votre bébé avez-vous choisi ? .....

15. Souhaiteriez-vous rajouter un commentaire sur le vécu de votre accouchement et les premières semaines avec votre bébé ?

.....
.....
.....
.....
.....

1



49797

Mettez une croix dans la case correspondant à votre réponse parmi les quatre choix proposés:

1. Je me sens tendue ou énervée

- ☐ La plupart du temps
- ☐ Souvent
- ☐ De temps en temps
- ☐ Jamais

2. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- ☐ Oui, très nettement
- ☐ Oui, mais ce n'est pas grave
- ☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- ☐ Pas du tout

3. Je me fais du souci

- ☐ Très souvent
- ☐ Souvent
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Très occasionnellement

4. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée

- ☐ Oui, quoi qu'il arrive
- ☐ Souvent
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

5. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- ☐ Oui, c'est tout à fait le cas
- ☐ Un peu
- ☐ Pas tellement
- ☐ Pas du tout

7. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais



49797

Vous avez eu votre bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la case qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant cette semaine (c'est-à-dire durant les sept jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- ☐ Aussi souvent que d'habitude
- ☐ Pas tout à fait autant
- ☐ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ Absolument pas.

2. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal.

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

3. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- ☐ Non, jamais
- ☐ Presque jamais
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, très souvent

4. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- ☐ Oui, vraiment souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, pas très souvent
- ☐ Non, jamais

5. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- ☐ Oui, la plupart du temps je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ Oui, parfois je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
- ☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

6. Il m'est arrivée de penser à me faire mal

- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Presque jamais
- ☐ Jamais

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

8. Je me suis sentie triste et peu heureuse

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Seulement de temps en temps
- ☐ Non, jamais

10. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- ☐ Autant que d'habitude
- ☐ Plutôt moins que d'habitude
- ☐ Vraiment moins que d'habitude
- ☐ Pratiquement pas



49797

Maintenant, nous allons vous demander de penser à une situation stressante que vous avez vécue durant ces deux derniers mois et à la façon dont vous y avez réagi. Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi face à cette situation.
Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place.

Citez la situation à laquelle vous penser:.....
.....
.....

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées	☐	☐	☐	☐
2. J'agis pour essayer d'améliorer la situation	☐	☐	☐	☐
3. Je me dis que ce n'est pas réel	☐	☐	☐	☐
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux	☐	☐	☐	☐
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres	☐	☐	☐	☐
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation	☐	☐	☐	☐
7. J'essaye de trouver du réconfort dans ma religion ou des croyances spirituelles	☐	☐	☐	☐
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation de future maman	☐	☐	☐	☐
9. J'évacue mes sentiments déplaisants en en parlant	☐	☐	☐	☐
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes	☐	☐	☐	☐
11. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif	☐	☐	☐	☐
12. Je me critique	☐	☐	☐	☐
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire	☐	☐	☐	☐
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un	☐	☐	☐	☐
15. J'abandonne l'espoir de faire face	☐	☐	☐	☐
16. Je prends la situation avec humour	☐	☐	☐	☐
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la télévision, lire, rêver toute éveillé, dormir ou faire les magasins).	☐	☐	☐	☐
18. J'exprime mes sentiments négatifs	☐	☐	☐	☐
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire	☐	☐	☐	☐
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation	☐	☐	☐	☐
21. Je refuse de croire que ça m'arrive	☐	☐	☐	☐
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation	☐	☐	☐	☐
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation	☐	☐	☐	☐
24. Je me concentre sur les étapes à suivre	☐	☐	☐	☐
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent	☐	☐	☐	☐
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qui m'arrive	☐	☐	☐	☐
27. Je prie ou médite	☐	☐	☐	☐
28. Je m'amuse de la situation	☐	☐	☐	☐



48797

Ci-dessous vous allez trouver un ensemble d'affirmations que des femmes ont utilisées pour décrire leur expérience d'accouchement. Lisez chaque affirmation et cochez d'une croix la réponse qui, au moment présent, correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Comment décririez-vous votre accouchement?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
a. Mon accouchement a été une expérience éprouvante	☐	☐	☐	☐
b. Pendant l'accouchement, je me suis sentie physiquement atteinte	☐	☐	☐	☐
c. Pendant l'accouchement, j'ai eu peur que moi-même ou mon bébé soyons blessés ou mourions	☐	☐	☐	☐
d. Pendant l'accouchement, je me suis sentie angoissée, impuissante ou horrifiée	☐	☐	☐	☐

Comment vous sentez-vous à présent?

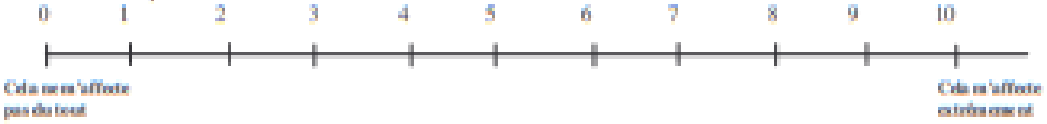
	Jamais	De temps en temps	Souvent	La plupart du temps
1. Des images et pensées déplaisantes concernant mon accouchement s'imposent à moi.	☐	☐	☐	☐
2. Je fais des rêves désagréables à propos de mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
3. Soudainement, j'ai l'impression de revivre mon accouchement et je me sens submergée par des pensées horrifiantes.	☐	☐	☐	☐
4. Tous les souvenirs de mon accouchement me provoquent une intense détresse psychologique.	☐	☐	☐	☐
5. Les souvenirs de mon accouchement me provoquent une détresse physique (comme des battements de coeur plus rapides, respiration accélérée, se sentir tendue, commencer à transpirer, etc.)	☐	☐	☐	☐
6. J'essaie de rester éloignée des pensées, émotions ou conversations qui pourraient me rappeler mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
7. J'essaie d'éviter des activités, endroits ou personnes qui pourraient me rappeler mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
8. J'ai des difficultés à me souvenir des moments importants de mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
9 Depuis mon accouchement, j'ai des pensées négatives sur moi-même, sur autrui ou sur le monde (Ex: avoir des pensées telles que: je suis nulle, je ne peux faire confiance à personne, le monde est dangereux, etc).	☐	☐	☐	☐
10. Depuis mon accouchement, j'en veux à l'équipe médicale.	☐	☐	☐	☐
11. Lorsque je repense à mon accouchement, je ressens de la culpabilité sans pouvoir me raisonner.	☐	☐	☐	☐
12. Lorsque je repense à mon accouchement, j'éprouve des émotions déplaisantes (peur, colère, honte, etc.).	☐	☐	☐	☐
13. J'ai des difficultés à m'engager dans des activités qui me plaisaient avant mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
14. Depuis mon accouchement, je me sens détachée ou éloignée des autres.	☐	☐	☐	☐
15. Depuis mon accouchement, ma capacité à aimer ou à être affectueuse avec autrui est restreinte.	☐	☐	☐	☐
16. Je peux soudainement me sentir très irritée ou en colère sans raison.	☐	☐	☐	☐
17. Je prends trop de risques et je fais des choses qui peuvent me nuire (conduite dangereuse, consommation excessive de médicaments, etc.).	☐	☐	☐	☐
18. Je me sens tout le temps tendue et sur le qui-vive.	☐	☐	☐	☐
19. J'ai des réactions exagérées de sursauts face aux événements inattendus.	☐	☐	☐	☐
20. J'ai des difficultés à me concentrer.	☐	☐	☐	☐
21. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester éveillée car je suis perturbée par des pensées et des souvenirs de mon accouchement	☐	☐	☐	☐



49797

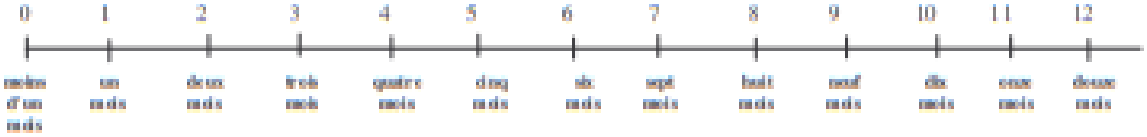
Maintenant, évaluez dans quelle mesure les déclarations 1 à 21 de la page précédente affectent votre vie quotidienne. Cochez une seule case entre 0 (cela ne m'affecte pas du tout) à 10 (cela m'affecte extrêmement), sur l'échelle ci-dessous.

Combien votre vie quotidienne est-elle affectée ?



Si vous sentez que votre vie quotidienne est affectée par les problèmes décrits à la page précédente, depuis combien de temps considérez-vous que cela arrive? Prenez en compte la toute première fois que vous avez ressenti un de ces problèmes.

Entourez le nombre de mois qui correspond à votre situation :



Ces questions portent sur le soutien que vous a apporté l'équipe soignante (médecins, gynécologues, sage-femmes, infirmier(ère)) durant votre accouchement.

	Pas du tout vrai				Très vrai
	−				+
1. J'ai senti que l'équipe soignante comprenait comment j'envisageais le déroulement de mon accouchement.	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai senti que l'équipe soignante me proposait des choix et des options quant au déroulement de mon accouchement .	☐	☐	☐	☐	☐
3. L'équipe soignante m'a fait confiance pour gérer au mieux le déroulement de mon accouchement.	☐	☐	☐	☐	☐
4. L'équipe soignante m'a encouragée durant mon accouchement.	☐	☐	☐	☐	☐
5. L'équipe soignante m'a proposé de donner (ou émettre) mon avis durant mon accouchement.	☐	☐	☐	☐	☐
6. L'équipe soignante a tenu compte de mon avis, de mes demandes durant mon accouchement.	☐	☐	☐	☐	☐



49797

Veuillez cocher d'une croix la réponse la plus proche de ce que vous éprouvez vis-à-vis de votre enfant.

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
1. Je me sens proche de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je regrette le temps où je n'avais pas mon enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me sens distante de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
4. J'aime câliner mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Je regrette d'avoir eu mon enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Le bébé ne semble pas être le mien.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mon bébé me "tape sur le système".	☐	☐	☐	☐	☐
8. J'aime un peu mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je me sens heureuse quand mon bébé sourit ou rit.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Mon bébé m'irrite.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je prends plaisir à jouer avec mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Mon bébé pleure beaucoup.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je me sens prisonnière de mon rôle de mère.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je suis en colère contre mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
15. J'en veux à mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Mon bébé est le plus beau bébé du monde.	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'aimerais que d'une façon ou d'une autre mon bébé s'en aille.	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'ai fait des choses nuisibles à mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Mon bébé me rend anxieuse.	☐	☐	☐	☐	☐
20. J'ai peur de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Mon bébé m'ennuie.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Je me sens à l'aise en m'occupant de mon enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Il me semble que la seule solution serait que quelqu'un d'autre s'occupe de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Il me semble que je fais du mal à mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Il est facile de réconforter mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Il m'arrive de secouer mon bébé lorsqu'il se montre particulièrement difficile.	☐	☐	☐	☐	☐



4979 7

Les énoncés suivants décrivent les croyances de nouveaux parents quant à leur capacité de prendre soin de leur enfant.
Après avoir lu chaque énoncé, veuillez cocher la case qui, selon vous, décrit le mieux la façon dont vous vous sentez dans votre rôle de parent. Puisqu'il s'agit d'énoncés concernant des croyances, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez.

	Je ne peux pas le faire	Je peux difficilement le faire	Je peux raisonnablement le faire	Je peux certainement le faire	Je peux le faire
1. Je peux reconnaître quand mon bébé a faim.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je peux réagir efficacement avec mon bébé lorsqu'il ou elle pleure sans raison.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je peux reconnaître quand mon bébé est malade.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je peux reconnaître quand il est temps d'ajouter de nouveaux aliments à l'alimentation de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Lorsque je pense que mon bébé est malade, je peux prendre sa température efficacement.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je peux prévenir les pleurs de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je peux donner à mon bébé l'attention qu'il ou elle a besoin.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je peux engager les services d'une gardienne quand j'en ai besoin.	☐	☐	☐	☐	☐
9. je peux reconnaître ce que mon bébé aime ou n'aime pas.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je peux sentir les humeurs de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je peux démontrer mon amour pour mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je peux calmer mon bébé lorsqu'il ou elle est irritable.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je peux aider mon bébé dans les situations stressantes telles qu'une visite au bureau du médecin.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je peux éveiller les sens de mon bébé en jouant avec lui ou elle.	☐	☐	☐	☐	☐



-8979 7

Les Questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.
Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Médiocre
- ☐ Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière, à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

- ☐ Bien mieux que l'an dernier
- ☐ Plutôt mieux
- ☐ A peu près pareil
- ☐ Plutôt moins bien
- ☐ Beaucoup moins bien

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limitée en raison de votre état de santé actuel.

	oui, beaucoup limitée	oui, un peu limitée	Non, pas du tout limitée
a. Effort physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	☐	☐	☐
b. Effort physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	☐	☐	☐
c. Soulever et porter les courses	☐	☐	☐
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	☐	☐	☐
e. Monter un étage par l'escalier	☐	☐	☐
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	☐	☐	☐
g. Marcher plus d'un km à pieds	☐	☐	☐
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	☐	☐	☐
i. Marcher une centaine de mètres	☐	☐	☐
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	☐	☐	☐

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique:

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?	☐	☐
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire).	☐	☐

5. Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée):

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude?	☐	☐



6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gênée dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un petit peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines , quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

- ☐ Nulle
- ☐ Très faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Grande
- ☐ Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitée dans votre travail ou vos activités domestiques?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un petit peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous êtes vous sentie au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer le réponse qui vous semble la plus appropriée.
Au cours de ces quatre semaines, y a-t-il eu des moments où:

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais
a. Vous vous êtes sentie dynamique ?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Vous vous êtes sentie très nerveuse ?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	☐	☐	☐	☐	☐
d. Vous vous êtes sentie calme et détendue ?	☐	☐	☐	☐	☐
e. Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?	☐	☐	☐	☐	☐
f. Vous vous êtes sentie triste et abattue ?	☐	☐	☐	☐	☐
g. Vous vous êtes sentie épuisée ?	☐	☐	☐	☐	☐
h. Vous vous êtes sentie heureuse ?	☐	☐	☐	☐	☐
i. Vous vous êtes sentie fatiguée ?	☐	☐	☐	☐	☐

10. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ☐ En permanence
- ☐ Une bonne partie du temps
- ☐ De temps en temps
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas:

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	☐	☐	☐	☐	☐
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	☐	☐	☐	☐	☐
d. Je suis en excellente santé	☐	☐	☐	☐	☐

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Madame,

Comme vous le savez, cette étude est menée dans le cadre d'une thèse, réalisée sous la direction du Professeur Elisabeth Spitz (Laboratoire de Psychologie de la Santé. Université de Lorraine, site de Metz). Vous avez déjà participé aux deux premières parties de cette étude et je tiens à vous remercier vivement de votre fidèle participation.

Maintenant votre bébé n'est plus un nourrisson et vous avez eu le temps de faire connaissance, de vous apprivoiser et de réorganiser votre vie avec une personne de plus ! Le temps passe vite et vous n'imaginez peut-être plus une vie sans votre enfant, encore une fois nous aimerions savoir : Comment allez-vous ? Comment avez-vous vécu les premiers mois avec votre bébé ?

Pour mieux comprendre votre vécu, nous avons besoin que vous répondiez le plus sincèrement possible à toutes les questions, sachant qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse. Ces questionnaires sont utilisés dans le cadre de nombreuses recherches internationales.

Il est très important de répondre à toutes les questions afin de garantir la validité de l'étude.

Soyez assurée que les informations que vous me transmettrez resteront strictement confidentielles.

Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations concernant l'étude, ou si vous sentez le besoin de parler à un professionnel, vous pouvez me contacter au : 06 70 37 71 14 ou nawel.hannachi@univ-lorraine.fr

Merci pour votre collaboration

Nawel Hannachi
Psychologue
Doctorante à l'université de Lorraine
UFR Sciences Humaines et Sociales
EA 4360 APEMAC-EPSaM
Université de Lorraine.-Metz

Annexe 9 : Questionnaire post-natal (6 mois post-partum) pour les femmes françaises



Vous avez eu votre bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en cochant la case qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant cette semaine (c'est-à-dire durant les sept jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement aujourd'hui.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.

- ☐ Aussi souvent que d'habitude
- ☐ Pas tout à fait autant
- ☐ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- ☐ Absolument pas.

2. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal.

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

3. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- ☐ Non, jamais
- ☐ Presque jamais
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Oui, très souvent

4. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- ☐ Oui, vraiment souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non, pas très souvent
- ☐ Non, jamais

5. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- ☐ Oui, la plupart du temps je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- ☐ Oui, parfois je me suis sentie incapable de faire face aux situations.
- ☐ Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- ☐ Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

6. Il m'est arrivée de penser à me faire mal

- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Presque jamais
- ☐ Jamais

7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

8. Je me suis sentie triste et peu heureuse

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Non, jamais

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- ☐ Oui, la plupart du temps
- ☐ Oui, très souvent
- ☐ Seulement de temps en temps
- ☐ Non, jamais

10. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- ☐ Autant que d'habitude
- ☐ Plutôt moins que d'habitude
- ☐ Vraiment moins que d'habitude
- ☐ Pratiquement pas


Ebauche

Maintenant, nous allons vous demander de penser à une situation stressante que vous avez vécue durant ces deux derniers mois et à la façon dont vous y avez réagi . Répondez à chacune des affirmations suivantes en cochant la case qui correspond le mieux à la manière dont vous avez réagi face à cette situation.
Répondez honnêtement sans vous soucier de ce que les gens auraient fait s'ils avaient été à votre place.

Citez la situation à laquelle vous pensez:.....
.....
.....

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je me tourne vers le travail ou d'autres activités pour me changer les idées	☐	☐	☐	☐
2. J'agis pour essayer d'améliorer la situation	☐	☐	☐	☐
3. Je me dis que ce n'est pas réel	☐	☐	☐	☐
4. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour me sentir mieux	☐	☐	☐	☐
5. Je recherche un soutien émotionnel de la part des autres	☐	☐	☐	☐
6. Je renonce à essayer de résoudre la situation	☐	☐	☐	☐
7. J'essaye de trouver du réconfort dans ma religion ou des croyances spirituelles	☐	☐	☐	☐
8. J'accepte la réalité de ma nouvelle situation de future maman	☐	☐	☐	☐
9. J'évacue mes sentiments déplaisant en en parlant	☐	☐	☐	☐
10. Je recherche l'aide et le conseil d'autres personnes	☐	☐	☐	☐
11. J'essaie de voir la situation sous un jour plus positif	☐	☐	☐	☐
12. Je me critique	☐	☐	☐	☐
13. J'essaie d'élaborer une stratégie à propos de ce qu'il y a à faire	☐	☐	☐	☐
14. Je recherche le soutien et la compréhension de quelqu'un	☐	☐	☐	☐
15. J'abandonne l'espoir de faire face	☐	☐	☐	☐
16. Je prends la situation avec humour	☐	☐	☐	☐
17. Je fais quelque chose pour moins y penser (comme aller au cinéma, regarder la télévision, lire, rêver toute éveillé, dormir ou faire les magasins).	☐	☐	☐	☐
18. J'exprime mes sentiments négatifs	☐	☐	☐	☐
19. J'essaie d'avoir des conseils ou de l'aide d'autres personnes à propos de ce qu'il faut faire	☐	☐	☐	☐
20. Je concentre mes efforts pour résoudre la situation	☐	☐	☐	☐
21. Je refuse de croire que ça m'arrive	☐	☐	☐	☐
22. Je consomme de l'alcool ou d'autres substances pour m'aider à traverser la situation	☐	☐	☐	☐
23. J'apprends à vivre dans ma nouvelle situation	☐	☐	☐	☐
24. Je me concentre sur les étapes à suivre	☐	☐	☐	☐
25. Je me reproche les choses qui m'arrivent	☐	☐	☐	☐
26. Je recherche les aspects positifs dans ce qui m'arrive	☐	☐	☐	☐
27. Je prie ou médite	☐	☐	☐	☐
28. Je m'amuse de la situation	☐	☐	☐	☐



Ci-dessous vous allez trouver un ensemble d'affirmations que des femmes ont utilisées pour décrire leur expérience d'accouchement. Lisez chaque affirmation et cochez d'une croix la réponse qui, au moment présent, correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Comment décririez-vous votre accouchement?

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
a. Mon accouchement a été une expérience éprouvante.....	☐	☐	☐	☐
b. Pendant l'accouchement, je me suis senti physiquement atteinte.....	☐	☐	☐	☐
c. Pendant l'accouchement, j'ai eu peur que moi-même ou mon bébé soyons blessés ou mourrions.....	☐	☐	☐	☐
d. Pendant l'accouchement, je me suis sentie angoissée, impuissante ou horrifiée.....	☐	☐	☐	☐

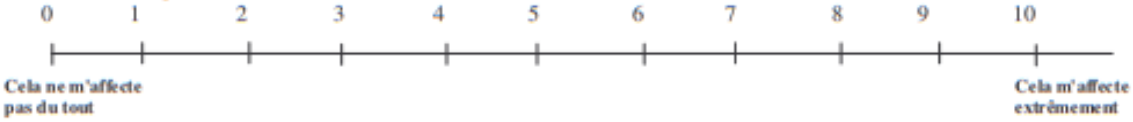
Comment vous sentez-vous à présent?

	Jamais	De temps en temps	Souvent	La plupart du temps
1. Des images et pensées déplaisantes concernant mon accouchement s'imposent à moi.	☐	☐	☐	☐
2. Je fais des rêves désagréables à propos de mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
3. Soudainement, J'ai l'impression de revivre mon accouchement et je me sens submergée par des pensées horrifiantes.	☐	☐	☐	☐
4. Tous les souvenirs de mon accouchement me provoquent une intense détresse psychologique.	☐	☐	☐	☐
5. Les souvenirs de mon accouchement me provoquent une détresse physique (comme des battements de coeur plus rapides, respiration accélérée, se sentir tendue, commencer à transpirer, etc.)	☐	☐	☐	☐
6. J'essaie de rester éloignée des pensées, émotions ou conversations qui pourraient me rappeler mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
7. J'essaie d'éviter des activités, endroits ou personnes qui pourraient me rappeler mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
8. J'ai des difficultés à me souvenir des moments importants de mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
9.Depuis mon accouchement, j'ai des pensées négatives sur moi même, sur autrui ou sur le monde (Ex: avoir des pensées telles que: je suis nulle, je ne peux faire confiance à personne, le monde est dangereux, etc).	☐	☐	☐	☐
10. Depuis mon accouchement, j'en veux à l'équipe médicale.	☐	☐	☐	☐
11. Lorsque je repense à mon accouchement, je ressens de la culpabilité sans pouvoir me raisonner.	☐	☐	☐	☐
12. Lorsque je repense à mon accouchement, j'éprouve des émotions déplaisantes (peur, colère, honte, etc.).	☐	☐	☐	☐
13. J'ai des difficultés à m'engager dans des activités qui me plaisaient avant mon accouchement.	☐	☐	☐	☐
14. Depuis mon accouchement, je me sens détachée ou éloignée des autres.	☐	☐	☐	☐
15. Depuis mon accouchement, ma capacité à aimer ou à être affectueuse avec autrui est restreinte.	☐	☐	☐	☐
16. Je peux soudainement me sentir très irritée ou en colère sans raison.	☐	☐	☐	☐
17. Je prends trop de risques et je fais des choses qui peuvent me nuire (conduite dangereuse, consommation excessive de médicaments, etc.).	☐	☐	☐	☐
18. Je me sens tout le temps tendue et sur le qui-vive.	☐	☐	☐	☐
19. J'ai des réactions exagérées de sursauts face aux événements inattendus.	☐	☐	☐	☐
20. J'ai des difficultés à me concentrer.	☐	☐	☐	☐
21. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester éveillée car je suis perturbée par des pensées et des souvenirs de mon accouchement	☐	☐	☐	☐

Ebauche

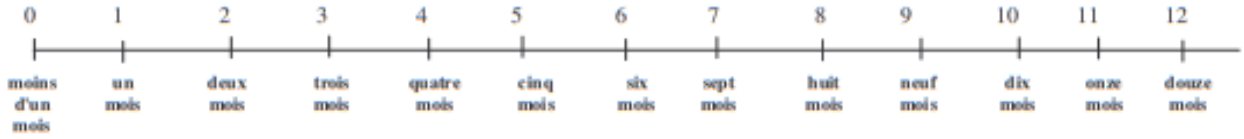
Maitenant, évaluez dans quelle mesure les déclarations 1 à 21 de la page précédente affectent votre vie quotidienne. Cochez une seule case entre 0 (cela ne m'affecte pas du tout) à 10 (cela m'affecte extrêmement), sur l'echelle ci-dessous.

Combien votre vie quotidienne est-elle affectée ?



Si vous sentez que votre vie quotidienne est affectée par les problèmes décrits à la page précédente, depuis combien de temps considérez-vous que cela arrive? Prenez en compte la toute première fois que vous avez ressenti un de ces problèmes.

Entourez le nombre de mois qui correspond à votre situation :





Veuillez cocher d'une croix la réponse la plus proche de ce que vous éprouvez vis-à-vis de votre enfant.

	Toujours	Souvent	De temps en temps	Rarement	Jamais
1. Je me sens proche de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je regrette le temps où je n'avais pas mon enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je me sens distante de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
4. J'aime cajoler mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Je regrette d'avoir eu mon enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Le bébé ne semble pas être le mien.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Mon bébé me "tape sur le système".	☐	☐	☐	☐	☐
8. J'aime un peu mon bébé;	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je me sens heureuse quand mon bébé sourit ou rit.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Mon bébé m'irrite.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je prends plaisir à jouer avec mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Mon bébé pleure beaucoup.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je me sens prisonnière de mon rôle de mère.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je suis en colère contre mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
15. J'en veux à mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Mon bébé est le plus beau bébé du monde.	☐	☐	☐	☐	☐
17. J'aimerais que d'une façon ou d'une autre mon bébé s'en aille.	☐	☐	☐	☐	☐
18. J'ai fait des choses nuisibles à mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Mon bébé me rend anxieuse.	☐	☐	☐	☐	☐
20. J'ai peur de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Mon bébé m'ennuie.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Je me sens à l'aise en m'occupant de mon enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Il me semble que la seule solution serait que quelqu'un d'autre s'occupe de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Il me semble que je fais du mal à mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Il est facile de réconforter mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Il m'arrive de secouer mon bébé lorsqu'il se montre particulièrement difficile.	☐	☐	☐	☐	☐



Les énoncés suivants décrivent les croyances de nouveaux parents quant à leur capacité de prendre soin de leur enfant.
Après avoir lu chaque énoncé, veuillez cocher la case qui, selon vous, décrit le mieux la façon dont vous vous sentez dans votre rôle de parent. Puisqu'il s'agit d'énoncés concernant des croyances, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous pensez.

	Je ne peux pas le faire	Je peux difficilement le faire	Je peux raisonablement le faire	Je peux certainement le faire	Je peux le faire
1. Je peux reconnaître quand mon bébé a faim.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Je peux réagir efficacement avec mon bébé lorsqu'il ou elle pleure sans raison.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Je peux reconnaître quand mon bébé est malade.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je peux reconnaître quand il est temps d'ajouter de nouveaux aliments à l'alimentation de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Lorsque je pense que mon bébé est malade, je peux prendre sa température efficacement.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je peux prévenir les pleurs de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Je peux donner à mon bébé l'attention qu'il ou elle a besoin.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je peux engager les services d'une gardienne quand j'en ai besoin.	☐	☐	☐	☐	☐
9. je peux reconnaitre ce que mon bébé aime ou n'aime pas.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Je peux sentir les humeurs de mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je peux démontrer mon amour pour mon bébé.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je peux calmer mon bébé lorsqu'il ou elle est irritable.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Je peux aider mon bébé dans les situations stressantes telles qu'une visite au bureau du médecin.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Je peux éveiller les sens de mon bébé en jouant avec lui ou elle.	☐	☐	☐	☐	☐



les Questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.
Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

- ☐ Excellente
- ☐ Très bonne
- ☐ Bonne
- ☐ Médiocre
- ☐ Mauvaise

2. Par rapport à l'année dernière, à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

- ☐ Bien mieux que l'an dernier
- ☐ Plutôt mieux
- ☐ A peu près pareil
- ☐ Plutôt moins bien
- ☐ Beaucoup moins bien

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limitée en raison de votre état de santé actuel.

	oui, beaucoup limitée	oui, un peu limitée	Non, pas du tout limitée
a. Effort physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport.....	☐	☐	☐
b. Effort physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules.....	☐	☐	☐
c. Soulever et porter les courses.....	☐	☐	☐
d. Monter plusieurs étages par l'escalier.....	☐	☐	☐
e. Monter un étage par l'escalier.....	☐	☐	☐
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir.....	☐	☐	☐
g. Marcher plus d'un km à pieds.....	☐	☐	☐
h. Marcher plusieurs centaines de mètres.....	☐	☐	☐
i. Marcher une centaine de mètres.....	☐	☐	☐
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller.....	☐	☐	☐

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique:

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses?	☐	☐
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire).	☐	☐

5. Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveuse ou déprimée):

	OUI	NON
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	☐	☐
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	☐	☐
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude?	☐	☐


Ebauche

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gênée dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un petit peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

7. Au cours de ces 4 dernières semaines , quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ?

- ☐ Nulle
- ☐ Très faible
- ☐ Moyenne
- ☐ Grande
- ☐ Très grande

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limitée dans votre travail ou vos activités domestiques?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un petit peu
- ☐ Moyennement
- ☐ Beaucoup
- ☐ Enormément

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous êtes vous sentie au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer le réponse qui vous semble la plus appropriée.
Au cours de ces quatre semaines, y a-t-il eu des moments où:

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelques fois	Jamais
a. Vous vous êtes sentie dynamique ?	☐	☐	☐	☐	☐
b. Vous vous êtes sentie très nerveuse ?	☐	☐	☐	☐	☐
c. Vous vous êtes sentie si découragée que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	☐	☐	☐	☐	☐
d. Vous vous êtes sentie calme et détendue ?	☐	☐	☐	☐	☐
e. Vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?	☐	☐	☐	☐	☐
f. Vous vous êtes sentie triste et abattue ?	☐	☐	☐	☐	☐
g. Vous vous êtes sentie épuisée ?	☐	☐	☐	☐	☐
h. Vous vous êtes sentie heureuse ?	☐	☐	☐	☐	☐
i. Vous vous êtes sentie fatiguée ?	☐	☐	☐	☐	☐

10. Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- ☐ En permanence
- ☐ Une bonne partie du temps
- ☐ De temps en temps
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas:

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	☐	☐	☐	☐	☐
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	☐	☐	☐	☐	☐
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	☐	☐	☐	☐	☐
d. Je suis en excellente santé	☐	☐	☐	☐	☐

Merci pour votre collaboration 8

Lettre de relance T2

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

METZ, le

Nawel HANNACHI

EA 4360 APEMAC/ EPSaM

à

Mme

Objet : Étude sur la qualité de vie des femmes durant la période périnatale – rappel de participation

Madame,

Comme prévu dans le cadre de l'étude sur la qualité de vie des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement. Je vous ai transmis un questionnaire correspondant à la deuxième partie de cette étude (2 mois après l'accouchement).

Je rappelle que votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre et que vous pouvez à tout moment quitter cette étude sans justification.

Ainsi, si vous avez décidé de mettre fin à votre participation à cette étude, je tiens à vous remercier très sincèrement pour votre collaboration. Cela constitue une aide très importante pour toutes les futures mères.

Cependant, si vous êtes intéressée à poursuivre votre participation à l'étude, vous pouvez encore le faire en m'envoyant le questionnaire remplis par voie postale (vous avez reçu, aussi, l'enveloppe pré-timbrée et pré-adressée). Si vous l'avez perdu, je peux toujours vous le renvoyer.

N'hésitez pas à me contacter au 06 70 37 71 14 ou à l'adresse e-mail nawel.hanachi@gmail.fr ou nawel.hannachi@univ-lorraine.fr si vous avez la moindre question.

Je vous remercie beaucoup de votre attention et de votre collaboration. Bien cordialement,

_____

Nawel Hannachi

Note : Si, entre temps, vous avez rempli et renvoyé les questionnaires, je vous prie de ne pas tenir compte de cette lettre.

Lettre de relance T3

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

METZ, le

Nawel HANNACHI

EA 4360 APEMAC/ EPSaM

à

Mme

Objet : Étude sur la qualité de vie des femmes durant la période périnatale – rappel de participation

Madame,

Comme prévu dans le cadre de l'étude sur la qualité de vie des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement. Je vous ai transmis un questionnaire correspondant à la troisième partie de cette étude (6 mois après l'accouchement).

Je rappelle que votre participation à cette étude est entièrement volontaire et libre et que vous pouvez à tout moment quitter cette étude sans justification.

Ainsi, si vous avez décidé de mettre fin à votre participation à cette étude, je tiens à vous remercier très sincèrement pour votre collaboration. Cela constitue une aide très importante pour toutes les futures mères.

Cependant, si vous êtes intéressée à poursuivre votre participation à l'étude, vous pouvez encore le faire en m'envoyant le questionnaire remplis par voie postale (vous avez reçu, aussi, l'enveloppe pré-timbrée et pré-adressée). Si vous l'avez perdu, je peux toujours vous le renvoyer.

N'hésitez pas à me contacter au 06 70 37 71 14 ou à l'adresse e-mail nawel.hanachi@gmail.fr ou nawel.hannachi@univ-lorraine.fr si vous avez la moindre question.

Je vous remercie beaucoup de votre attention et de votre collaboration.

Bien cordialement,

_____

Nawel Hannachi

Note : Si, entre temps, vous avez rempli et renvoyé les questionnaires, je vous prie de ne pas tenir compte de cette lettre.

سيدتي ،

أدعى نوال حناشي أخصائية في علم النفس الصحي و السريري. يندرج هذا البحث في إطار رسالة الدكتورا التي أقوم بها.

تهتم هذه الدراسة بالصحة البدنية و النفسية للنساء الحوامل والتي ترغب من خلالها:

- أولاً معرفة كيفية تعايشك مع حملك
- ثانيًا كيف ستعشين ولادة أبنك و كيفية قضائك الأسابيع الأولى معه.

و لحسن فهم عوامل و نتائج نوعية عيشك و تعايشك مع الحمل، فإننا بحاجة إلى أجوبة تلقائية قدر الإمكان على كل أسئلة هذا الاستجواب مع العلم أنه لا يمكن تصنيف الأجوبة إلى جيد أو سيئ.

تدوم مدة الإجابة على هذا الاستجواب حوالي 15 دقيقة.

من المهم أن تتم الإجابة على كل الأسئلة لأننا لن نستطيع معالجتها دون الحصول على كل الأجوبة.

إذا أردتي معرفة المزيد من المعلومات على هذه الدراسة يمكنكي الاتصال بـ: نوال حناشي عن طريق البريد الالكتروني nawel.hanachi@gmail.com

تطمئنكي بأن عملية معالجة الأجوبة ستكون في كنف السرية و بدون ذكر الأسماء.

شكرًا على مشاركتك

نوال حناشي

فريق البحث في علم النفس الصحي و السريري

موافقة على المشاركة في دراسة علميّة

إني الممضية أسفله:.....

العنوان:.....

.....

البريد الإلكتروني:.....

الهاتف : .....

شهر الحمل:.....

التاريخ المتوقع للولادة: .....

أوافق على المشاركة في بحث حول نوعية حياة المرأة الحاملة المندرج ضمن دراسة لرسالة الدكتورا للسيدة نوال الحناشي و قد أعلمت بأن لي الحرية في القبول أو الرفض.

و قد تم مدي بالمعلومات التالية و توصلت إلى استيعابها جيدا:

- أن هذا العمل يتمثل في بحث حول حياة المرأة في فترة الحمل و الولادة و ما بعد الولادة.
- أنه يمكنني أن أحصل على معلومات إضافية حول الدراسة في كل وقت.
- أن المعلومات الشخصية التي سأدلي بها ستبقى سرية و أن سرية الهوية ستحترم.
- أوافق على أن يتم الاتصال بي مجددا بعد الولادة من أجل تقييم فترة ما بعد الولادة.

أنجز بـ ..... بتاريخ .....

الإمضاء مسبوق بعبارة " إطلعت و وافقت عليه"

التاريخ : ...../...../.....

1. تاريخ ولادتك: ...../...../...
2. وقتاش موقع تولد:...../...../...
3. الوضع الإجتماعي: □ متزوجة □ مفصلة □ جزياء
4. تخدم: □ نعم □ لا
كان نعم، شنوّة تخدم؟.....
5. . قداش عندك صغار؟.....
6. عرضتلي لمشاكل في حياتك السابقة ؟ □ نعم □ لا
كان نعم، شنيه نوع المشاكل:.....

حياتك هاذي .....

7. باش بجيك : □ صغير □ لزم □ أكثر
8. برمجتلها: □ نعم □ لا
9. كيفاش كانت ردّة فعلك على الحالة هاذي؟ □ إيجابية □ سلبية
10. عرضتلي لمشاكل في الحالة هاذي؟ □ نعم □ لا
كان نعم، شنية نوع المشاكل:.....
.....
11. رقدت مرة في السبيطار: □ نعم □ لا
كان نعم، قداش قعدت:.....
12. تابعتلي دروس تحضيرية للولادة: □ نعم □ لا
13. تحسّ في روحك حاضرة نفسانيًا للولادة : □ نعم □ لا

14.في حياتك هاذي، شكون تحسو واقف معاك ؟

والد طفلك	□ ديما	□ ساعات	□ موش برشة	□ جملة
عايلتك	□ ديما	□ ساعات	□ موش برشة	□ جملة
أقاربك	□ ديما	□ ساعات	□ موش برشة	□ جملة

الأسئلة الجاية تتعلق بصحتك كيفما تحسها انتي. المعلومات هاذي باش تخلينا نعرفو كيفاش تحسن روحك في حياتك اليومية. من فضلك جاوب على الأسئلة بوضع علامة قدام الجواب إلّي تختارو. كان ما عرفتش شكون، جاوب « أختار الإجابة إلّي تحسها أقرب لحالتك .

1. بصفة عامة كيفاش تشوف حالتك الصحية؟

□ ممتازة
□ باهية برشة
□ باهية
□ متوسطة
□ ضعيفة

2. كي تقارن مع العام اللّيفات، كيفاش تشوف حالتك الصحية بصفة عامة؟

□ هيّ أحسن برشة من عام اللّي
□ نوعا ما، هيّ أحسن برشة من عام اللّي
□ قريبا، هيّ أحسن برشة من عام اللّي
□ نوعا ما، هيّ أسوأ من عام اللّي
□ هيّ أسوأ برشة من عام اللّي

1

3. الأسئلة التالية تتعلق بصحتك كيفما تحسها أنتي. المعلومات هذي باش تخليها تعرفو كيفاش تحسن في روحك في حياتك اليومية. من فضلك جاوب على الأسئلة هذي بوضع علامة أمام الإجابة إلي تحسها الأنسب لحالتك.

مثلاً صحتك تسامحني:	نعم محدودة برشة	نعم محدودة شوية	لا موش محدودة بالكل
باش تقوم بأنشطة تتطلب منك جهد كبير	☐	☐	☐
باش تقوم بأنشطة موش متعبة كيفما تحويل طاولة، كانسان الدار (الكاليف الجرد)،الجري، ركوب دراجة	☐	☐	☐
من مزان القضية من عند الحطّار	☐	☐	☐
باش تطلع الدروج مداع أكثر من طابق	☐	☐	☐
باش تطلع الدروج مداع طابق واحد	☐	☐	☐
من انحنيس، الركوع، الوانوف	☐	☐	☐
من المشي أكثر من كيلومتر واحد	☐	☐	☐
من المشي 500 متر	☐	☐	☐
من المشي 50 متر	☐	☐	☐
باش تاخذ حمام ولاّ لبس نيشان	☐	☐	☐

4. في الشهر الفايت، الرتشي صحتك البدنية على حاجة من الحوايج التالية:

	نعم	لا
نقصت في الوقت إلي تعطيه في الخدمة و إلاّ أنشطة أخرى	☐	☐
ما قدتش بالعمل كيفما تحب أنتي	☐	☐
نقصت في نوعية العمل أو أنشطة أخرى	☐	☐
لقيت صعوبات في اداء العمل أو أنشطة أخرى	☐	☐

5. في الشهر الفايت، الرتشي حالتك النفسيّة على حاجة من الحوايج التالية:

	نعم	لا
نقصت الوقت إلي تعطيه في الخدمة و إلاّ في أنشطة أخرى	☐	☐
ما قدتش بالعمل كيفما تحب أنتي	☐	☐
ما قدتش بالعمل مقاعاد و إلاّ أنشطة أخرى بالإتقان، مداع العادة	☐	☐

6. في الشهر الفايت، قداش أثرت مشاكلك الصحية أو النفسية على أنشطتك العادية مع العائلة، مع الأصحاب، مع الجيران ولاّ أي ناس تعرفهم؟

- ☐ ما أثرتش بالكلّ
- ☐ أثرت بدرجة ضعيفة
- ☐ أثرت بدرجة متوسطة
- ☐ أثرت بيسر
- ☐ أثرت بدرجة كبيرة برشة

7. في الشهر الفايت، عانيتشي من وجاع في بدنك؟ قداش؟

- ☐ ما عانيتش بالكلّ
- ☐ عانيت شوية
- ☐ عانيت بدرجة متوسطة
- ☐ عانيت بدرجة كبيرة
- ☐ عانيت بدرجة كبيرة برشة

8. في الشهر اللّي فات، أثرتشي الوجايع على حياتك العادي (العمل في المنزل و خارج المنزل) ؟

- □ ما أثرتش بالكلّ
- □ أثرت بدرجة محدودة
- □ أثرت نوعا ما
- □ أثرت شوية
- □ أثرت بلاس

9. السؤالات الجاية على اد حاجيت و كيفاش سارت الأمور في الشهر اللّي فات. من فضلك أختار إجابة واحدة تكون هي الأقرب اللّي شعرت بيه

	في كلّ وقت	في جزء كبير من الوقت	في أغلب الوقت	نادرا	أبدا
حسّيتي بنفسيتك مرتاحة	□	□	□	□	□
كنتي شخص عصبي(ة)	□	□	□	□	□
شعرتشي إلّي إنت يائس(ة) برشة حتى إنو مافرحتك حتى شي	□	□	□	□	□
شعرتشي بروحتك هادي (ة) و مطمان(ة)	□	□	□	□	□
شعرتشي بروحتك نشيط(ة) برشة و عندك طاقة	□	□	□	□	□
شعرتشي إلّي إنت حزين (ة) و بائس(ة)	□	□	□	□	□
شعرتشي بروحتك تقلان(ة) (الضجر)	□	□	□	□	□
كنتي شخص فرحان(ة)	□	□	□	□	□
حسّيتي بالتعب	□	□	□	□	□

10. في الشهر إلّي فات، أثرتشي حالتك البدنية و لاّ النفسية على نشاطاتك الإجتماعية كيفما زيارة الأصدقاء و الأقارب؟ قداش؟

- □ أثرت في كلّ وقت
- □ أثرت في جزء كبير من الوقت
- □ أثرت في أغلب الوقت
- □ نادرا ما أثرت
- □ ما أثرتش بالكلّ

11. قداش صحيح ولاّ غالط الإقتراحات الجاية بالنسبة ليك؟

	صحيح 100 في 100	الأغلبية صحيح	ما نعرفش	الأغلبية غالط	غالط 100 في 100
أنت تعرض فيسع أكثر من الناس الأخرين؟	□	□	□	□	□
أنت تظن إلّي صحتك باش تتدهور (باش تولّي أسوء في المستقبل)	□	□	□	□	□
أنت تظن إلّي صحتك جيّدة بكلّ اللّي يحيط بيك	□	□	□	□	□
صحتك ممتازة	□	□	□	□	□

حشت وضعيات خطيرة متعلقة بالحيالات (الحمل) متاعك السابقة أو بمشاكل صحيّة نسائية، قعدت في بالك برشا هاذي السنين الأخيرة؟
كان نعم، تجمشي توصف الأحداث هاذي؟

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ضع علامة أمام الإختيار الذي يناسب حالتك من الإختيارات الأربعة المقترحة:

1. نحس في روحي على أعصابي:

- ☐ نهبا
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ ساعات
- ☐ جملة

2. نحس بالخوف كأنو حاجة غايبة باش تحصلي:

- ☐ نهبا و بوضوح
- ☐ نهبا لكن موش بصفة خطيرة
- ☐ شوية و ما يلقلقش
- ☐ جملة

3. نخمن:

- ☐ نهبا
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ ساعات
- ☐ جملة

4. ما الجمش نبقى بالش ما نعمل شي و نرتاح:

- ☐ نعم، مهما يكون
- ☐ نعم، صعوبا
- ☐ نادرا
- ☐ جملة

5. نحس بالخوف و معدتي تعصر عليا:

- ☐ جملة
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ ساعات
- ☐ نهبا

6. نتحرّك برشا و مانجمش نسكن بلاصتي:

- ☐ نهبا، هاذي حالتي بالضبط
- ☐ شوية
- ☐ موش للدرجة هاذي
- ☐ جملة

7. نحس بإحساس مخاوي بالرعب:

- ☐ نهبا
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ موش نهبا
- ☐ جملة

الأسئلة هاذي متعلّقة بدعم الإطار الطبي ليك (مثال الأطباء، القابلة، الممرضين، إلخ) و خاصة دعمهم ليك باش تعمل على روحك طيلة الحياة متاعك

موش صحيح جملة

صحيح برشا

1. نحس إلي الإطار الطبّي(طبيبي) يعطيني نصائح بخصوص الحياة متاعي.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. نحس إلي الإطار الطبّي(طبيبي) يفهم كيفاش نحب الحياة متاعي تتعدّا.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. نحس إلي الإطار الطبّي(طبيبي) واثق من حسن تصرّفي طيلة الحياة متاعي.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. نحس إلي الإطار الطبّي(طبيبي) يشجعني باش نسأل أسئلة متعلّقة بالحياة متاعي.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. نحس إلي الإطار الطبّي(طبيبي) يفهمني و يسمعني فيما يخص إلي نحب نعمل و إلي متعلّق بالحياة متاعي.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. نحس إلي الإطار الطبّي(طبيبي) يحاول يفهم كيفاش نحب الحياة متاعي تتعدّا قبل ما يقترح عليا طريقة أخرى.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4

باش تطلبو منك تخدم في آخر موقف صعيب عشتو في الشهرين إلي فاتو و في الطريقة إلي واجهيت بيها الموقف. جاوب على الإقتراحات هاذي بإختيار الإجابة إلّي تقرب أكثر للطريقة إلّي تصرفت بيها كردة فعل. جاوب بصراحة من غير ما تخدم كيفاش الناس يتصرفو كان جاو في باللصطاف.

"حدّد الموقف الصعيب إلّي عشتو: .....

.....

	كنبد	موافق	موافق موافق	موافق موافق جملة
1. عملت نشاطات باش نرفه على روحي و ننسى شويه إلي صارلي.....	□	□	□	□
2. حاولت نلقى حلّ للوضعيّة.....	□	□	□	□
3.ما صدقتش إلي صارلي.....	□	□	□	□
4.باش نحس روحي خير، شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرى (دواء،مخدرات، دخان،إلخ).....	□	□	□	□
5. تأوجت على شكون يساندني و يدعمني معنويا.....	□	□	□	□
6. سلمت و ما حاولتش تأوجت باش نلقا حلّ للوضعية.....	□	□	□	□
7. حاولت نرتاح نفسيتي بالصلاة.....	□	□	□	□
8. تقبلت وضعي الجديد.....	□	□	□	□
9. تضغطت و حكيت على مقلقي.....	□	□	□	□
10. تأوجت على شكون يدعم بحاوي مادتا.....	□	□	□	□
11. حاولت نشوف الوضعية بطريقة إيجابية أكثر.....	□	□	□	□
12. حاكيت روحي.....	□	□	□	□
13. خدّمت في إستراتجية إلي باش نعمل.....	□	□	□	□
14. تأوجت على شكون يسمعني و يقيمني.....	□	□	□	□
15. سلمت وما حاولتش نخدم في الحكاية.....	□	□	□	□
16. خليت الوضعية بقدّالها باش ما نورّطش إلي نحس فيه.....	□	□	□	□
17. عملت حاجة باش ما نبقاش نخدم فيي صارلي (مشيت للسنما، تفرجت في التلفزة، قريت، حلمت و انا فايق(ة)، رقدت و !أ مشيت نتسوق).....	□	□	□	□
18. عبّرت على أحاسيسي السلبية وحكيت على مقلقي.....	□	□	□	□
19. تأوجت على شكون ينجم بحاوي إلّي نستحقّو(فلوس، سيّارة، ملابس، إلخ).....	□	□	□	□
20. عملت مجهودي الكل باش نصلح و نحسّن الوضعية.....	□	□	□	□
21. حسّيت إلّي الأمر لا يطاق و يقهرني إلّي حالتي دوش باش تتحسّن.....	□	□	□	□
22. رفضت باش نصدق إلّي صارلي.....	□	□	□	□
23. شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرا (دواء،دخان، مخدرات، إلخ) باش تسيبت العودة إلي صارلي.....	□	□	□	□
24 . تعوّدت نعيش مع وضعي الجديد.....	□	□	□	□
25. كل ما خدمت في الحكاية، نلقا أفكاري دور في نفس الدوامة.....	□	□	□	□
26.خطّطت للمراحل إلي باش نتبعهم.....	□	□	□	□
27. أمنت روحي جيّي صارلي.....	□	□	□	□
28. تأوجت على الحاجات الإيجابية فيي صارلي.....	□	□	□	□
29 . صليت و إلا دعيت.....	□	□	□	□
30. من كثر ما قلقت، وليت نضحك على الوضعيّة.....	□	□	□	□
31. حكيت روحي ما عادش عندي القدرة باش نكمل و باش نواجه الموقف.....	□	□	□	□
32. كنت ديما نخدم في نفس الحكاية.....	□	□	□	□

بما إنك تسكني في صنعاء، نحتاج لمعرفة كيفك تحسي في روحك. من فضلك، جاوب على الأسئلة هذي باختيار الإجابة إلي تحسها توصف حالتك خلال الجمعة إلي ذهنات.

1. نجحت تضحك و تشوف الأشياء من جانبها الإيجابي(مطلقاً):
- برضا، كيما العادة
- أقل منالعادة
- أقل بكثير كيعادت هذي
- جدة

2. لاحت روحي من غير سبب كيف الأمور ما تستاهل كيفها هلزم:
- في أغلب الأوقات
- ساعات
- دوقي نيها
- جدة

3. حسيت روحي متضيقة و مهمومة من غير سبب:
- جدة
- قريبا، خلي مرّة
- ساعات
- نيها

4. حسيت روحي خالفة و مرعوبة من غير أسباب:
- نعم، بالحق نيها
- نعم، ساعات
- دوقي نيها
- جدة

5. حسيت روحي عاجزة و تجاوزتني الأحداث:
- نعم، في أغلب الأوقات. حسيت روحي عاجزة بالمرة تواجه برشة وضعيات
- نعم، ساعات حسيت روحي ماعيش قادرة على المواجهة أكيما العادة
- لا، نجحت نواجه أغلب الوضعيات
- لا، حسيت روحي قادرة أكثر على المواجهة

6. حسيت تعمل حاجة غلبية في روحي:
- نعم، في أغلب الأوقات
- ساعات
- قريبا، خلي مرّة
- جدة

7. حسّيت روحي حزينة لدرجة ما يحبيش الكوم:
- نيها
- ساعات
- قريبا، خلي مرّة
- جدة

8. حسيت روحي حزينة و نفسي ضايقة:
- في أغلب الأوقات
- ساعات
- دوقي نيها
- جدة

9. حسيت روحي حزينة لدرجة البكاء:
- في أغلب الأوقات
- في بعض الأوقات
- ساعات
- جدة

10. حسيت روحي واقفة من روحي و فرحانة بالمستقبل:
- في أغلب الأوقات
- في بعض الأوقات
- ساعات
- جدة

سيدتي،

كنت قد شاركت قبل ولادتك في هذه الدراسة و المتعلقة بالصحة النفسيّة و الجسدية للمرأة الحامل. الآن ولادتْ طفلك. تهانينا!

تهتم هذه الدراسة بتجربة الولادة، حياة الأم، وأول وصلات الإرتباط مع الطفل. نحن نسعى هنا إلى معرفة ما إذا كنت قد واجهت صعوبات أثناء الولادة وخلال الأسابيع الأولى مع طفلك.

من أجل فهم أفضل لتجربتك، نحن بحاجة لك سيدتي، لكي تجيبي و بكل شفافية ممكنة على جميع الأسئلة، مع العلم أنه لا يوجد إجابة صحيحة أو خاطئة و أن هذه الأسئلة المطروحة تستخدم في العديد من البحوث الدولية.

الوقت اللازم لإتمام هذا الاستبيان، حوالي 15 دقيقة.

من المهم جدا الرد على جميع الأسئلة من أجل ضمان صحة الدراسة.

تأكدي سيدتي، من أن هذه المعلومات سوف تحلل في سرية تامة.

إذا كنت ترغبين في المزيد من المعلومات حول الدراسة، يمكنكي الاتصال بي على العنوان التالي:

nawel.hanachi@gmail.com

شكرًا على مشاركتك

نوال حناشي

Annexe 16 : Questionnaire postnatal (2 mois post-partum) pour les femmes tunisiennes

1. وقتاش ولدت: ...../...../.....

2. حياتك تعدات كاشفة: ☐ نعم ☐ لا

3. كيفاش جيت الحياة معاها؟

.....

.....

4. جت ولد ولا ألا بنية ؟ ☐ ولد ☐ بنية

5. راجلك حضر على الولادة معاك ؟ ☐ نعم ☐ لا

6. كيفاش ولدت الصغير؟

ولادة عادية ☐ قيصرية مبرمجة ☐ قيصرية استعجالية ☐ بالفنطوز ☐ بالدماعون ☐

7. قداش دامت الولادة ؟.....

8. قداش قعدت في السبيطار؟.....

9. شنية أحوال صغيرك؟

.....

.....

10. كيفاش حالتك روحك مع الأمومة ؟

.....

.....

11 . خضعتش لمتابعة نفسية في حياتك ؟ ☐ نعم ☐ لا

12 . تعزمتش لصعوبات مع صغيرك ؟

.....

.....

13 . خذيت كورتجي قبل الولادة ؟ ☐ نعم ☐ لا

14 . خذيت كورتجي متاع الولادة ؟ ☐ نعم ☐ لا

كان نعم، قداش المدة ؟.....

كان لا، شكون يظها بصغيرك؟ .....

15. تحيش تزيد حاجة تتعلق بولادتك وإلا على الأسابيع الأولى مع صغيرك؟

.....

.....

ضع علامة أمام الإختيار إلّي يناسب حالتك من الإختيارات الأربعة المقترحة:

1. نحس في روحي على أعصابي:

- ☐ ديما
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ ساعات
- ☐ جملة

2. نحس بالخوف كأنو حاجة خايبة باش تحصلي:

- ☐ ديما و بوضوح
- ☐ ديما لكن موش بصفة خطيرة
- ☐ شوية و ما يقلقنيش
- ☐ جملة

3. نحمر:

- ☐ ديما
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ ساعات
- ☐ جملة

4. ما إنجمش نبقى بالش ما نعمل شيء و نرتاح:

- ☐ نعم، مهما يكون
- ☐ نعم، عموما
- ☐ نادرا
- ☐ جملة

5. نحس بالخوف و معدتي تعصر عليّا:

- ☐ جملة
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ ساعات
- ☐ ديما

6. نتحرّك برشا و مانجمش نسكن بلاصتي:

- ☐ ديما، هاذي حالتي بالضبط
- ☐ شوية
- ☐ موش للدرجة هاذي
- ☐ جملة

7. نحس بإحساس مفاجئ بالرعب:

- ☐ ديما
- ☐ في أغلب الأحيان
- ☐ موش ديما
- ☐ جملة

[illegible] وانت صغيرة. نحبو نعرفو كيفاش تحس في روحك. من فضلك، جاوب على الأسئلة هاذي باختيار الإجابة إلّي تحسها توصف الاكثر حالتك طيلة الجمعة إلّي تعدات(طيلة السبعة أيام إلّي فاتو) و موش كان اليوم.

1. نجمت تضحك و تشوف الأشياء من جانبها الإيجابي(مطلقا):
- برشة، كيما العادة
- أقل من العادة
- أقل برشة لبعدات هاذي
- جملة

2. لمت روحي من غير سبب كيف الأمور ما ممشاش كيفما يلزم:
- في أغلب الأوقات
- ساعات
- موش دايما
- جملة

3. حسيت روحي متحيرة و مهمومة من غير سبب:
- جملة
- تقريبا، حتى مرّة
- ساعات
- دايما

4. حسيت روحي خائفة و مرعوبة من غير سبب:
- نعم، بالحق دايما
- نعم، ساعات
- موش دايما
- جملة

5. حسيت روحي عاجزة و تجاوزتني الأحداث:
- نعم، في أغلب الأوقات، حسيت روحي عاجزة باش نواجه برشة وضعيات
- نعم، ساعات حسّيت روحي ماليش قادرة على المواجهة كيما العادة
- لا، نجمت نواجه أغلب الوضعيات
- لا، حسيت روحي قادرة أكثر على المواجهة

6. خدمت نعمل حاجة خايبة في روحي:
- نعم، في أغلب الأوقات
- ساعات
- تقريبا، حتى مرّة
- جملة

7. حسّيت روحي حزينة لدرجة ما يجيليش النوم:
- دايما
- ساعات
- تقريبا، حتى مرّة
- جملة

8. حسيت روحي حزينة و نفسي ضايقة:
- في أغلب الأوقات
- ساعات
- موش دايما
- جملة

9. حسيت روحي حزينة لدرجة البكاء:
- في أغلب الأوقات
- في بعض الأوقات
- ساعات
- جملة

10. حسيت روحي واقفة من روحي و فرحانة بالمستقبل:
- في أغلب الأوقات
- في بعض الأوقات
- ساعات
- جملة

3

باش تطلبو منك تحكم في آخر موقف صعيب عشتو في الشهرين إلي فاتو و في الطريقة إلي واجهت بيها الموقف. جاوب على الإقتراحات هاذي بإختصار الإجابة إلي تقرب أكثر للطريقة إللي تصرفت بيها كردة فعل. جاوب بصراحة من غير ما تحكم كيفاش الناس يتصرفو كان جاو في بالاصطاد.
"حكي الموقف الصعيب إلي عشتو:.....

	أكيد	موافق	موش موافق	موش موافق بصح
1.حسيت تشاطات باش نركّه على روحي و تنسى شوية إلي صارلي.	☐	☐	☐	☐
2. حاولت نلقى حلّ للوضعية.	☐	☐	☐	☐
3.ما صدقتش إلي صارلي.	☐	☐	☐	☐
4.باش تحس روحي خير، شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرى (دواء،مخدرات، دخان،إلخ).	☐	☐	☐	☐
5. لؤجت على شكون يساعدني و يدعمني معنويا.	☐	☐	☐	☐
6. سلّمت و ما حاولش لؤجت باش نلقا حلّ للوضعية.	☐	☐	☐	☐
7. حاولت نرتّح نفسيتي بالصلاة.	☐	☐	☐	☐
8. تقبلت وضعي الجديد.	☐	☐	☐	☐
9. فضفضت و حكيت على مقلقي.	☐	☐	☐	☐
10. لؤجت على شكون ينجم يعاوني مادّيا.	☐	☐	☐	☐
11. حاولت نشوف الوضعية بطريقة إيجابية أكثر.	☐	☐	☐	☐
12. عاتبت روحي.	☐	☐	☐	☐
13. خلّصت في إستراجية إللي باش نعملو.	☐	☐	☐	☐
14. لؤجت على شكون يسمعني و يفهمني.	☐	☐	☐	☐
15. سلّمت وما حاولش نحكم في الحكاية.	☐	☐	☐	☐
16. خلّيت الوضعية بقدّيلها باش ما نوزّعش إلي نحس فيه.	☐	☐	☐	☐
17. حسيت حاجة باش ما نبقاش نحكم فإلي صارلي (مشيت للسنما، لؤجت في الطاقة، قريت، حلمت و أنا فايق(ا)، رقدت و إلا مشيت نتسوق).	☐	☐	☐	☐
18. عبّرت على أحاسيسي السلبية وحكيت على مقلقي.	☐	☐	☐	☐
19. لؤجت على شكون ينجم يعاوني فإلي نستحقو(فلوس، سيّارة، ملابس، إلخ).	☐	☐	☐	☐
20. حسيت مجهودي الكل باش نصلّح و نحسّن الوضعية.	☐	☐	☐	☐
21. حسّيت إلي الأمر لا يطاق و ظهرلي إلي حالتي موش باش تتحسّن.	☐	☐	☐	☐
22. رفضت باش نصدق إلي صارلي.	☐	☐	☐	☐
23. شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرى (دواء،دخان، مخدرات، إلخ) باش تسيبّ العويلة إلي صارلي.	☐	☐	☐	☐
24 . تعلّمت نعيش مع وضعي الجديد.	☐	☐	☐	☐
25. كل ما خدمت في الحكاية، نقا أفكاري تدور في نفس الدوّامة.	☐	☐	☐	☐
26.خطّطت للمراحل إلي باش نتبعهم.	☐	☐	☐	☐
27. أمنت روحي على صارلي.	☐	☐	☐	☐
28. لؤجت على الحاجات الإيجابية إلي صارلي.	☐	☐	☐	☐
29 . صلّيت و إلا دعيت.	☐	☐	☐	☐
30. من كثر ما تقلقت، ولّيت نضحك على الوضعية.	☐	☐	☐	☐
31. حسّيت روحي ما حاش عندي القدرة باش نكمل و باش نواجه الموقف.	☐	☐	☐	☐
32. كنت ديما نحكم في نفس الحكاية.	☐	☐	☐	☐

فيما يلي، عدد من الجمل إلي تستعملها النساء عادةً باش يوصفوا شنوّا يحسّو بعد الولادة. بعد قراءة كل جملة، ضعي علامة (X) أمام الإجابة إلي تعبرها أقرب الأكثر لحالتك في الوقت الحاضر.

ما أماش إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة.

كيفاش توصف الولادة ماضاها؟

	ماليش مرخاة حدة	ماليش مرخاة	مرخاة	مرخاة بزاف
الولادة ماضي كانت تجربة مرخاة برشا.	□	□	□	□
أثناء الولادة، حسيت روحي تضرّيت في بدني.	□	□	□	□
أثناء الولادة، خفت تصير حاجة إيّا و إلاّ لصغيري و/أو لزوجي.	□	□	□	□
أثناء الولادة، حسيت روحي مطلقة، عاجزة أو مرعوبة.	□	□	□	□

كيفاش تحس في روحك توّا؟

	جملة	ساعات	مهما	في أغلب الأحيان
1. من غير ما نتحكم في روحي، نجموني الأفكار و نشوف تصاور خايبين ممتعلقين بشي حشو في الولادة ماضي.	□	□	□	□
2. نعمل كوابيس متعلقة بالولادة ماضي.	□	□	□	□
3. نكون قاعدة، فجاة نحس كاينين لولادة قاعدة تعاود ونحس روحي مرعوبة.	□	□	□	□
4. كل الحاجات إلي تذكرني في الولادة ماضي تتسبيلي في ضغوطات نفسيّة .	□	□	□	□
5. الحاجات إلي تذكرني في الولادة ماضي تتسبيلي في إضطرابات جسدية (قلبي دقّ بالقوي، نتنفس بزربة، نحس روحي متوترة،تعرق برشا، إلخ).	□	□	□	□
6. نحاول نبقا بعيدة على الأفكار، الأحاسيس أو الحالات إلي يتجمو بذكروني في الولادة ماضي	□	□	□	□
7. نحاول نتجنّب النشاطات، الأماكن أو النّاس إلي يتجمو بذكروني في الولادة ماضي.	□	□	□	□
8. نقا صعوبات باش نتذكر النّقطات الهامة متاع الولادة ماضي.	□	□	□	□
9. ملّي ولدت، عندي أفكار سلبيّة على روحي، على النّاس إلي دايرين بيّا، و إلاّ على الدنيا (مثلا: أنا ما نسوا شي، ما نجم نعطي ثقتي في حتى حد، العالم خطير، إلخ) .	□	□	□	□
10. ملّي ولدت و أنا نلوم على الفريق العتبي.	□	□	□	□
11. ولّيتي نحس في الولادة ماضي، نحس بالذنب من غير ما نهم نقنع روحي بالعكس.	□	□	□	□
12. ولّيتي نحس في الولادة ماضي، نحس بأحاسيس خايبة (الخوف، الفرافل، الحشمة، إلخ).	□	□	□	□
13. بلغا صعوبات باش نعمل النشاطات إلي كانو يعجبوني قبل ما نولد.	□	□	□	□
14. ملّي ولدت و أنا نحس في روحي مفصلة و إلاّ بعيدة على النّاس.	□	□	□	□
15. ملّي ولدت، قدرتي باش نحب و إلاّ نكون حنينة مع إلي دايرين بيّا، ولاّت محدودة	□	□	□	□
16. نهم نحس فجاة، بالقلق و إلاّ بالفرافل من غير سبب.	□	□	□	□
17. نخاطر برشا و نعمل حاجات إلي نجم تضرّني (سياقة مخطرة، إستهلاك مفرط للأدوية، إلخ).	□	□	□	□
18. نحس في روحي نيما على أعصابي و ماخذة حذري من كل شي.	□	□	□	□
19. عندي ردّات فعل و فجعة مبالغ فيها أمام أحداث غير متوقعة.	□	□	□	□
20. عندي صعوبات في التركيز.	□	□	□	□
21. عندي صعوبات باش نرقد و إلاّ باش نبقا فايقة، خاطرني مطلقة بسبب الأفكار و الحاجات إلي تذكرني في الولادة ماضي.	□	□	□	□

توا، حاول باش تقدر قداش الإحتمالات إلي فاتو أثروا على حياتك اليومية. أختار رقم من 0 (ما أثروش عليا جملة) إلى 10 (أثروا عليا برشا)، على السلم التالي :

قداش حياتك اليومية تأثرت ؟

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

إذا تحس إلي حياتك اليومية تأثرت بالعوامل إلي ذكرت في الصفحة السابقة، قداش دامت الحكاية؟ أبدا بأول مرّة حسّيت فيها واحد من الإحتمالات إلي ذكرناها :

دور الرقم إلي يوافق عدد الأشهر المناسبة:

أقل من شهر	شهر	شهرين	3 أشهر	4 أشهر	5 أشهر	6 أشهر	7 أشهر	8 أشهر	9 أشهر	10 أشهر

الأسئلة ملّي متعلّقة بدعم الإطار الطبي ليك (مثال الأطباء، القابلة، الممرضون، إلخ) و خاصة دعمهم ليك باش تعمل على روحك طيلة الحبالة متاعك:

1. حبّيت إلي الإطار الطبّي فهم كيفاش حبّيت الولادة متاعي تصير.	□	□	□	□	□	□
2. حبّيت إلي الإطار الطبّي إقترح عليّا خيارات فيما يخص الولادة متاعي.	□	□	□	□	□	□
3. الإطار الطبّي وثق فيا .	□	□	□	□	□	□
4. الإطار الطبّي شجعني طيلة الولادة متاعي.	□	□	□	□	□	□
5. الإطار الطبّي إقترح عليا باش نعطي رأيي وقت الولادة متاعي.	□	□	□	□	□	□
6. الإطار الطبّي خذا بعين الإعتبار رأيي و إلي طلبتو وقت الولادة متاعي .	□	□	□	□	□	□

بعد قراءة كل جملة، الرجاء وضع علامة (X) أمام الإجابة التي تعبر أكثر على إحساسك تجاه صغيرك.

	جملة	شوية	برشا	برشا برشا
1. نحس روحي لوحدة من صغيري.	□	□	□	□
2. ندمت على الوقت إلي متكاش عندي فيه صغار.	□	□	□	□
3. نحس روحي بعيدة من صغيري.	□	□	□	□
4. نحب نداعب صغيري.	□	□	□	□
5. ندمت إلي جبت صغيري.	□	□	□	□
6. نحس إلو الصغير إلي عندي ماعرفش صغيري.	□	□	□	□
7. صغيري يوثرني.	□	□	□	□
8. نحب صغيري أما شوية.	□	□	□	□
9. نحس روحي فرحانة كيف صغيري يتبسّم أو يضحك.	□	□	□	□
10. صغيري يفرّحني برشا.	□	□	□	□
11. نتمتع بالوقت إلي نلعب فيه مع صغيري.	□	□	□	□
12.صغيري يبكي برشا.	□	□	□	□
13. نحس روحي سجينة في دوري كام.	□	□	□	□
14. نحس روحي متعششة على صغيري.	□	□	□	□
15. نلوم على صغيري.	□	□	□	□
16. صغيري أزين صغير في الدنيا.	□	□	□	□
17. نحب صغيري يبعد علّيا بأي طريقة.	□	□	□	□
18. عملت حاجات ضيّرت صغيري.	□	□	□	□
19. صغيري يخلّيني على أعصابي.	□	□	□	□
20. نخاف من صغيري.	□	□	□	□
21. صغيري مقيّدني.	□	□	□	□
22. نحس روحي مرتاحة كيف نلقها بصغيري.	□	□	□	□
23. يُقهرني إلي الحل الوحيد إلو واحد آخر يقلها بصغيري.	□	□	□	□
24. يُقهرني قاعدة نضحّ في صغيري.	□	□	□	□
25. نهم نسوّت صغيري بسهولة.	□	□	□	□
26. ساعات نشد نحسّ صغيري كيف ما يحبش يركع.	□	□	□	□

المقترحات هاذي توصف معتقدات الأباء و الأمهات الجدد على قدراتهم على رعاية صغيرهم.
بعد قراءة كل جملة، الرجاء رسم دائرة حول الرقم إلّي يوصف حسب رايك إحساسك و أنتي تقوم بدورك كام.
بما أنو الجمل هاذي تتعلق بالإعتقادات، فلا وجود لإجابة صحيحة أو إجابة خاطئة.

	متجمش	تجم لكن بصعوبة	تجم بطريقة صحيحة	تجم بالحاكيه	تجم
نجم نفيق بصغيري كي يجوع	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نتصرف بصفة تكلمة مع صغيري كيف يبدا يبكي من غير سبب	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نفيق بصغيري كي يمرض	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعرف وقتاش نزيد حاجات جديدة في ماكلة صغيري	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نقيس حرارة صغيري بطريقة عادية كي نحسو مريض	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعمل حاجة لصغيري قبل ما يبدا يبكي	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعطي لصغيري كل الاهتمام إلي يحتاجلو	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نحبب شكون يكلها بصغيري وقتاش تستحق	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نفيق بالحاجات إلي يحبهم صغيري و بالحاجات إلي ما يحبهمش	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نحس بمزاج صغيري	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نظهر محبتي لصغيري	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نهدي صغيري وقتاش يبدا مقلق	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعاون صغيري في الوضعيات المقلقة كيما وقتاش نهزو للطبيب	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نساهم في نمو قدرات صغيري و أنا نلعب معاه	☐	☐	☐	☐	☐

الأسئلة الجاية تتعلق بصحتك كيفما تحسيها انتي. المعلومات هاذي باش تخلينا نعرفو كيفاش تحسن روحك في حياتك اليومية. من فضلك جاوب على الأسئلة بوضع علامة أمام الجواب إلّي تختارو. كان ماعرفتش شكوا تجاوب ، أختار الإجابة إلّي تحسها الأرب لحالتك .

1. بصفة عامة كيفاش تشوف حالتك الصحية؟

- ☐ ممتازة
- ☐ باهية برشة
- ☐ باهية
- ☐ متوسطة
- ☐ ضعيفة

2. كي تقارن مع العام إلّي فات، كيفاش تشوف حالتك الصحية بصفة عامة؟

- ☐ الآن أحسن برشة من عام التالي
- ☐ نوعاما، الآن أحسن برشة من عام التالي
- ☐ تقريبا، الآن أحسن برشة من عام التالي
- ☐ نوعاما، الآن أسوأ من عام التالي
- ☐ الآن أسوأ برشة من عام التالي

3. الأسئلة التالية تتعلق بصحتك كيفما تحسها أنتي. المعلومات هذي باش تخلينا نعرفو كيفاش تحس في روحك في حياتك اليومية. من فضلك جاوب على الأسئلة هذي بوضع علامة أمام الإجابة إلي تحسها الأرب لحالتك.

مثلاً صحتك تمكنك:

	نعم محدودة برشة	نعم محدودة شوية	لا موش محدودة بالكل
باش تقوم بأنشطة تتطلب منك جهد كبير.	☐	☐	☐
باش تقوم بأنشطة موش متعبة كيفما تحويل طاولة، كنسان الدار (تنظيف الجرة)،الجري، ركوب دراجة.	☐	☐	☐
من حمل القفة من عند الحطار.	☐	☐	☐
باش تطلع الدروج مشاع أكثر من طابق.	☐	☐	☐
باش تطلع الدروج مشاع طابق واحد.	☐	☐	☐
من التقنبيس، الركوع، الوقوف.	☐	☐	☐
من المشي أكثر من كيلومتر واحد.	☐	☐	☐
من المشي 500 ميتر.	☐	☐	☐
من المشي 50 ميتر.	☐	☐	☐
باش تاخذ حمام ولا تلبس دبشك.	☐	☐	☐

4. في الشهر الفايت، أرتشي صحتك البدنية على حاجة من الحوايج التالية:

	نعم	لا
قصرت في الوقت إلي تعديه في الخدمة و إلا أنشطة أخرى.	☐	☐
ما أمشي بالعمل كيفما تحب أنتي.	☐	☐
قصرت في نوعية العمل أو أنشطة أخرى.	☐	☐
لقيت صعوبات في أداء العمل أو أنشطة أخرى.	☐	☐

5. في الشهر الفايت، أرتشي حالتك النفسية على حاجة من الحوايج التالية:

	نعم	لا
قصرت الوقت إلي تعديه في الخدمة و إلا في أنشطة أخرى.	☐	☐
ما أمشي بالعمل كيفما تحب أنتي.	☐	☐
لقيت صعوبات في أداء العمل أو أنشطة أخرى.	☐	☐

9

6. في الشهر الفايت، قداش أثرت مشاكلك الصحية أو النفسية على أنشطتك العادية مع العائلة، مع الأصحاب، مع الجيران ولاّ أي ناس تعرفيهم؟

- ☐ ما أثرتش بالكلّ
- ☐ أثرت بدرجة ضعيفة
- ☐ أثرت بدرجة متوسطة
- ☐ أثرت بزاف
- ☐ أثرت بدرجة كبيرة برشة

7. في الشهر الفايت، حاسبتني من وجاع في بدنك؟ قداش؟

- ☐ ما حاسبتش بالكلّ
- ☐ حاسبت شوية
- ☐ حاسبت بدرجة متوسطة
- ☐ حاسبت بدرجة كبيرة
- ☐ حاسبت بدرجة كبيرة برشة

8. في الشهر الفايت، أثرتلي الوجاع على عملك العادي (العمل في المنزل و خارج المنزل) ؟

- ☐ ما أثرتش بالكلّ
- ☐ أثرت بدرجة محدودة
- ☐ أثرت نوعا ما
- ☐ أثرت شوية
- ☐ أثرت بزاف

9. السؤالات الجاية على ك حسيت و كيفاش سارت الأمور في الشهر الفايت. من فضلك أختار إجابة واحدة تكون هي الأقرب لي شعرت بيه

	في كلّ وقت	في جزء كبير من الوقت	في أغلب الوقت	تعزا	أبدا
حسيتني بنفسيتك مرتاحة.	☐	☐	☐	☐	☐
كنتني شخص عصبي(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بلي إنت بائس(ة) برشة حتى إنو مافرحتك حتى شيء.	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بروحتك هادي (ة) و مطمان(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بروحتك نشيط(ة) برشة و عندك طاقة.	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بلي إنت حزين (ة) و بائس(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بروحتك قلقان(ة) (الضجر).	☐	☐	☐	☐	☐
كنتني شخص فرحان(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
حسيتني بالتعب.	☐	☐	☐	☐	☐

10. في الشهر إلي فات، أثرتلي حالتك البدنية و إلاّ النفسية على نشاطاتك الأجتماعية كيفما زيارة الأصدقاء و الأقارب؟ قداش؟

- ☐ أثرت في كلّ وقت
- ☐ أثرت في جزء كبير من الوقت
- ☐ أثرت في أغلب الوقت
- ☐ نادرا ما أثرت
- ☐ ما أثرتش بالكلّ

11. قداش صحيح ولاّ غالط الإقتراحات الجاية بالنسبة ليك؟

	صحيح 100 في 100	الأغلبية صحيح	ما نعرفش	الأغلبية غالط	غالط 100 في 100
أنت تمرض أسهل من الناس الأخرين؟	☐	☐	☐	☐	☐
أنت تظن بلي صحتك باش تتدهور (باش تولي أسوء في المستقبل).	☐	☐	☐	☐	☐
أنت تظن إلي صحتك جيدة كقاع الي يحيط بيك.	☐	☐	☐	☐	☐
صحتك ممتازة	☐	☐	☐	☐	☐

شكرًا جزيلاً على المشاركة

Annexe 17 : Questionnaire postnatal (6 mois post-partum) pour les femmes tunisiennes

تۆه ولدت صغيرك. نحبو نعرفو كيفاش تحس في روحك. من فضلك، جاوب على الأسئلة هاذي باختيار الإجابة إلّي تحسها **توصف الأكثر حالتك طيلة الجمعة إلّي تعدات**(طيلة السبعة أيام إلّي فاتو) و موش كان اليوم.

1. نجمت نضحك و نشوف الأشياء من جانبها الإجابي(متفائلة):
- ☐ برشا، كيما العادة
- ☐ أقل مالعادة
- ☐ أقل برشة لبعات هاذي
- ☐ جملة

2. لمت روحي من غيرسبب كيف الأمور ما ممشاتش كيفما يلزم:
- ☐ في أغلب الأوقات
- ☐ ساعات
- ☐ موش ديما
- ☐ جملة

3. حسيت روحي متحيرة و مهمومة من غير سبب:
- ☐ جملة
- ☐ تقريبا، حتى مرّة
- ☐ ساعات
- ☐ ديما

4. حسيت روحي خائفة و مرعوبة من غير سبب:
- ☐ نعم، بالحق ديما
- ☐ نعم، ساعات
- ☐ موش ديما
- ☐ جملة

5. حسيت روحي عاجزة و تجاوزتني الأحداث:
- ☐ نعم، في أغلب الأوقات، حسيت روحي عاجزة باش نواجه برشة وضعيات
- ☐ نعم، ساعات حسّيت روحي ماتيش قادرة على المواجهة كيما العادة
- ☐ لا، نجمت نواجه أغلب الوضعيات
- ☐ لا، حسيت روحي قادرة أكثر على المواجهة

6. خممت نعمل حاجة خايبة في روحي:
- ☐ نعم، في أغلب الأوقات
- ☐ ساعات
- ☐ تقريبا، حتى مرّة
- ☐ جملة

7. حسّيت روحي حزينة لدرجة ما يجينيش النوم:
- ☐ ديما
- ☐ ساعات
- ☐ تقريبا، حتى مرّة
- ☐ جملة

8. حسيت روحي حزينة و نفسي ضايقة:
- ☐ في أغلب الأوقات
- ☐ ساعات
- ☐ موش ديما
- ☐ جملة

9. حسيت روحي حزينة لدرجة البكاء:
- ☐ في أغلب الأوقات
- ☐ في بعض الأوقات
- ☐ ساعات
- ☐ جملة

10. حسيت روحي واثقة من روحي و فرحانة بالمستقبل:
- ☐ في أغلب الأوقات
- ☐ في بعض الأوقات
- ☐ ساعات
- ☐ جملة

1

باش نطلبو منك تخمم في آخر موقف صعيب عشتو في الشهرين إلي فاتو و في الطريقة إلي واجهت بيها الموقف. جاوب على الإقتراحات هاذي باختيار الإجابة إلّي تقرب أكثر للطريقة إللّي تصرفت بيها كردة فعل. جاوب بصراحة من غير ما تخمم كيفاش الناس يتصرفو كان جاو في بلاصتك.

"حيّد الموقف الصعيب إلّي عشتو:.....

.....

	أكيد	موافق	موش موافق	موش موافق جملة
1.عملت نشاطات باش نرفّه على روحي و ننسى شوية إلّي صارلي.	☐	☐	☐	☐
2. حاولت نلقى حلّ للوضعيّة.	☐	☐	☐	☐
3.ما صنفتش إلّي صارلي.	☐	☐	☐	☐
4.**باش نحس روحي خير**، شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرى (دواء،مخدرات، دخان،إلخ).	☐	☐	☐	☐
5. لوّجت على شكون يساندني و يدعمني معنويًا.	☐	☐	☐	☐
6. سلّمت و ما عاودش لوّجت باش نلقا حلّ للوضعية.	☐	☐	☐	☐
7. حاولت نرتّح نفسيتي بالصلاة.	☐	☐	☐	☐
8. تقبلت وضعي الجديد.	☐	☐	☐	☐
9. فضفضت و حكيت علّي مقلقني.	☐	☐	☐	☐
10. لوّجت على شكون ينجم يعاوني ماديًا.	☐	☐	☐	☐
11. حاولت نشوف الوضعية بطريقة إيجابية أكثر.	☐	☐	☐	☐
12. عاتبت روحي.	☐	☐	☐	☐
13. خمّمت في إستراتجية إللّي باش نعملو.	☐	☐	☐	☐
14. لوّجت على شكون يسمعني و يتفهمني.	☐	☐	☐	☐
15. سلّمت وما عادش نخمم في الحكاية.	☐	☐	☐	☐
16. خذيت الوضعية بتقدليك باش ما نوريش إلّي نحس فيه.	☐	☐	☐	☐
17. عملت حاجة باش ما نبقاش نخمم فلّي صارلي (مشيت للسنما، تفرّجت في التلفزة، قريت، حلمت و أنا فايق(ة)، رقدت و إلاّ مشيت نتسوق).	☐	☐	☐	☐
18. عبّرت على أحاسيسي السلبية وحكيت علّى مقلّقني.	☐	☐	☐	☐
19. لوّجت على شكون ينجّم يعاوني فلّي نستحقو(فلوس، سيّارة، ملابس، إلخ).	☐	☐	☐	☐
20. عملت مجهودي الكل باش نصلّح و نحسّنْ الوضعية.	☐	☐	☐	☐
21. حسّيت إلّي الأمر لا يطاق و ظهرلي إلّي حالتي موش باش تتحسّن.	☐	☐	☐	☐
22. رفضت باش نصدق إلّي صارلي.	☐	☐	☐	☐
23. شربت الكحول و إلا إستهلكت مادة أخرى (دواء،دخان، مخدرات، إلخ) باش **نسيت شوية** إلّي صارلي.	☐	☐	☐	☐
24 . تعلّمت نعيش مع وضعي الجديد.	☐	☐	☐	☐
25. كل ما خممت في الحكاية، نلقا أفكاري تدور في نفس الدوّامة.	☐	☐	☐	☐
26.خططت للمراحل إلي باش نتبعهم.	☐	☐	☐	☐
27. لمت روحي علّي صارلي.	☐	☐	☐	☐
28. لوّجت على الحاجات الإيجابية فلّي صارلي.	☐	☐	☐	☐
29 . صلّيت و إلاّ دعيت.	☐	☐	☐	☐
30. من كثر ما تقلّقت، ولّيت نضحك على الوضعيّة.	☐	☐	☐	☐
31. حسّيت روحي ما عادش عندي القدرة باش نكمّل و باش نواجه الموقف.	☐	☐	☐	☐
32. كنت ديما نخمم في نفس الحكاية.	☐	☐	☐	☐

فيما يلي، عدد من الجمل إلي تستعملها النساء عادة باش يوصفوا شنوا يحسّو بعد الولادة. بعد قراءة كل جملة، منعي علامة (x) أمام الإجابة إلي تحسبها تقرب الأكثر لحالتك في الوقت الحاضر.

ما فماش إجابة صحيحة أو إجابة غالطة.

كيفاش توصف الولادة متاعك؟

	ماناش موافقة جملة	ماناش موافقة	موافقة	موافقة بزاف
الولادة متاعي كانت تجربة مرهقة برشا.	☐	☐	☐	☐
أثناء الولادة، حسيت روحي تنسزيت في بدني.	☐	☐	☐	☐
أثناء الولادة، خفت نصير حاجة إيّا و إلاّ لصغيري والاّ نموت.	☐	☐	☐	☐
أثناء الولادة، حسيت روحي مقلقة، عاجزة أو مرعوبة.	☐	☐	☐	☐

كيفاش تحس في روحك توّة؟

	جملة	ساعات	ديما	في أغلب الأحيان
1. من غير ما نتحكم في روحي، يجيوني أفكار و تشوف تصاور خايبين معلاقين بلّي عشتو في الولادة متاعي.	☐	☐	☐	☐
2. نعمل كوابيس متعلقة بالولادة متاعي.	☐	☐	☐	☐
3. نكون قاعدة، فجأة نحس كايني لولادة قاعدة تتعاود ونحس روحي مرعوبة.	☐	☐	☐	☐
4. كل الحاجات إلي نتكرتي في الولادة متاعي تسبيلي في ضغوطات نفسية .	☐	☐	☐	☐
5. الحاجات إلي نتكرتي في الولادة متاعي تسبيلي في إضطرابات جسدية (قلبي يدق بالقوي، نتنفس بزوبة، نحس روحي متوترة نتعرق برشا، إلخ).	☐	☐	☐	☐
6. نحاول نبقا بعيدة على الأفكار، الأحاسيس أو المعادلات إلي يخمو بتكروني في الولادة متاعي	☐	☐	☐	☐
7. نحاول نتجنب النشاطات، الأماكن أو الناس إلي يخمو بتكروني في الولادة متاعي.	☐	☐	☐	☐
8. نلقا صعوبات باش نتذكر اللحظات الهامة متاع الولادة متاعي.	☐	☐	☐	☐
9. ملّي ولدت، عندي أفكار سلبية على روحي، على الناس إلي دايرين بيّا، و إلاّ على الدنيا (مثال: أنا ما نسوا شي، ما نجم نعطي لبقلي في حتى حد، العالم خطر، إلخ) .	☐	☐	☐	☐
10. ملّي ولدت و أنا نلوم على الفريق الطبي.	☐	☐	☐	☐
11. وقتلّي نحس في الولادة متاعي، نحس بالذنب من غير ما نجم نقنع روحي بالعكس.	☐	☐	☐	☐
12. وقتلّي نحس في الولادة متاعي، نحس بأحاسيس خايبة (الخوف، التوتر، العشمة، إلخ).	☐	☐	☐	☐
13. نلقا صعوبات باش نعمل النشاطات إلي كانو يعجبوني قبل ما نولد.	☐	☐	☐	☐
14. ملّي ولدت و أنا نحس في روحي منفصلة و إلاّ بعيدة على الناس.	☐	☐	☐	☐
15. ملّي ولدت، قدرتي باش نحب و إلاّ نكون حنينة مع إلي دايرين بيّا، ولاّت محدودة	☐	☐	☐	☐
16. نجم نحس فياقة، بالنقّ و إلاّ بالتوتر من غير سبب.	☐	☐	☐	☐
17. نخاطر برشا و نعمل حاجات إلي نجم نتنسزي (سياقة مخطرة، إستهلاك مفرط للأدوية، إلخ).	☐	☐	☐	☐
18. نحس في روحي ديما على أعصابي و ماخذة حذري من كل شيء.	☐	☐	☐	☐
19. عندي ردّات فعل و قيمة مبالغ فيها أمام أحداث غير متوقعة.	☐	☐	☐	☐
20. عندي صعوبات في التركيز.	☐	☐	☐	☐
21. عندي صعوبات باش نرقد و إلاّ باش نبقا فايقة، خاطري مقلقة بسبب الأفكار و الحاجات إلي نتكرتي في الولادة متاعي.	☐	☐	☐	☐

تواصل. حاول باش تقدر قداش الاحتمالات إلّي فاتو أثروا على حياتك اليومية. أختار رقم من 0 (ما أثروش عليا جملة) إلى 10 (أثروا عليا برشا)، على السلم التالي :

قداش حياتك اليومية تأثرت ؟

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

إذا تحس إلّي حياتك اليومية تأثرت بالعوامل إلي ذكرت في الصفحة السابقة، قدّاش دامت الحكاية؟ أبدا بأول مرّة حسّيت فيها واحد من الإحتمالات إلي ذكرناها :

دور الرقم إلي يوافق عدد الأشهر المناسبة:

أقل من شهر	شهر	شهرين	3 أشهر	4 أشهر	5 أشهر	6 أشهر	7 أشهر	8 أشهر	9 أشهر	10 أشهر

4

بعد قراءة كل جملة، الرجاء وضع علامة (x) أمام الإجابة إلي تعبر أكثر على إحساسك اتجاه صغيرك.

	جملة	شوية	برشا	برشا برشا
1. نحس روحي قريبة من صغيري.	□	□	□	□
2. نحمت على الوقت إلي ماكانش عندي فيه صغار.	□	□	□	□
3. نحس روحي بعيدة من صغيري.	□	□	□	□
4. نحب نداعب صغيري.	□	□	□	□
5. نحمت إلي جيت صغيري.	□	□	□	□
6. نحس إلو الصغير إلي عندي ماهوش صغيري.	□	□	□	□
7. صغيري يوالزني.	□	□	□	□
8. نحب صغيري أما شوية.	□	□	□	□
9. نحس روحي فرحانة كيف صغيري يلبسم أو يضحك.	□	□	□	□
10. صغيري يزعزني برشا.	□	□	□	□
11. نتمتع بالوقت إلي نلعب فيه مع صغيري.	□	□	□	□
12.صغيري يبكي برشا.	□	□	□	□
13. نحس روحي سجينة في دوري كام.	□	□	□	□
14. نحس روحي متعششة على صغيري.	□	□	□	□
15. نلوم على صغيري.	□	□	□	□
16. صغيري أزين صغير في الدنيا.	□	□	□	□
17. نحب صغيري يبعد عليّا بأي طريقة.	□	□	□	□
18. عملت حاجات متزعت صغيري.	□	□	□	□
19. صغيري يخليني على أعصابي.	□	□	□	□
20. نخاف من صغيري.	□	□	□	□
21. صغيري مقتلني.	□	□	□	□
22. نحس روحي مرتاحة كيف نكلها بصغيري.	□	□	□	□
23. يظهرلي إلي الحل الوحيد إلو واحد آخر يكلها بصغيري.	□	□	□	□
24. يظهرلي قاعدة نحنز في صغيري.	□	□	□	□
25. نهم نسكت صغيري بسهولة.	□	□	□	□
26. ساعات نشد نخمن صغيري كيف ما يحبش يركع.	□	□	□	□

المقترحات هاذي توصف معتقدات الآباء و الأمهات الجدد على قدراتهم على رعاية صغيرهم.
بعد قراءة كل جملة، الرجاء رسم دائرة حول الرقم إلي يوصف حسب رايك إحساسك و أنني تقوم بدورك كأم.
بما أنو الجمل هاذي تتعلق بالإعتقادات، فلا وجود لإجابة صحيحة أو إجابة خاطئة.

	ماتفهمش	نفهم الكل بصعوبة	نفهم بطريقة صحيحة	نفهم بالتأكيد	نفهم
نجم نفيق بصغيري كي يجوع	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نتصرف بصفة فعالة مع صغيري كيف يبدا يبكي من غير سبب	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نفيق بصغيري كي يمرض	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعرف وقتاش نزيد حاجات جديدة في ماكلة صغيري	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نقيس حرارة صغيري بطريقة فعالة كي نحسو مريض	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعمل حاجة لصغيري قبل ما يبدا يبكي	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعطي لصغيري كل الاهتمام إلي يحتاجلو	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نحب نكون بقربها بصغيري وقتلي نضحق	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نفيق بالحاجات إلي يحبهم صغيري و بالحاجات إلي ما يحبهمش	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نحس بمزاج صغيري	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نظهر محبتي لصغيري	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نهدي صغيري وقتلي يبدا متلق	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نعاون صغيري في الوضعيات المقلقة كيما وقتلي نهزو للطبيب	☐	☐	☐	☐	☐
نجم نساهم في نمو قدرات صغيري و أنا نلعب معاه	☐	☐	☐	☐	☐

الأسئلة الجاية تتعلق بصحتك كيفما تحسها انتي. المعلومات هاذي باش تخليذا نعرفو كيفاش نحسن روحك في حياتك اليومية. من فضلك جاوب على الأسئلة بوضع علامة أمام الجواب إلي تختارو. كان ماعرفتش شنوة تجاوب ، أختار الإجابة إلي تحسها أقرب لحالتك .

1. بصفة عامة كيفاش تشوف حالتك الصحية؟

- ☐ ممتازة
- ☐ باهية برشة
- ☐ باهية
- ☐ متوسطة
- ☐ ضعيفة

2. كي تقارن مع العام إلي فات، كيفاش تشوف حالتك الصحية بصفة عامة؟

- ☐ لتوا أحسن برشة من عام التالي
- ☐ نوعا ما، لتوا أحسن برشة من عام التالي
- ☐ تقريبا، لتوا أحسن برشة من عام التالي
- ☐ نوعا ما، لتوا أسوأ من عام التالي
- ☐ لتوا أسوأ برشة من عام التالي

3. الأسئلة الجاية تتعلق بصحتك كيفما تحسها أنتي. المعلومات هاذي باش نخليوا نعرفو كيفاش نحسن في روحك في حياتك اليومية. من فضلك جاوب على الأسئلة هاذي بوضع علامة أمام الإجابة إلي تحسها أقرب لحالتك.

مثلاً صحتك تمكنتي:

	نعم محدودة برشة	نعم محدودة شوية	لا موش محدودة بالكل
باش تقوم بأنشطة تتطلب منك جهد كبير.	☐	☐	☐
باش تقوم بأنشطة موش ملعبة كيفما تحويل طاولة، كنسان الدار (تنظيف المرتبة)،الجري، ركوب دراجة.	☐	☐	☐
من هزان القشبة من عند العطّار.	☐	☐	☐
باش تطلع الدروج مناع أكثر من طابق.	☐	☐	☐
باش تطلع الدروج مناع طابق واحد.	☐	☐	☐
من التطبيس، الركوع، الوقوف.	☐	☐	☐
من المشي أكثر من كيلومتر واحد.	☐	☐	☐
من المشي 500 ميترو.	☐	☐	☐
من المشي 50 ميترو.	☐	☐	☐
باش تاخذ حمام ولا تلبس دبشك.	☐	☐	☐

4. في الشهر الفايت، أرتنشي صحتك البدنية على حاجة من الحوايج التالية:

	نعم	لا
نقصت في الوقت إلي تعديه في الخدمة و ولا أنشطة أخرى.	☐	☐
ما قدلش بالعمل كيفما تحب أنتي.	☐	☐
نقصت في نوعية العمل أو أنشطة أخرى.	☐	☐
لقيت صعوبات في أداء العمل أو أنشطة أخرى.	☐	☐

5. في الشهر الفايت، أرتنشي حالتك النفسية على حاجة من الحوايج التالية:

	نعم	لا
نقصت الوقت إلي تعديه في الخدمة و ولا في أنشطة أخرى.	☐	☐
ما قدلش بالعمل كيفما تحب أنتي.	☐	☐
لقيت صعوبات في أداء العمل أو أنشطة أخرى.	☐	☐

6. في الشهر الفايت، قداش أثرت مشاكلك الصحية أو النفسية على أنشطتك العادية مع العائلة، مع الأصحاب، مع الجيران ولاّ أي ناس تعرفهم؟

- ☐ ما أثرتش بالكل
- ☐ أثرت بدرجة ضعيفة
- ☐ أثرت بدرجة متوسطة
- ☐ أثرت بزاف
- ☐ أثرت بدرجة كبيرة برشة

7. في الشهر الفايت، عانيتش من وجايع في بدنك؟ قداش؟

- ☐ ما عانيتش بالكل
- ☐ عانيت شوية
- ☐ عانيت بدرجة متوسطة
- ☐ عانيت بدرجة كبيرة
- ☐ عانيت بدرجة كبيرة برشة

8. في الشهر الفايت، أثرتش الوجايع على عملك العادي (العمل في المنزل و خارج المنزل) ؟

- ☐ ما أثرتش بالكل
- ☐ أثرت بدرجة محدودة
- ☐ أثرت نوعا ما
- ☐ أثرت شوية
- ☐ أثرت بزاف

9. السؤالات الجاية على أش حسيت و كيداش صارت الأمور **في الشهر الفايت** من فضلك أختار إجابة واحدة تكون هي الأقرب لّي شعرت بيه

	في كل وقت	في جزء كبير من الوقت	في أغلب الوقت	نادرا	أبدا
حسيتني بنفسيتك مرتاحة.	☐	☐	☐	☐	☐
كنتني شخص عصبي(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني إلّي إنت باس(ة) برشة حتى إنو مايفرحك حتى شيء.	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بروحك هادي (ة) و مطمان(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بروحك نشيط(ة) برشة و عندك طاقة.	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني إلّي إنت حزين (ة) و باس(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
شعرتني بروحك قلقان(ة) (مضجر).	☐	☐	☐	☐	☐
كنتني شخص فرحان(ة).	☐	☐	☐	☐	☐
حسيتني بالتعب.	☐	☐	☐	☐	☐

10. في الشهر إلّي فات، أثرتش حالتك البدنية و إلّا النفسية على نشاطاتك الأجتماعية كيفما زيارة الأصدقاء و الأقارب؟ قداش؟

- ☐ أثرت في كلّ وقت
- ☐ أثرت في جزء كبير من الوقت
- ☐ أثرت في أغلب الوقت
- ☐ نادرا ما أثرت
- ☐ ما أثرتش بالكلّ

11. قداش صحيح ولاّ غالط الأقترحات الجاية بالنسبة ليك؟

	صحيح 100 في 100	بإعطية صحيح	ما تعرفش	الأغلبية غالط	غالط 100 في 100
أنت تمرض فيسع أكثر من الناس الأخرين؟	☐	☐	☐	☐	☐
أنت تظن إلّي صحتك باش تتدهور (باش تولّي أسوء في المستقبل).	☐	☐	☐	☐	☐
أنت تظن إلّي صحتك جيدة كالّ إلّي يحيط بيك.	☐	☐	☐	☐	☐
صحتك ممتازة	☐	☐	☐	☐	☐

شكرا جزيلاً على المشاركة

Comité de Protection des Personnes Est-II

Siège : CHU – Hôpital Saint Jacques
2 place Saint Jacques
25030 Besançon Cedex
Tel 03-81-21-69-12
Fax 03-81-21-69-13
Email : cpp@chu-besancon.fr

Besançon, le 10 novembre 2011

Le Président,

Université Paul Verlaine - Metz
Madame Elisabeth SPITZ
Professeur des Universités
EA 4360 APEMAC – Ile du Saulcy
57006 METZ

JPK/KB
Réf protocole CPP : 10/581
N° Afssaps : B110960-10
N° EudraCT : 2010-A00287-32
Vos réf : Etude ACCOUNOVA « Etude de l'efficacité d'une technique psychothérapeutique innovante chez les femmes ayant subi un stress traumatique lors de l'accouchement »
(référence à rappeler impérativement dans toute correspondance)
Copie : Madame Astrid GEORGE
Psychologue/Doctorante
Université Paul Verlaine - Metz
EA 4360 APEMAC – Ile du Saulcy
57006 METZ

Le Comité lors de la session du lundi 21 juin 2010 a examiné l'étude intitulée :

«Etude de l'efficacité d'une technique psychothérapeutique innovante chez les femmes ayant subi un stress traumatique lors de l'accouchement » - Etude ACCOUNOVA.

Cette étude a fait l'objet d'un réexamen en date du 25 juillet 2011.

Les modifications apportées au protocole répondent à l'ensemble des questions soulevées par le CPP lors de la séance.

Le CPP Est-II fonctionne en conformité avec les Bonnes Pratiques Cliniques. (ICH-GCP).

Vu le courrier de demande d'avis initial du 25/05/10, le formulaire de demande d'avis EudraCT daté et signé du 26/05/10, le document additionnel daté et signé du 22/06/11, le protocole amendé (version 2 du 06/10/11), le résumé (version 1 du 25/05/10), la note d'information et le formulaire de recueil de consentement éclairé (version 2 du 06/10/11), la bibliographie EMDR, le cahier d'observation fourni, les CV des investigateurs de l'étude : Mme George *coordonnateur principal*), *Pr Spitz – Université de Metz, Dr Houbre – Université de Metz et le certificat d'assurance* « HDI Gerling » de Biomédicinsure daté et signé du 19/09/11, le CPP donne un **AVIS FAVORABLE** à l'unanimité.

Ont participé à la délibération :

Catégorie I : Pr Kantelip, Pr Plouvier, Pr Haffen, Dr Monnet.

Catégorie II :

Catégorie III : Dr Essert

Catégorie IV : Mme Lavier, Mme Faruch

Catégorie V :

1

Catégorie VI : Mme Mathioly, Mme Bourge

Catégorie VII : Mme Pellatier

Catégorie VIII : Mr Flammarion, Melle Dapierre

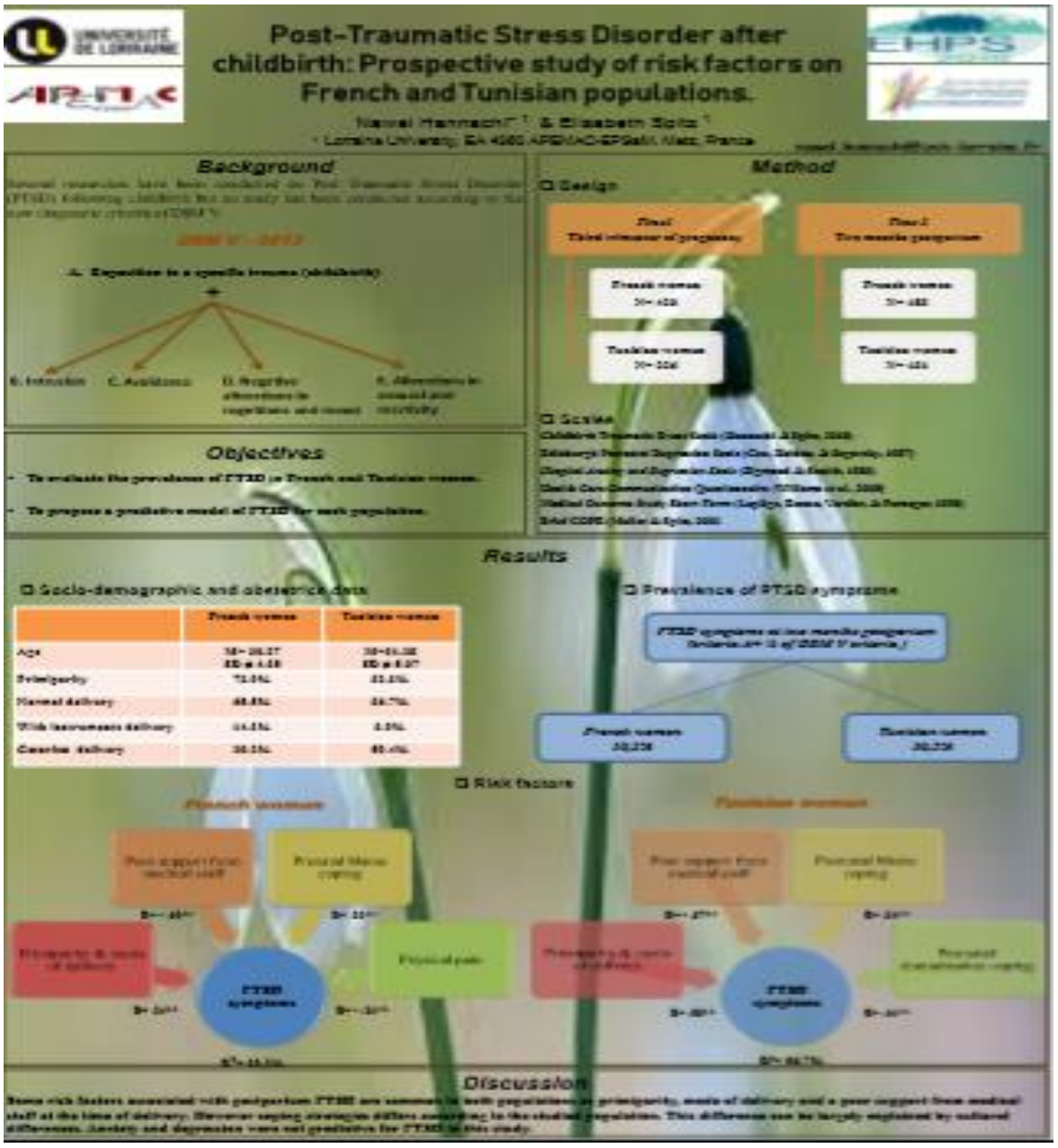
Catégorie IX : Mr Hacn, Mr Chapellière

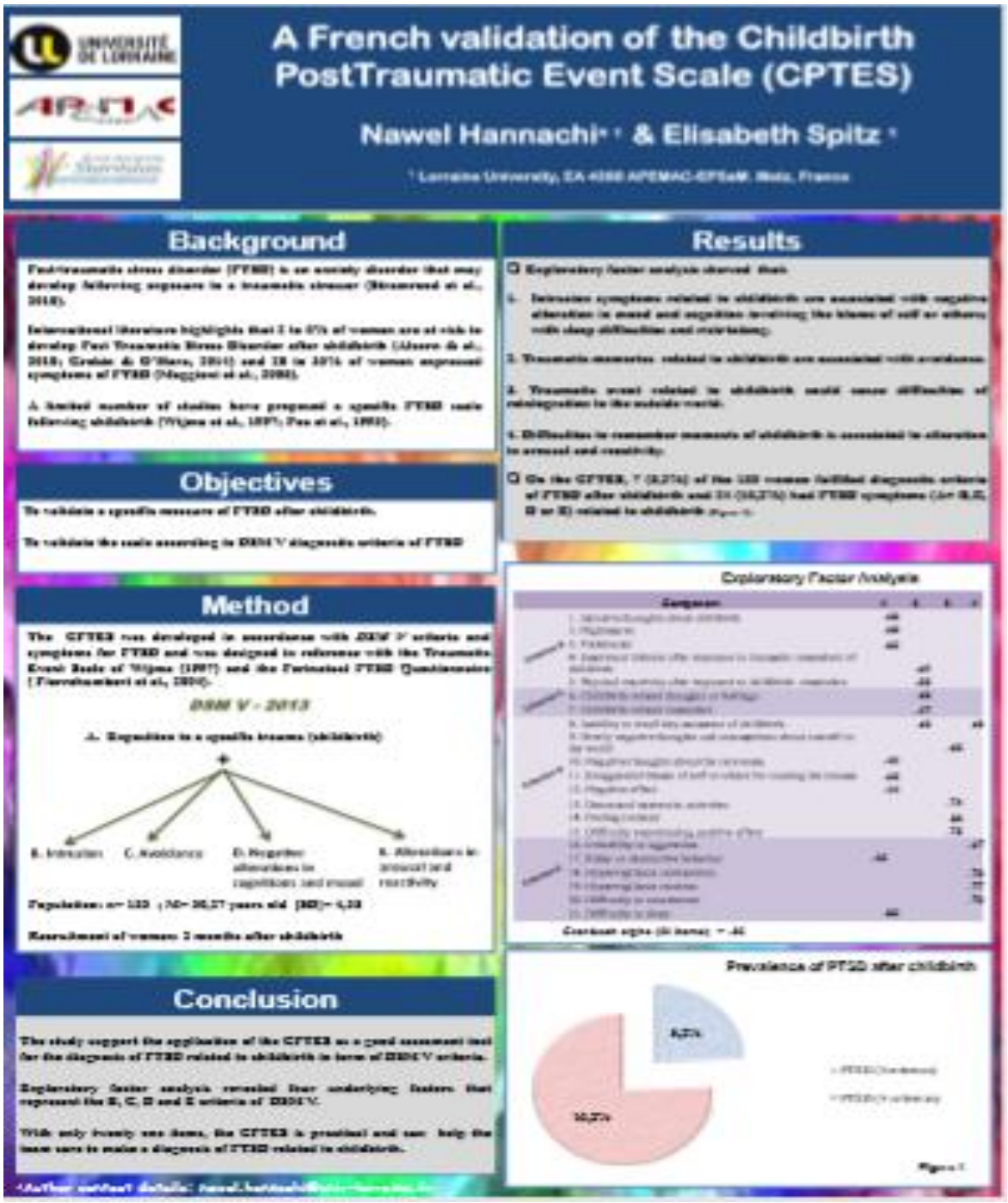
Les membres titulaires (ou suppléant en l'absence du titulaire) ont participé au vote.

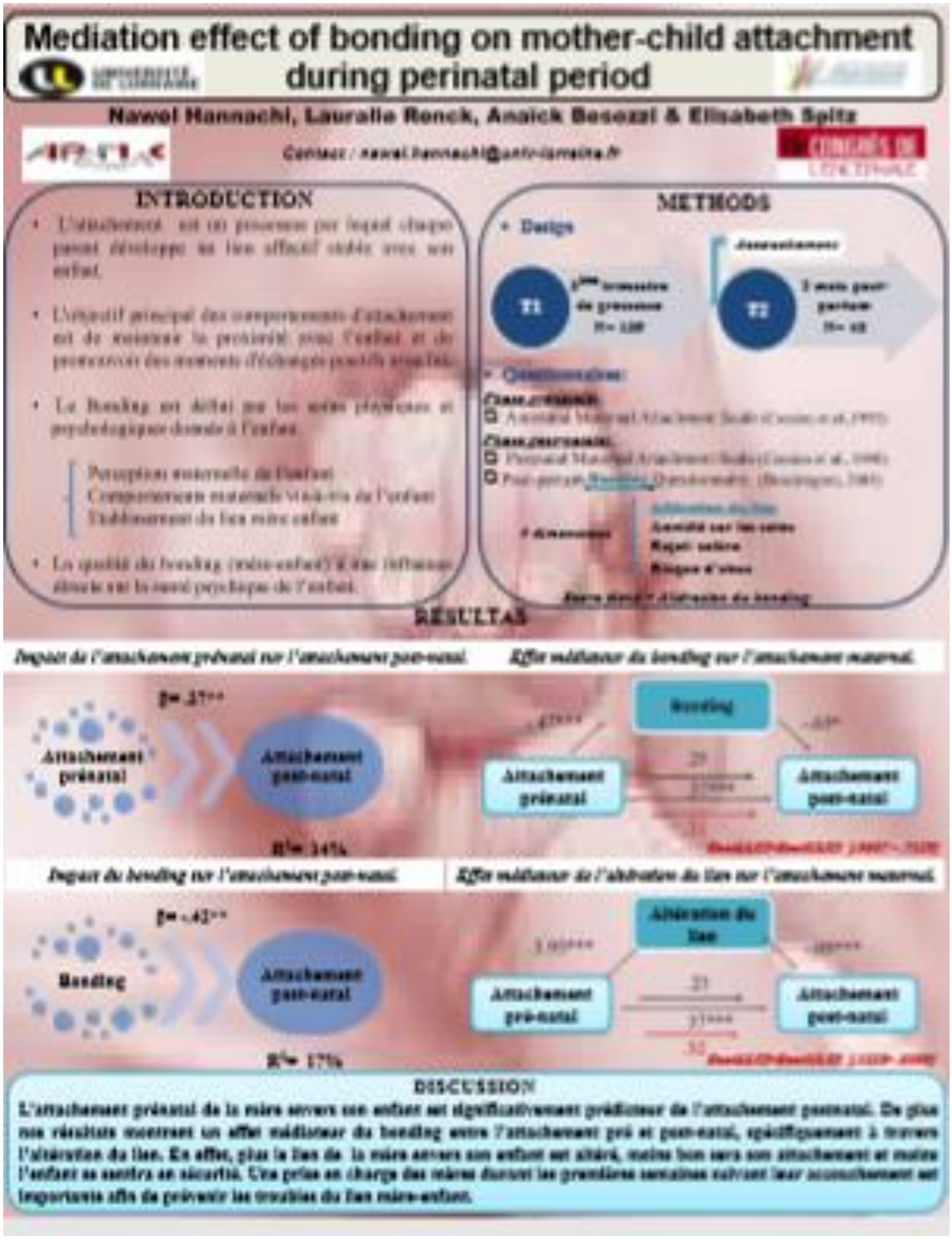
Professeur Jean Pierre KANTELIP

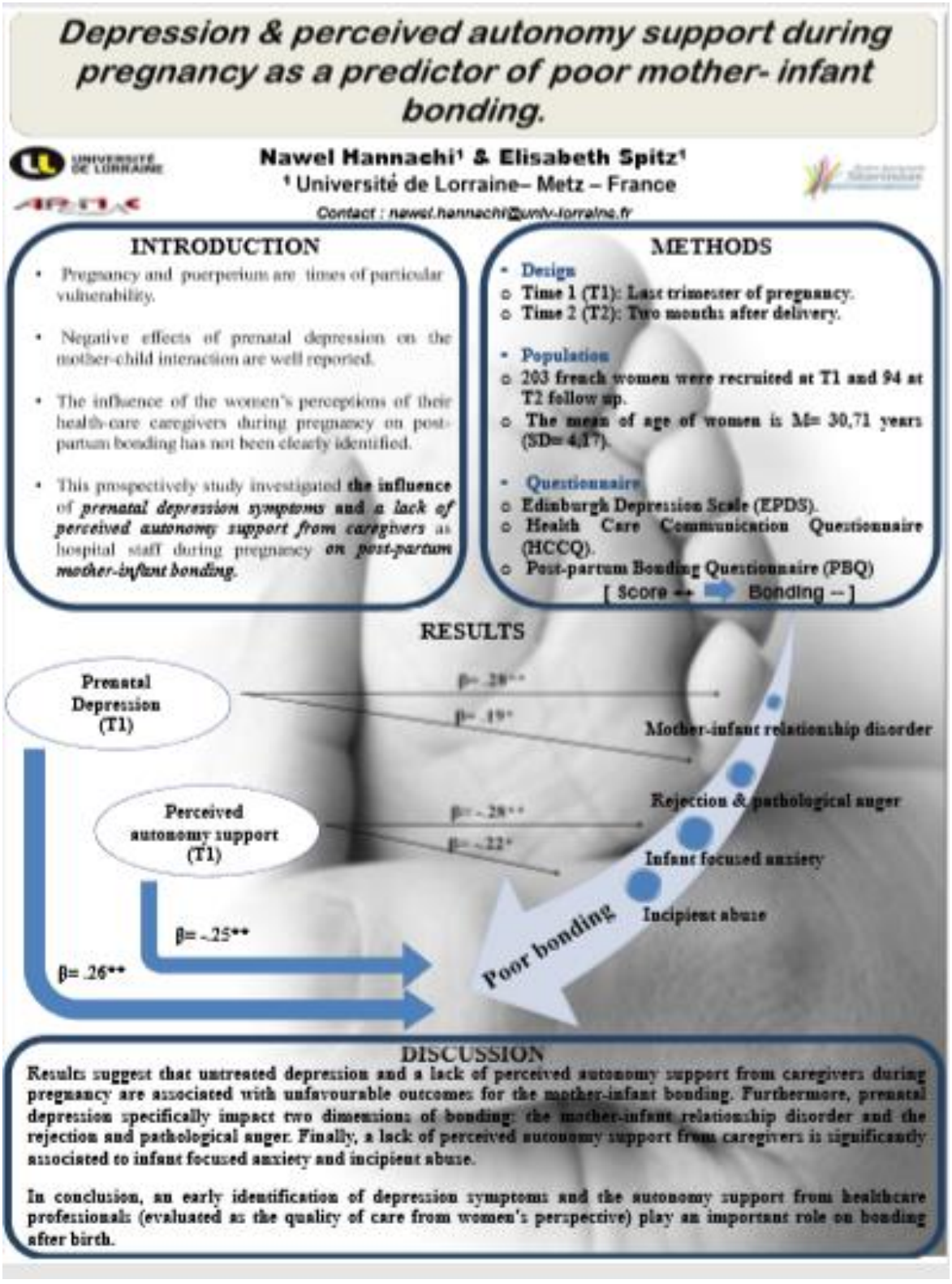
2

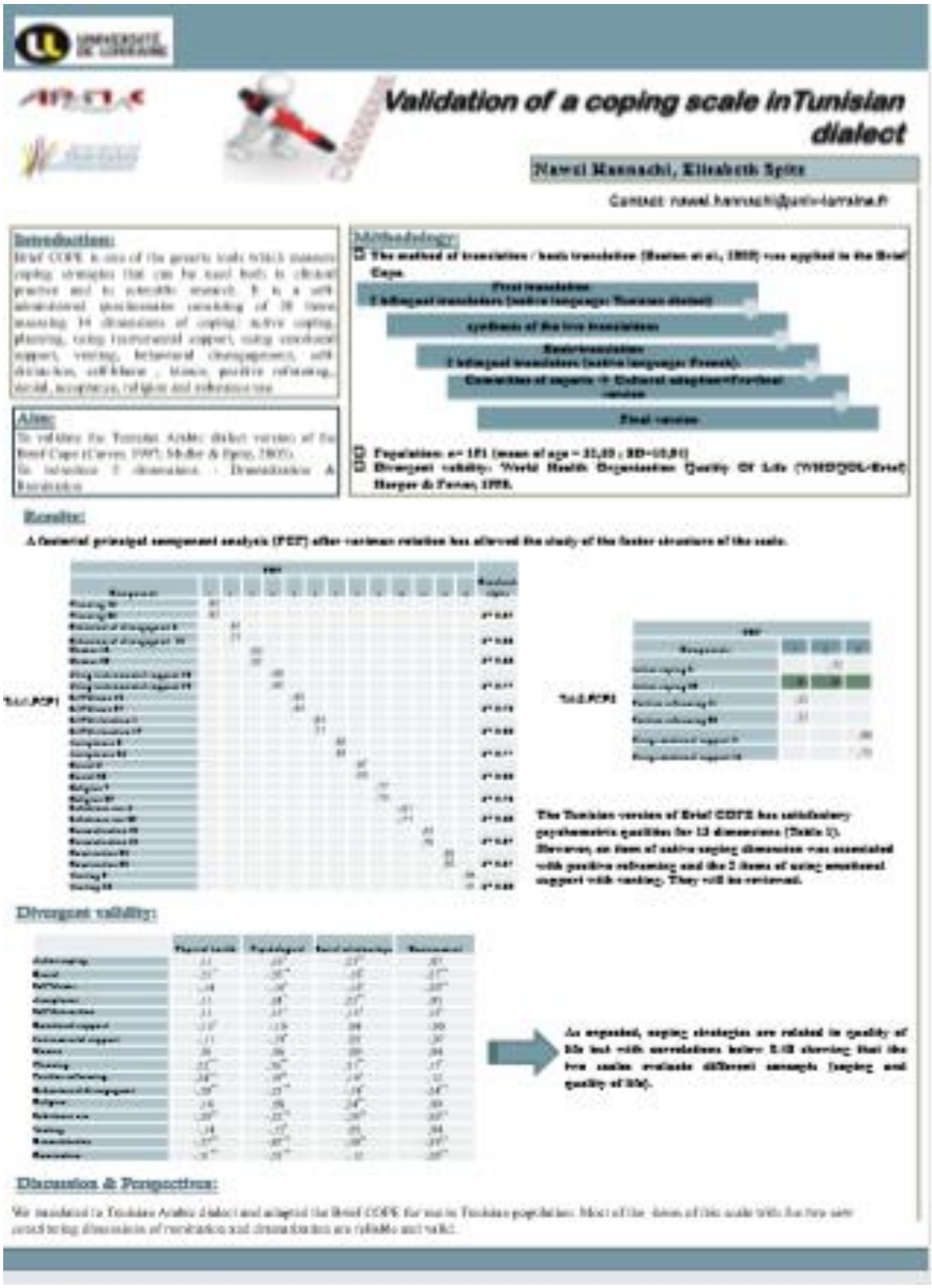
Annexe 19 : Poster EHPS 2018




A French validation of the Childbirth PostTraumatic Event Scale (CPTES)
Nawel Hannachi & Elisabeth Spitz
Background
Objectives
Method
DSM V - 2013
Results
Exploratory Factor Analysis
Prevalence of PTSD after childbirth
Conclusion


Mediation effect of bonding on mother-child attachment during perinatal period
Nawel Hannachi, Lauralie Renck, Anaick Beseaz & Elisabeth Spitz
INTRODUCTION
METHODS
RESULTAS
DISCUSSION


Depression & perceived autonomy support during pregnancy as a predictor of poor mother- infant bonding.
Nawel Hannachi[1] & Elisabeth Spitz[1]
[1] Université de Lorraine– Metz – France
Contact : nawel.hannachi@univ-lorraine.fr
INTRODUCTION
Pregnancy and puerperium are times of particular vulnerability.
Negative effects of prenatal depression on the mother-child interaction are well reported.
The influence of the women's perceptions of their health-care caregivers during pregnancy on post-partum bonding has not been clearly identified.
This prospectively study investigated the influence of prenatal depression symptoms and a lack of perceived autonomy support from caregivers as hospital staff during pregnancy on post-partum mother-infant bonding.
METHODS
Design
Time 1 (T1): Last trimester of pregnancy.
Time 2 (T2): Two months after delivery.
Population
203 french women were recruited at T1 and 94 at T2 follow up.
The mean of age of women is M= 30,71 years (SD= 4,17).
Questionnaire
Edinburgh Depression Scale (EPDS).
Health Care Communication Questionnaire (HCCQ).
Post-partum Bonding Questionnaire (PBQ)
[Score ↔ Bonding –]
RESULTS
Prenatal Depression (T1)
Perceived autonomy support (T1)
β= .28**
β= .19*
β= -.28**
β= -.22*
β= -.25**
β= .26**
Mother-infant relationship disorder
Rejection & pathological anger
Infant focused anxiety
Incipient abuse
Poor bonding
DISCUSSION
Results suggest that untreated depression and a lack of perceived autonomy support from caregivers during pregnancy are associated with unfavourable outcomes for the mother-infant bonding. Furthermore, prenatal depression specifically impact two dimensions of bonding: the mother-infant relationship disorder and the rejection and pathological anger. Finally, a lack of perceived autonomy support from caregivers is significantly associated to infant focused anxiety and incipient abuse.
In conclusion, an early identification of depression symptoms and the autonomy support from healthcare professionals (evaluated as the quality of care from women's perspective) play an important role on bonding after birth.


Validation of a coping scale inTunisian dialect
Introduction:
Aims:
Methodology:
Results:
Divergent validity:
Discussion & Perspectives:



Validation d'une échelle de coping en dialecte tunisien (Pré-test)

Nawel Mannachi, Elisabeth Spitz

Introduction:

La Brief Cope est l'un des outils cliniques de mesure des stratégies d'adaptation qui peut être utilisé tant dans la pratique clinique que dans les recherches scientifiques. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation, composé de 28 items, évaluant 14 dimensions (coping actif, planification, recherche de soutien social instrumental, recherche de soutien social émotionnel, expression des sentiments, désengagement comportemental, distraction, blâme, réinterprétation positive, humour, déni, acceptation, religion, utilisation de substances.

Objectifs:

Adapter et valider en langue arabe tunisien du dialecte tunisien le Brief Cope (Carver, 1989; Muller & Spitz, 2003).

Méthodologie:

- La méthode de traduction/contre traduction (Beaton et al., 2000) a été appliquée à la Brief Cope.

Traduction en avant
2 traducteurs bilingues (langue maternelle: dialecte tunisien)

Synthèse des deux traductions

Rétro-traduction
2 traducteurs bilingues (langue maternelle: français)

Comité d'expert → Version pré-finale

- Population: n=30 → Vérifier la compréhension et l'acceptabilité des items.
- Validité externe: lien entre l'échelle de qualité de vie WHOQOL-Bref (Baumann et al.,2007) et la Brief Cope (échantillon tunisien).

Résultats:

Une analyse factorielle en composantes principales (AFCP) après rotation varimax a permis l'étude de la structure factorielle de l'échelle.

Les résultats de ce pré-test soulignent que la version tunisienne du Brief cope possède des qualités psychométriques satisfaisantes pour 7 des dimensions (Tableau 1) . En ce qui concerne le soutien social , nous n'avons pas pu différencier les 2 dimensions qui lui sont associées (Recherche de soutien instrumental, Recherche de soutien émotionnel, Expression des sentiments). Les 2 items de la dimension Distraction qui concernent des activités alternatives (regarder la télé) ont changé associés au Coping actif. Les 2 items sur l'Humour et les 2 items de Désengagement comportemental n'ont pas changé congrès, ils seront revus.

Validité externe:

Les corrélations présentées montrent bien une distinction entre les dimensions du Brief Cope et celles de la qualité de vie (WHOQOL-Bref)
→Bonne validité externe

Discussion & Perspectives:

La technique de traduction contre traduction que nous avons choisi pour la validation de cet outil, a permis de mettre en évidence les problèmes d'équivalences sémantiques, techniques et conceptuelles dans la validation d'un questionnaire auprès d'une population ayant une culture différente que celle étudiée dans la population d'origine (Cornet,2008). Ainsi plus qu'une validation de la Brief Cope nous réalisons une adaptation afin de créer une évaluation des stratégies de coping en tenant compte des variables culturelles.

Contact: [illegible]

Annexe 25 : Poster Ecole doctorale 2014

Etude interculturelle franco-tunisienne
Stratégies de coping & Etat de Stress Post Traumatique suite à l'accouchement

Nawel Mansouri, Elisabeth Spitz

Introduction :

Plusieurs études ont établi un lien entre le vécu traumatique de l'accouchement et la manifestation d'état de stress post traumatique (ESPT) (Olde et coll, 2006; Beck & Gable, 2000). Dans la littérature internationale, 1% des femmes risquent de développer un ESPT post-partum. L'utilisation de stratégies peu adaptatives peut être associée au développement d'un risque plus élevé d'ESPT.

Objectifs :

1. Evaluer la prévalence de l'ESPT (présence de l'un des 3 symptômes: Intrusion/ Evitement/ Hyper-activation neurovégétative) dans une population française versus une population tunisienne.

2. Déterminer le rôle des stratégies de coping durant la période périnatale dans le développement d'un ESPT suite à l'accouchement.

Méthodologie:

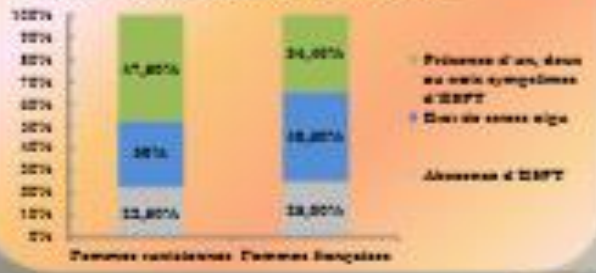
Il s'agit d'une étude longitudinale , menée auprès d'une population française et tunisienne, durant le dernier trimestre de grossesse (T1) et à deux mois postpartum (T2).

- Echantillon :
  T1 (n=181) 107 femmes françaises et 37 femmes tunisiennes
  T2 (n=72) 34 femmes françaises et 38 femmes tunisiennes
- Outils :
  - Impact of Event Scale (IES-R) (Brunet et al. 2003)
  - Factoriel F-COPE Questionnaire (F-COPE) (Fleurbaembert et al. 1994)
  - Brief Cope (Muller & Spitz, 2003)

La traduction des questionnaires en dialecte tunisien a été effectuée par deux traducteurs bilingues puis la version traduite par un troisième traducteur.

Résultats:

34,4% femmes françaises et 47,5% femmes tunisiennes présentent des symptômes d'un ESPT à 2 mois postpartum (selon un score ≥ 36 à l'IES-R).



Plus les femmes françaises utilisent le déni (r=0,61;p=0,003)et moins la réinterprétation positive (r= -0,48;p=0,02) plus elles risquent de manifester des symptômes d'ESPT.

Plus les femmes tunisiennes utilisent le déni (r=0,37;p=0,02), le blâme (r= 0,53;p=0,02) et moins l'expression des sentiments (r=-0,39;p=0,01), plus elles risquent de manifester des symptômes d'ESPT.

Discussion:

Un vécu traumatique de l'accouchement est associé à un risque élevé de développer une psychopathologie lourde comme l'ESPT. Les conséquences peuvent être délétères non seulement sur la qualité de vie de la mère mais également sur les soins qu'elle donne au bébé (caregiving) et le développement de l'attachement entre la mère et son bébé (Butler, 2004)

Conclusion:

Dans le contexte de l'ESPT post-accouchement, le rôle de l'adaptation psychologique et des facteurs culturels doivent être davantage étudié afin de mieux prévenir le développement d'un ESPT postpartum.

Contact
nawel.mansouri@gmail.com

Références:

Beck, C. & Gable, R. (2000). Etat de stress post-traumatique et accouchement: résultats de littérature. Journal de thérapie comportementale et cognitive, 10, 116-123.
Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R., Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. Clinical Psychology Review, 26, 1-16
Soet, J.E., Brack-Greby, K., Dawson, E. (2003). Depression and childbirth: prevalence, risk factors, and screening practices. Depression and Anxiety

Annexe 26 : Curriculum Vitae