

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PAR ARTICLES PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN RECHERCHE-INTERVENTION EN PSYCHOLOGIE (Ph.D.)

PAR
MALYA CHOINIÈRE

ACCEPTABILITÉ DES TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES POUR LES FEMMES
EN POSTPARTUM SOUFFRANT D'UN TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

NOVEMBRE 2021

Composition du jury

Acceptabilité des traitements psychologiques pour les femmes en postpartum souffrant
d'un trouble d'anxiété généralisée
Malya Choinière

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Patrick Gosselin, directeur de recherche, Ph.D. Université de Sherbrooke

Fabienne Lagueux, évaluatrice interne, Ph.D. Université de Sherbrooke

Véronique Parent, évaluatrice interne, Ph.D. Université de Sherbrooke

Frédéric Langlois, évaluateur externe, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Thèse soutenue le [15/10/21]

Cette thèse est rédigée sous forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans le Règlement des études de l'Université de Sherbrooke (2575-009) et le Règlement facultaire des programmes de maîtrise et de doctorat de la Faculté des lettres et sciences humaines. Les articles ont été rédigés selon la 7^e édition du manuel des normes de l'American Psychological Association (APA, 2020) et soumis à une revue scientifique de psychologie avec comité de pairs. Les articles s'écartent donc parfois des normes de l'APA pour suivre les normes propres à cette revue. Le nom du directeur de recherche peut aussi apparaître comme co-auteur des articles soumis pour publication.

Sommaire

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) en postpartum est une problématique très prévalente et ayant des conséquences importantes pour le système familial. Malgré cela, peu d'études ont porté sur son traitement et les rares interventions étudiées présentent des limites importantes, surtout en ce qui a trait à l'initiation et à l'adhérence à celles-ci. L'attrait des traitements en période postnatale et l'adhésion à ceux-ci sont des défis répandus compte tenu des obstacles à la consultation propres à cette période. Plusieurs études multiplient les adaptations des traitements à la réalité postnatale avec des résultats souvent prometteurs. Toutefois, il devient difficile de déterminer les adaptations qui sont les plus efficaces pour favoriser la dissémination de la consultation psychologique en postpartum et la majorité des études se sont centrées uniquement sur le traitement de la dépression postnatale. Comme l'acceptabilité d'un traitement est reconnue comme favorisant l'initiation et l'adhérence à celui-ci, il pourrait s'avérer judicieux de l'étudier en postpartum afin de mieux cibler les différents aspects d'un traitement qui peuvent le rendre plus ou moins acceptable pour les nouvelles mères. La présente thèse vise donc à documenter l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum. Pour y parvenir, un premier article explore l'acceptabilité de la thérapie cognitive-comportementale (TCC), l'acceptabilité de différentes stratégies thérapeutiques qui la composent ainsi que leurs liens avec différentes variables sociodémographiques, liées à la consultation et cliniques jugées pertinentes. Des nouvelles mères ont lu une mise en situation les invitant à s'imaginer souffrir des symptômes du TAG et ont évalué l'acceptabilité de la TCC et des stratégies thérapeutiques proposées. La comparaison des scores totaux moyens

d'acceptabilité au point médian des instruments de mesure, indiquant une acceptabilité modérée, souligne que la TCC ainsi que la majorité des stratégies thérapeutiques étudiées sont au minimum modérément acceptables. Seule l'exposition in vivo ne présente pas une acceptabilité au minimum modérée pour les nouvelles mères. Les résultats des ANOVAs à mesure répétées effectuées à partir de l'acceptabilité des stratégies de traitement et le classement des stratégies en ordre de préférence soutiennent en général l'hypothèse selon laquelle la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'activation comportementale et la résolution de problèmes apparaissent plus acceptables que l'entraînement à l'affirmation, l'exposition cognitive, l'exposition in vivo et les devoirs. Le deuxième article étudie de manière complémentaire l'acceptabilité de diverses modalités de traitement du TAG en postpartum chez les nouvelles mères ainsi que leurs liens avec des variables sociodémographiques, liées à la consultation et cliniques. La méthode utilisée était la même que pour l'étude précédente. La combinaison des résultats des tests *t* pour échantillons pairés et du choix forcé en fonction de la préférence indiquent que la thérapie individuelle est plus acceptable que la thérapie de groupe. Elle souligne aussi que l'inclusion du partenaire dans la thérapie est préférée à son exclusion, bien qu'il soit anticipé qu'elle présente plus d'effets négatifs. La combinaison des résultats d'une ANOVA de Friedman réalisée à partir des scores d'acceptabilité des modalités d'administration des traitements et du classement de ces modalités par ordre de préférence souligne que la thérapie au bureau du thérapeute est la modalité la plus acceptable, suivie de la thérapie à la maison, de la téléthérapie et de l'auto-traitement. Les résultats du choix forcé par rapport à certaines modalités de traitement indiquent une préférence des

nouvelles mères pour un suivi de quatre à dix rencontres avec des séances d'une heure, hebdomadaires et en matinée. Les résultats d'une ANOVA effectuée à partir de l'acceptabilité des modalités de soins au bébé pendant les rencontres indiquent que de faire garder le bébé par une personne de son choix est plus acceptable que de bénéficier d'un service de garde sur place et que l'acceptabilité de conserver le bébé avec soi pendant la rencontre ne présente pas une acceptabilité différente des deux options précédentes. Dans les deux articles, les résultats des régressions linéaires effectuées à partir des variables présentant une corrélation significative avec les indices d'acceptabilité soulignent que certaines variables sociodémographiques, liées à la consultation et cliniques permettent de prédire l'acceptabilité. Les résultats de ces articles soulèvent différentes hypothèses quant aux éléments qui peuvent expliquer les variances observées quant à l'acceptabilité. Ils soulèvent aussi différentes pistes de recherche et applications cliniques qui visent ultimement à trouver un équilibre entre acceptabilité, efficacité et accessibilité dans l'élaboration d'un traitement du TAG adapté pour les nouvelles mères.

Mots-clés : Trouble d'anxiété généralisée, postpartum, nouvelles mères, acceptabilité, thérapie cognitive-comportementale, stratégies de traitement, modalités de traitement

Table des matières

Sommaire	iv
Remerciements	x
Introduction	1
Définition du TAG en postpartum	5
Facteurs explicatifs du TAG et des symptômes anxieux en postpartum	8
Liens entre les variables sociodémographiques et l'anxiété postnatale	8
Liens entre les variables obstétriques et l'anxiété postnatale	9
Liens entre les variables psychologiques et l'anxiété postnatale	12
Traitements du TAG et de l'anxiété postnatale	16
Traitements de la dépression postnatale avec mesure de l'impact sur les symptômes anxieux	17
Traitements des symptômes anxieux et dépressifs en postpartum	18
Traitements spécifiques des symptômes anxieux ou du TAG en postpartum	22
Appréciation des études de traitement du TAG et de l'anxiété postnatale.....	26
Particularités liées à la consultation en postpartum	30
Besoins des nouvelles mères	31
Obstacles logistiques à la consultation	32
Obstacles attitudinaux à la consultation	33
Obstacles quant à l'acceptabilité des traitements offerts	35
L'acceptabilité des traitements	37
Méthodes des études d'acceptabilité	40

L'acceptabilité des traitements pendant la période périnatale	47
Objectifs de recherche, hypothèses et introduction des articles scientifiques	56
Premier article	56
Deuxième article	58
Premier article : Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 1 : la thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement	61
Deuxième article : Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 2 : modalités d'application thérapeutique	134
Discussion générale	198
Acceptabilité de la TCC	199
Acceptabilité des stratégies de traitement issues de la TCC	200
L'hypothèse de l'inconfort	202
L'hypothèse du temps	206
L'hypothèse de la pertinence	208
Acceptabilité des modalités de traitement	210
La thérapie individuelle et la thérapie de groupe	210
La thérapie avec et sans la participation du partenaire	213
Les modalités d'administration de la thérapie	217
L'hypothèse du besoin de soutien	218
L'hypothèse de l'alliance thérapeutique	220
L'hypothèse de l'espace thérapeutique	222
Les autres modalités thérapeutiques	225
Liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques	228

Liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques	228
Liens entre l'acceptabilité et les variables liées à la consultation	232
Liens entre l'acceptabilité et les variables cliniques	235
Retombées scientifiques	240
Retombées cliniques	242
Forces, limites et pistes de recherches futures	249
Conclusion	255
Références	260
Appendice A. Tableau résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale	281
Appendice B. Preuves de soumission des articles scientifiques	295
Appendice C. Contribution respective des auteurs	298
Appendice D. Questionnaires d'acceptabilité	301

Remerciements

L'exercice de rédiger une thèse est, à ce jour, sans conteste l'épreuve la plus difficile à laquelle j'ai dû faire face. Ce fût une succession de moments de victoires et de moments de découragements, de moments de confiance et de moments de remises en question. Sans le soutien et la contribution de plusieurs personnes, cette thèse n'aurait pas vu le jour. Alors, celles-ci se doivent d'être mentionnées et chaleureusement remerciées pour leur implication dans mon parcours.

La première personne qui s'impose à mon esprit lorsque je songe à cette épreuve est sans doute mon directeur de thèse, Patrick Gosselin. Patrick, tu as cru en moi dès mon premier mois de baccalauréat en m'embauchant comme assistante de recherche et en m'ouvrant les portes de ton laboratoire. Dès ce moment, tu as commencé à m'apprendre les rouages de la recherche avec patience, chaleur et humour. Une alliance était née, j'avais trouvé mon mentor. Depuis, tu n'as pas cessé de m'appuyer dans mes projets, du stage estival de recherche au premier cycle à la réalisation de la présente thèse. Je suis partie à l'étranger pour un an et tu m'as accueillie à bras ouverts à mon retour. Tu m'as aussi ouvert les portes vers une foule de projets stimulants : l'évaluation psychologique, la thérapie de groupe et la supervision, pour ne nommer que ceux-là. C'est ton amour de la recherche, la qualité de ton encadrement hors-pair, ton soutien indéfectible et la confiance que tu as porté en moi qui m'ont convaincue de m'embarquer dans la grande aventure du doctorat en recherche-intervention et, à plusieurs reprises, d'y rester. Tu m'as vue dans mes meilleurs et mes pires moments et tu m'as toujours accueilli en toute bienveillance.

Chacune de nos rencontres m'ont insufflé la confiance et m'ont permis de continuer à avancer. Merci de toujours avoir été là pour moi. Sans toi, je ne crois pas que j'y serais parvenu.

Merci aux membres de mon comité de thèse, Philippe Landreville et Anne Brault-Labbé, de vous être investis pleinement dans ce projet. Je vous remercie particulièrement pour la qualité de votre encadrement. Vous avez été très présents et disponibles. Vos commentaires étaient pointus et éclairants. J'ai senti que vous aviez à cœur de contribuer de manière pertinente et originale à l'élaboration de ma recherche et des écrits qui en ont découlés. J'admire votre rigueur et je vous remercie de m'avoir aidée à rehausser grandement la qualité de ce projet. Je vous remercie aussi pour votre présence positive et enthousiaste. Vous avez systématiquement débuté chacune de nos rencontres en soulignant les forces que vous perceviez dans mon travail, ce qui m'a grandement aidée à avoir davantage confiance en moi.

Merci aux étudiantes de premier cycle qui m'ont aidée avec le recrutement et la saisie des données : Rosemarie Lambert, Marguerite Martel, Lian Medeiros-Robitaille, Maïka Laboissonnière, Rose Lapolice Thériault, Danaé Bourret et Florence Denis. Vous m'avez permis de me sentir moins seule à porter le recrutement, une étape où j'ai ressenti beaucoup d'impuissance. J'ai aussi apprécié votre désir d'apprendre et votre curiosité dans la saisie des données. Je vous souhaite à toutes le meilleur dans la suite de vos projets et une carrière qui sera à la hauteur de vos aspirations.

Merci à toutes les nouvelles mères qui ont participé à cette étude. Avant d'entreprendre cette thèse, je me doutais que la transition à la maternité n'était pas simple. Après avoir lu sur votre réalité, avoir travaillé avec vous et vous avoir entendues, j'ai pris conscience de l'ampleur des défis associés au fait de devenir mère. Je tiens donc à vous remercier d'avoir pris du temps (alors que vous n'en aviez pas) pour participer à mon étude et m'aider à mieux comprendre votre réalité. Vous l'avez fait dans l'espoir que les services psychologiques soient mieux ajustés à la réalité des nouvelles mères qui vous succéderont. C'est de l'altruisme, c'est de la solidarité féminine et on en a besoin.

Merci à toute l'équipe du SPO pour m'avoir accueillie chaleureusement parmi vous ces cinq dernières années. Je reprends les propos d'une personne qui m'est chère, vous êtes « une équipe de feu ». Votre dynamisme, votre authenticité et votre humour m'ont permis de briser la solitude qui s'associe indéniablement à la rédaction d'une thèse. Vous avez été des bouffées d'air frais dans mon parcours. Je tiens à remercier spécialement Guylaine Leduc, mon ancienne voisine de bureau. Guylaine, tu es une force tranquille. Je te remercie d'avoir été présente pour moi, de m'avoir écoutée dans les moments les plus difficiles et de m'avoir soutenue dans mon recrutement. Un énorme merci aussi à Robert Beauchemin. Notre amitié m'est précieuse dans toute son authenticité. Je te remercie pour la confiance que tu me portes, les larmes que tu as comprises et séchées et les fous rires autour de l'arbre de Noël. Une multitude de remerciements à ma superviseure Mélanie Thibault. Mélanie, je te suis énormément reconnaissante de m'avoir prise sous ton aile. Je te remercie de m'avoir aidée à me défaire de mes préconceptions quant à ce qu'un psychologue devait être pour découvrir la psychologue que je souhaitais devenir. Tu m'as

mise en confiance, j'ai pu m'ouvrir à toi, être accueillie avec empathie et humanité, apprendre à mieux me connaître dans mes forces, mes faiblesses et mes limites. Tu m'as aidée à devenir une bonne psychologue, mais surtout une meilleure personne. Tu as grandement contribué à ce que je me perçoive positivement malgré mes limites et à prendre soin de celles-ci. Merci de m'avoir montré qu'être ordinaire c'est magnifique, je tente de me le rappeler régulièrement!

Merci à mes amis d'avoir été présents tout au long de mon parcours. Merci particulièrement à Claudie Bax-D'Auteuil de t'être embarquée avec moi dans cette grande aventure du doctorat en recherche-intervention. Tu as été une camarade précieuse pour m'aider à persévérer dans les cours de recherche et dans la rédaction du projet de thèse. Merci à Roxane Meilleur, pionnière du doctorat en recherche-intervention à Sherbrooke. Ton enthousiasme à l'égard de la recherche n'avait pas d'égal et était contagieux. Tu as été un modèle et une preuve pour moi que de réaliser ce doctorat était possible. Merci à Caroline Dussault pour ton soutien constant. J'ai apprécié nos tentatives de rencontres de rédaction qui ont souvent terminé en partage de vécu et en soutien moral! Je te remercie de m'avoir accompagnée dans mes fluctuations émotionnelles liées à la thèse et de m'avoir partagé les tiennes. Je me suis sentie validée, plus normale et moins seule. Merci à Isabelle Brunet de comprendre et de partager avec moi la réalité de l'étudiant doctoral. Malgré la distance, tu demeures une des personnes les plus présentes. Ton humour, ton authenticité et tes petites attentions régulières ont apporté de la joie dans ma vie et m'ont aidée à me sentir moins seule dans mon processus de thèse. Merci à Mariève Croteau pour ton soutien et ton amour inconditionnels. Les années où j'ai travaillé à tes côtés ont été les

plus belles. J'ai toujours senti que je pouvais être moi-même, dans tous mes états, et c'est précieux. Je te remercie du fond du cœur d'avoir été présente pour moi dans les moments les plus difficiles, d'avoir accueilli, d'avoir pris soin et d'avoir attendu patiemment que je traverse ceux-ci à mon rythme.

Merci à ma famille qui a foi en moi depuis si longtemps. Votre confiance en mes capacités, même dans les moments difficiles, et votre intérêt pour mon parcours ont été d'un grand soutien. Naturellement, mes parents méritent des remerciements spéciaux. Vous et moi avons toujours eu une belle relation, mais celle-ci a beaucoup grandi au fil de mes études doctorales. Vous m'avez vue traverser toutes sortes d'émotions, faire face à plusieurs défis et changer. J'ai vu que ça a été éprouvant pour vous, presque autant que pour moi. Je crois que ce doctorat nous a rapprochés et nous a ouvert une toute nouvelle voie dans notre relation, celle où je me montre plus vulnérable. Je vous remercie d'avoir accepté de me suivre dans cette voie en étant à mon écoute, en acceptant que mes rêves et mes objectifs de vie changent et en m'aimant de manière inconditionnelle, peu importe mes choix ou mes émotions. C'est très précieux pour moi.

Merci à mon conjoint, Guillaume Blais. Notre amour a débuté en même temps que mon parcours doctoral. Aujourd'hui, le doctorat se termine, mais j'ai foi que notre amour perdurera beaucoup plus longtemps! Toi et moi, nous en avons traversé des épreuves au fil des dernières années, de ton doctorat et du mien. Merci d'avoir toujours cru en notre amour et d'avoir accepté que l'on grandisse ensemble au fil de ces épreuves. Je nous regarde aujourd'hui et je nous trouve beaux et forts. Je suis fière de nous. Merci de m'avoir

soutenue concrètement et émotivement pendant l'aventure de la thèse. Merci d'avoir fait des *road trip* pour aller poser des affiches un peu partout pendant mon recrutement. Merci de m'avoir écoutée patiemment pratiquer mes présentations, juste pour m'aider à gérer mon anxiété (parce qu'on le savait tous les deux, au fond, que j'étais prête). Merci d'avoir partagé mes peines, mes angoisses, mon découragement, ma frustration, mais aussi mes joies (tu es très polyvalent dans l'accueil émotionnel). Je continue de croire que tu es un homme formidable et que je suis chanceuse de t'avoir à mes côtés.

Merci à mon psychologue, François Ménard. Nous avons travaillé fort, toi et moi, pour mieux comprendre les défis personnels que la thèse soulevait pour moi. En rétrospective, je crois que j'arrive à percevoir la multitude d'interventions qui en sont venues à m'aider à avoir une relation plus saine avec ma thèse. Je te remercie de m'avoir aidée à aborder celle-ci avec moins de ressentiments (ou en les contenant mieux), avec moins d'exigences, avec moins d'anxiété et avec plus de confiance. Quand j'ai écrit ces remerciements, j'ai constaté à maintes reprises le sentiment d'être reconnaissante à l'égard des autres d'avoir cru en moi quand j'avais de la difficulté à le faire moi-même. Tu n'en seras probablement pas surpris. Je pense qu'aujourd'hui, grâce à toi et grâce à tous ceux mentionnés plus haut, je crois davantage en moi et en mes capacités. C'était peut-être à ça que devait me servir cette thèse finalement.

Introduction

Les troubles anxieux sont très répandus chez les mères en postpartum, avec une prévalence située entre 9,3 et 17,1 % (Dennis, Falah-Hassani, & Shiri, 2017; Fairbrother, Janssen, Antony, Tucker, & Young, 2016). Le TAG serait le trouble le plus fréquent durant cette période avec une prévalence entre 4,2 et 8,2 % seul, mais jusqu'à 51,7 % en comorbidité avec un autre trouble (Dennis et al.; Grigoriadis et al., 2011; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005). Il est donc plus présent que le second trouble anxieux le plus répandu, la phobie sociale (4,1 %; Wenzel et al.), et le trouble dépressif caractérisé (4,8 %; Fairbrother et al.; Wenzel et al.) en période postnatale.

Peu d'études se sont intéressées spécifiquement aux difficultés liées au TAG postnatal. Toutefois, lorsqu'on observe les quelques études sur le sujet et celles plus larges sur l'anxiété postnatale, on note tout de même la présence de plusieurs liens entre ces problématiques et des difficultés pour l'ensemble du système familial. En ce sens, le TAG postnatal est lié à une moins bonne expérience de la maternité et à un bien-être moindre chez la mère. Viau-Guay (2011) rapporte ainsi que les femmes, qui répondent aux critères du TAG par questionnaire vers le deuxième mois après l'accouchement, ont plus de difficulté à s'ajuster à leur rôle de parent, vivent significativement plus de stress par rapport à leur rôle de mère et perçoivent qu'elles sont moins bien adaptées à la maternité. De plus, des études suggèrent que le TAG en postpartum constitue un facteur de risque

important pour le développement de symptômes dépressifs comorbides (Prenoveau et al., 2013).

L'anxiété et le TAG en postpartum semblent aussi liés à des difficultés conjugales. Whisman, Davila et Goodman (2011) rapportent que l'anxiété maternelle, jusqu'à six mois après l'accouchement, est un prédicteur d'un moins bon ajustement relationnel au sein du couple. De plus, Wenzel, Haugen et Goyette (2005) rapportent que les femmes souffrant d'un TAG dix semaines après leur accouchement ont une conscience accrue de leur image corporelle, vivent plus de peur par rapport à la sexualité et l'évitent davantage, ce qui suggère qu'elles vivent plus de détresse par rapport à leur vie sexuelle que les femmes qui ne sont pas atteintes du TAG.

Plusieurs études ont aussi souligné les liens entre l'anxiété postnatale et des perturbations des interactions entre la mère et son nourrisson. Par exemple, Tietz, Zietlow et Reck (2014) ont comparé la qualité du lien mère-bébé entre des mères souffrant d'un trouble anxieux et des mères n'ayant pas d'historique de troubles de santé mentale de trois à huit mois après l'accouchement. Ils soulignent un attachement moindre des mères anxieuses à leur bébé. Stein et al. (2012) rapportent aussi que les mères atteintes d'un TAG en postpartum suivent moins l'attention de leur enfant et exercent davantage de contrôle lorsqu'elles jouent avec lui. Leurs enfants auraient quant à eux tendance à être davantage retirés et à adopter un ton moins positif lorsqu'ils jouent avec leur mère. Cette étude a également permis de constater que les mères atteintes d'un TAG en postpartum, qui sont invitées à s'inquiéter délibérément pendant cinq minutes à propos d'un de leurs

thèmes d'inquiétudes courants, répondent ensuite moins aux vocalisations de leurs enfants contrairement aux mères qui ne souffrent pas de TAG. On suppose que ce manque de réponse aux vocalisations de l'enfant doit être fréquent, puisqu'il est rapporté que les femmes atteintes d'un TAG en postpartum trouvent leurs inquiétudes récurrentes et difficiles à contrôler. Par ailleurs, l'inquiétude et l'anxiété des nouvelles mères sont associées à la perception que le bébé a un tempérament plus difficile (Britton, 2011; Kaitz, 2007; McMahon, Barnett, Kowalenko, Tennant, & Don, 2001).

Enfin, plusieurs études ont également soutenu que l'anxiété maternelle en période postnatale est liée à des problèmes somatiques, psychologiques et émotionnels chez l'enfant (pour une revue des études à ce sujet, voir Glasheen, Richardson, & Fabio, 2010 ou Rees, Channon, & Waters, 2018). En ce sens, Reck, Müller, Tietz et Möhler (2013) ont comparé les réactions des bébés de mères souffrant d'un trouble anxieux à celles des bébés de mères n'en souffrant pas et perçoivent davantage de détresse à l'égard de la nouveauté chez les premiers. Prenoveau et ses collaborateurs (2017) ont pour leur part comparé les problèmes émotionnels et comportementaux d'enfants de deux ans de mères souffrant d'anxiété généralisée, d'un trouble dépressif caractérisé ou des deux troubles depuis trois mois après l'accouchement à ceux des enfants de mères qui ne présentaient pas ces problématiques. Ils soulignent un lien accru entre les difficultés psychologiques chez la mère et les difficultés chez son enfant, bien que celui-ci soit plus fort avec les symptômes dépressifs qu'avec les symptômes anxieux. Galler, Harrison, Ramsey, Butler et Forde (2004) rapportent aussi que les symptômes anxieux et dépressifs de la mère six mois après l'accouchement sont liés à une adaptabilité moindre du bébé, à une moins bonne qualité

de son humeur, à une plus grande réactivité, à une préférence pour la constance et à une résistance au changement.

En somme, on observe que le TAG en postpartum est une problématique fréquente et liée à des difficultés importantes pour la mère, le couple et le bébé, ce qui souligne l'importance de s'attarder à son traitement. Malgré tout, peu d'études ont porté sur le traitement du TAG postnatal et celles l'ayant fait comportent de nombreuses limites (p. ex., un nombre de participantes limité, une absence de condition contrôle, une efficacité discutable, un taux d'initiation faible et un taux d'abandon élevé). De plus, la réalité du postpartum soulève des enjeux particuliers à l'égard de la consultation qui doivent être considérés dans les études de traitement pendant cette période, notamment les obstacles à la consultation inhérents à la réalité d'avoir un nouveau-né.

Définition du TAG en postpartum

Le TAG se caractérise par des inquiétudes et de l'anxiété excessives et incontrôlables, à propos de plusieurs sujets, présentes la majorité du temps, depuis au moins six mois. Ces symptômes doivent être accompagnés d'au moins trois autres parmi les suivants : agitation, fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, tensions musculaires et troubles du sommeil (American Psychiatric Association, 2013). En postpartum, le respect du critère de la durée ne fait pas consensus parmi les chercheurs. Certains respectent fermement le critère d'une durée minimale de six mois (p. ex., Favre, 2014; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005) tandis que d'autres diagnostiquent le TAG avec une durée critère d'un mois ou deux (Buist, Gotman, & Yonkers, 2011; Wenzel, Haugen,

Jackson, & Robinson, 2003). D'autres encore incluent dans leurs études les mères ayant des symptômes présents depuis moins de six mois, mais parlent plutôt d'un trouble d'adaptation (Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003; Ross & McLean, 2006). Le diagnostic de trouble d'adaptation semble alors justifié par le fait que les symptômes soient apparus à la suite d'un événement de vie stressant, soit l'accouchement, et qu'ils ne persistent pas plus de six mois après celui-ci. On distingue ici le TAG du trouble d'adaptation principalement par son caractère chronique. Les études en postpartum soulignent toutefois que les symptômes anxieux tendent à être stables d'un à trois mois après l'accouchement jusqu'à 24 mois après celui-ci (p. ex., Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004; Keeton, Perry-Jenkins, & Sayer, 2008; Prenoveau et al, 2013) ou à s'accroître à partir de trois mois après l'accouchement (Agrati et al., 2015; Stuart, Couser, Schidler, O'Hara, & Gorman, 1998). Les symptômes anxieux ne se résorberaient donc pas dans les six mois suivant l'événement stressant comme dans le cas d'un trouble d'adaptation et suggéreraient davantage une chronicisation des symptômes plus typique du TAG.

Par ailleurs, on pourrait s'attendre à ce que les inquiétudes propres au trouble d'adaptation soient circonscrites au facteur de stress auquel il se rapporte. Or, certaines études ont investigué les thèmes d'inquiétude les plus fréquents chez les nouvelles mères et soulignent que ceux-ci semblent dépasser le thème de l'adaptation à la maternité. Kaitz (2007) a étudié les thèmes d'inquiétude de mères issues de la population générale ($n = 366$) trois et six mois après l'accouchement. Un questionnaire proposant différentes thématiques d'inquiétudes a été utilisé et les mères devaient indiquer à quel point elles

s'inquiétaient au sujet de chacune d'elles sur une échelle de Likert. Il en est ressorti que les mères s'inquiètent principalement à propos du retour au travail et de la santé de la famille, mais aussi à propos de leur bien-être personnel, de leurs relations, des soins à l'enfant et de leur partenaire. Wenzel et al. (2003) ont pour leur part évalué les inquiétudes chez des mères issues de la population générale ayant accouché il y a deux mois ($n = 68$), à l'aide d'un instrument de mesure similaire à celui utilisé par Kaitz (soit un outil proposant des thèmes d'inquiétudes à coter sur une échelle de Likert). Ils soulignent que les mères s'inquiètent modérément à propos de leurs finances, de leur apparence, des tâches ménagères et de la propreté de leur environnement. Elles s'inquiètent aussi de manière légère à modérée à propos de leurs habiletés parentales, de leur travail ou de leurs études, des soins à l'enfant, de leur temps libre, de leur relation de couple et de l'apparence de leur bébé. Goldfinger, Green, Furtado et McCabe (2020) ont quant à eux comparé, à l'aide d'une entrevue qualitative, les thèmes d'inquiétudes des femmes souffrant d'un TAG en périnatalité ($n = 20$) aux thèmes d'inquiétudes des femmes qui souffrent d'un TAG mais qui ne sont pas en période périnatale ($n = 20$). Leurs résultats soulignent qu'en périnatalité, les femmes s'inquiètent davantage de leurs habiletés parentales, du jugement des autres par rapport à celles-ci, de la possibilité d'avoir un impact négatif sur le développement de leur enfant, de leur capacité à faire face à la maternité et du retour éventuel au travail. Les nouvelles mères s'inquiètent de manière équivalente à leurs homologues à propos du jugement des autres, de leurs relations sociales, de la santé de leurs proches et de leurs finances. Elles tendent toutefois à s'inquiéter moins de leur propre santé, des affaires mineures ou du quotidien et du travail ou des études. Ces études

soulignent dans l'ensemble que, bien qu'une partie prédominante des thèmes d'inquiétudes des nouvelles mères semble liée à l'adaptation à la maternité, elles semblent également présenter des inquiétudes variées à propos d'autres thèmes de la vie courante. Les inquiétudes auraient donc un caractère généralisé ce qui est davantage propre au TAG.

Facteurs explicatifs du TAG et des symptômes anxieux en postpartum

La revue systématique de Goodman, Watson et Stubbs (2016) sur les troubles anxieux postnataux souligne qu'aucune étude n'a porté spécifiquement sur les facteurs de risque du TAG en postpartum. Cependant, plusieurs études ont porté sur les facteurs de risques ou les variables associées à l'anxiété postnatale ou aux troubles anxieux de manière plus globale (voir la revue de Field, 2018) et soulèvent l'intérêt envers diverses variables sociodémographiques, obstétriques et psychologiques. Comme ces variables pourraient aussi être liées au TAG, elles seront répertoriées dans la section qui suit.

Liens entre les variables sociodémographiques et l'anxiété postnatale

En ce qui a trait aux variables sociodémographiques, les mères plus jeunes (moins de 25 ans comparativement à entre 25 et 34 ans) ressortent comme étant davantage à risque de présenter un trouble anxieux postnatal jusqu'à 16 mois après l'accouchement (Martini et al., 2015). Le statut conjugal est aussi lié aux symptômes anxieux postnataux. Britton (2005) souligne que les nouvelles mères qui ne sont pas mariées présentent davantage de symptômes anxieux lorsqu'évaluées avant de quitter l'hôpital. Dans le même sens, Sockol et Battle (2015) rapportent que les mères multipares (soit les mères ayant déjà au moins

un enfant), enceintes ou dans les six premiers mois postpartum, qui ne sont pas mariées ou qui ne vivent pas avec un partenaire présentent davantage de symptômes anxieux ou dépressifs que les mères monoparentales ou ne vivant pas avec leur partenaire. Un plus faible niveau d'éducation est également associé à plus d'anxiété chez les nouvelles mères, au minimum jusqu'à 16 mois postpartum (Britton, 2008; Liu, Guo, Li, Zhuang, & Jiang, 2020; Martini et al.). Un plus faible revenu familial s'associe aussi à plus de symptômes anxieux à quatre (Britton, 2008) et à six semaines postpartum (Liu et al.). Par ailleurs, les mères qui travaillent davantage à l'extérieur de la maison présentent plus d'inquiétudes trois et six mois après l'accouchement (Kaitz, 2007).

Liens entre les variables obstétriques et l'anxiété postnatale

Pour ce qui concerne les variables obstétriques, un antécédent de fausse couche, de mortinaissance ou d'avortement est lié à davantage d'anxiété au minimum jusqu'à 33 mois après l'accouchement (Blackmore et al., 2011) et est associé à davantage de diagnostics de troubles anxieux dans les 14 mois postpartum (Giannandrea, Cerulli, Anson, & Chaudron, 2013). Par ailleurs, les mères dont la grossesse n'était pas planifiée et celles qui n'ont pas reçu de cours prénataux présentent davantage d'anxiété un mois après l'accouchement (Britton, 2008). L'expérience de l'accouchement est aussi liée aux symptômes anxieux postnataux. Bell et al. (2016) soulignent que les mères qui ne considèrent pas leur accouchement comme une expérience merveilleuse sont plus à risque d'éprouver des symptômes anxieux élevés à deux et à huit mois postpartum. Liu et al. (2020) rapportent dans le même sens que les nouvelles mères neutres ou insatisfaites par

rapport à leur accouchement présentent plus de symptômes anxieux à six semaines postpartum que les mères satisfaites de leur accouchement. L'administration d'ocytocine synthétique dans les deux semaines précédant l'accouchement (pour induire l'accouchement ou pour d'autres raisons cliniques) est aussi associée à un risque plus élevé de présenter un trouble anxieux ou dépressif dans l'année suivant l'accouchement (Kroll-Desrosiers et al., 2017). Un accouchement par césarienne est également lié à davantage de symptômes anxieux jusqu'à au moins 16 mois postpartum (Clout & Brown, 2015; Martini et al., 2015; Paul, Downs, Schaefer, Beiler, & Weisman, 2013). Dans le même sens, la présence de complications obstétriques est associée à davantage d'inquiétudes en postpartum (Britton; Kaitz, 2007).

Après l'accouchement, une hospitalisation plus longue est liée à plus de symptômes anxieux à un mois postpartum (Britton, 2008). Les difficultés d'allaitement et un sentiment d'efficacité moindre à l'égard de l'allaitement sont également liés à davantage de symptômes anxieux (Dennis, Falah-Hassani, Brown, & Vigod, 2016; Liu et al., 2020). De plus, le niveau de santé du bébé et le niveau de stress perçu dans les soins au nouveau-né permettent de prédire les symptômes anxieux postnataux (Dennis et al.; Clout & Brown, 2015).

Les résultats des études se contredisent en ce qui concerne les liens entre la primiparité et l'anxiété postnatale. La multiparité est associée à davantage de symptômes et de troubles anxieux dans certaines études (Bell et al., 2016; Dennis et al., 2016; Grant, McMahon, & Austin, 2008), mais Paul et al. (2013) dénotent plus de symptômes anxieux

chez les mères primipares, soit chez les mères ayant un seul enfant. Il est possible que les différences observées entre ces études soient attribuables au moment où les mesures ont été prises, l'étude de Paul et al. ayant mesuré l'anxiété pendant l'hospitalisation qui suit l'accouchement alors que les autres études ont mesuré l'anxiété entre deux et huit mois postpartum. Cependant, cette hypothèse irait en contradiction avec les résultats de DiPietro, Costigan et Sipsma (2008) qui ont observé l'évolution des symptômes anxieux de la grossesse à deux ans postpartum et qui constatent que, de six à 24 mois postpartum, les symptômes anxieux tendent à s'accroître chez les primipares et à s'atténuer chez les multipares. Sockol et Battle (2015) ont pour leur part comparé la présence de symptômes anxieux et dépressifs entre un échantillon de mères primipares et un échantillon de mères multipares qui étaient enceintes ou jusqu'à six mois postpartum. Ils n'indiquent pas de différence entre la sévérité des symptômes entre les deux échantillons. Cependant, ils ont observé que les mères primipares plus âgées tendaient à être plus anxieuses alors que l'inverse était observé chez les mères multipares plus âgées. Ils ont aussi souligné que davantage de soutien social était lié à moins d'anxiété pour toutes les nouvelles mères, mais que cette association était plus forte chez les mères primipares que chez les multipares. Ainsi, la relation entre le nombre d'enfants et les symptômes anxieux pourrait être médiée par d'autres variables, ce qui pourrait expliquer que ses liens varient d'une étude à l'autre.

Liens entre les variables psychologiques et l'anxiété postnatale

En ce qui concerne les variables psychologiques, un des prédicteurs des symptômes anxieux en postpartum les plus étudiés est la présence d'antécédents de symptômes psychiatriques (Bell et al., 2016; Britton, 2008; Dennis et al., 2016; Henderson & Redshaw, 2013). En ce sens, Martini et al. (2015) soulignent que le plus fort prédicteur d'un diagnostic de trouble anxieux ou dépressif pendant la grossesse et jusqu'à deux ans en postpartum est un historique antérieur de trouble anxieux ou dépressif. L'étude de Matthey, Barnett, Howie et Kavanagh (2003) précise cependant qu'un historique de trouble anxieux serait un plus grand facteur de risque de trouble anxieux ou dépressif postnatal qu'un historique de trouble dépressif. La présence de symptômes dépressifs ou anxieux pendant la grossesse prédit également la présence d'un trouble ou de symptômes anxieux en postpartum (Bell et al.; Grant et al., 2008). Souffrir de symptômes dépressifs en postpartum accroîtrait aussi le risque de souffrir de symptômes anxieux pendant la même période (Liu et al., 2020; Paul et al, 2013). Par ailleurs, une fatigue sévère et une qualité de sommeil moindre sont aussi associées à davantage d'anxiété postnatale (Liu et al.; Okun, Mancuso, Hobel, Dunkell Schetter, & Coussons-Read, 2018). De même, les antécédents d'événements de vie négatifs et les facteurs de stress actuels sont associés à davantage de symptômes anxieux en postpartum (Ahmed, Feng, Bowen, & Muhajarine, 2018; Bell et al.; Britton).

Des variables relationnelles sont aussi associées à l'anxiété postnatale. Notamment, les troubles ou symptômes anxieux postnataux sont associés à une perception moindre de

soutien social ou de la qualité de son réseau social (Arnold & Kalibatseva, 2020; Bell et al., 2016; Britton, 2008; Capponi, 2015; Martini et al., 2015). Les mères qui reçoivent davantage de soutien de leur famille présentent moins de symptômes anxieux postnataux (Liu et al., 2020). Les troubles anxieux et dépressifs périnataux sont aussi liés à une satisfaction conjugale moindre ou à une perception plus négative du soutien reçu du partenaire (Britton; Capponi; Dennis et al., 2016; Figueiredo et al., 2008; Martini et al.; Whisman et al., 2011). L'étude d'Arnold et Kalibatseva a comparé l'importance du soutien social des différents membres de l'entourage de la mère dans la prédiction des symptômes anxieux l'année suivant l'accouchement et soulignent que le soutien des amis aurait la plus grande taille d'effet, suivi de celui de la famille et finalement de celui du partenaire. Les auteurs indiquent cependant que les résultats auraient pu être biaisés du fait que leur échantillon présentait majoritairement un haut niveau de soutien social de la part du partenaire. Sur le plan de l'attachement, les mères qui présentent des symptômes anxieux et dépressifs dans l'année suivant l'accouchement tendent à présenter davantage un attachement anxieux ou évitant que les mères qui n'ont pas de difficultés psychologiques (Marques, Monteiro, Canavarro, & Fonseca, 2018).

Des vulnérabilités psychologiques individuelles sont aussi liées aux symptômes anxieux postnataux. En ce sens, Marques et al. (2018) soulignent que les difficultés de régulation émotionnelle sont liées à l'anxiété postnatale dans l'année suivant l'accouchement. Molnar, Kosa, Fekete et Münnich (2018) ont pour leur part évalué les liens entre les différents schémas de Young et les symptômes anxieux dans l'année suivant l'accouchement. Ils notent qu'un niveau élevé à presque tous les schémas est lié à une

présence accrue de symptômes anxieux, soit en présence des schémas Manque affectif, Abandon/Instabilité, Imperfection/Honte, Méfiance/Abus, Isolement/Aliénation, Échec, Dépendance/Incompétence, Peur des événements inévitables/incontrôlables, Surprotection/Personnalité atrophiée, Assujettissement, Surcontrôle, Manque de contrôle de soi/discipline personnelle et Idéaux exigeants. Arnold et Kalibatseva (2020) indiquent par ailleurs que le perfectionnisme prédit les symptômes anxieux dans l'année suivant l'accouchement. Une plus grande rétention de poids et une attitude plus négative à l'égard de son apparence corporelle sont aussi liées à davantage de symptômes anxieux et dépressifs dans l'année suivant l'accouchement (Hartley, Hill, Bailey, Fuller-Tyszkiewicz, & Slouteris, 2018).

Des vulnérabilités cognitives sont également corrélées à l'anxiété postnatale. Dans cette optique, Monteiro, Fonseca, Pereira, Alves et Canavarro (2019) ont souligné que la flexibilité psychologique, l'évaluation de ses pensées sans jugement et l'auto-compassion sont liées négativement aux symptômes anxieux et dépressifs en postpartum. Par ailleurs, les attitudes dysfonctionnelles à l'égard de la maternité sont un prédicteur des symptômes anxieux et dépressifs postnataux chez les mères primipares et multipares (Sockol, Epperson, & Barber, 2014; Sockol & Battle, 2015). Ces attitudes regroupent trois types de croyances : celles à l'égard du jugement des autres (p. ex., si je fais une erreur, les gens vont penser que je suis une mauvaise mère), celles concernant la responsabilité maternelle (p. ex., je suis la seule personne qui puisse garder mon bébé en sécurité) et celles liées à l'égard de l'idéalisation du rôle de mère (p. ex., c'est mal de se sentir déçue par la maternité). Viau-Guay (2011) a pour sa part évalué si les vulnérabilités cognitives liées

au TAG selon le modèle de Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) étaient liées à l'anxiété pendant la grossesse et en postpartum. Ce modèle illustre l'interaction entre les inquiétudes et l'anxiété et le rôle de vulnérabilités psychologiques cognitives-comportementales. Il accorde un rôle central à l'intolérance à l'incertitude dans le développement de la tendance à s'inquiéter de manière excessive. L'intolérance à l'incertitude consiste en une propension à trouver inacceptable la possibilité qu'un événement négatif se produise, peu importe sa probabilité (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). Trois autres vulnérabilités ont aussi été identifiées par ce modèle comme contribuant au développement et au maintien du TAG. L'attitude négative face aux problèmes regroupe un ensemble d'attitudes pessimistes envers les problèmes et sa capacité d'y faire face (Gosselin, 2006). L'évitement cognitif consiste en l'évitement des images menaçantes associées aux inquiétudes (Borkovec, Ray, & Stöber, 1998). Les croyances quant à l'utilité de s'inquiéter réfèrent à la conviction que de s'inquiéter permet de prévenir les conséquences des événements négatifs et a des effets bénéfiques sur la prise de décision au quotidien (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Les résultats de Viau-Guay indiquent que l'attitude négative face aux problèmes est le plus grand prédicteur de la tendance à s'inquiéter et de la tendance à s'inquiéter spécifiquement à propos de la maternité six semaines après l'accouchement. Cette observation pourrait témoigner du fait que les nouvelles mères font probablement face à plusieurs problèmes réels dans leur adaptation à la maternité. L'intolérance à l'incertitude serait également un prédicteur, mais pas l'évitement cognitif. L'auteur souligne qu'il est possible que les nouvelles mères soient exposées à leurs thématiques d'inquiétudes, ce qui

pourrait rendre moins pertinente l'utilisation de l'évitement cognitif pour la gestion des inquiétudes. L'apport des croyances quant à l'utilité de s'inquiéter n'a pas été évalué. Dans le même ordre d'idées, l'étude de Furtado, Lieshout, Van Ameringen, Green et Frey (2019) a étudié les facteurs de risque d'une aggravation des troubles anxieux en postpartum (symptômes évalués pendant le troisième trimestre de grossesse et six semaines après l'accouchement) chez les nouvelles mères qui souffraient déjà d'un trouble anxieux. Elle souligne qu'un plus haut niveau d'intolérance à l'incertitude (mesuré pendant la grossesse) était observé chez les mères dont les symptômes se sont accrus en postpartum.

En somme, plusieurs variables sociodémographiques, obstétriques et cliniques semblent liées à l'anxiété postnatale. Bien que des études demeurent nécessaires pour vérifier si ces variables sont liées spécifiquement au TAG en postpartum, il demeure fort probable qu'elles soient pertinentes à considérer dans l'élaboration des traitements de cette problématique ou pertinentes à contrôler dans les études sur le sujet.

Traitements du TAG et de l'anxiété postnatale

La majorité des études de traitement en postpartum concernent le traitement des troubles dépressifs et peu d'entre elles visent le traitement des troubles anxieux (Goodman et al., 2016). Toutefois, certaines études de traitement de la dépression postnatale ont répertorié leur impact sur les symptômes anxieux et des études ont aussi porté sur le traitement conjoint de symptômes dépressifs et anxieux postnataux. Ces études seront

présentées de manière critique avant d'aborder celles qui ont porté spécifiquement sur le traitement des symptômes anxieux ou du TAG, compte tenu de leur nombre restreint.

Traitements de la dépression postnatale avec mesure de l'impact sur les symptômes anxieux

Quelques études de traitement de la dépression postpartum ont mesuré les impacts de leur intervention sur les symptômes anxieux. Milgrom, Negri, Gemmill, McNeil et Martin (2005) ont comparé l'efficacité d'une TCC de groupe, du counseling en groupe, du counseling individuel et de la prise en charge usuelle par le système de la santé (par l'infirmière obstétrique) pour le traitement de la dépression postpartum. Le traitement de groupe était adapté à la période postnatale par l'ajout de séances avec les partenaires, la réorganisation des modules pour débiter par l'activation comportementale et la modification des lectures et exercices proposés afin que ceux-ci nécessitent moins de temps. Des 159 mères éligibles à l'étude, 52 n'ont pas initié de traitement. Les résultats de l'étude soulignent que la TCC et le counseling ont engendré une diminution plus importante des symptômes dépressifs et anxieux que la prise en charge usuelle par le système de santé. Aucune différence n'a été observée entre l'efficacité de la TCC et du counseling. Le counseling individuel a cependant présenté une plus grande efficacité que celui en groupe pour la diminution des symptômes dépressifs. Il est à noter que la faible participation au suivi 12 mois n'a pas permis de confirmer la persistance de l'efficacité des traitements à long terme. O'Mahen et al. (2014) ont quant à eux évalué la faisabilité et l'efficacité d'un auto-traitement basé sur l'activation comportementale en ligne avec

soutien téléphonique hebdomadaire pour le traitement de la dépression postnatale en comparaison avec un groupe contrôle (soit la prise en charge régulière par le système de santé). En plus des modules d'activation comportementale, les mères pouvaient choisir deux modules optionnels ciblant la capacité à être une mère suffisamment bonne (module axé sur lien mère-enfant, le module le plus fréquemment choisi), l'entraînement à la communication et à la recherche de soutien, les transitions relationnelles et de rôles, le sommeil, les ruminations (introduisant la restructuration cognitive) ou l'anxiété postnatale (introduisant l'exposition). Des 41 mères de la condition expérimentale, quatre mères ont abandonné le traitement (principalement par manque de temps). En moyenne, les mères ont complété 5 des 12 modules du traitement (seules cinq mères ont complété le traitement en entier) et 8 des 12 sessions téléphoniques (la majorité des mères ayant cependant participé à toutes les sessions téléphoniques). Les résultats de l'étude indiquent une diminution plus importante des symptômes dépressifs ($d = -0,87$) et anxieux ($d = -0,59$) chez les mères ayant bénéficié du traitement. Cependant, aucune mesure de suivi n'a été effectuée, ce qui ne permet pas de statuer sur l'efficacité du traitement à long terme.

Traitements des symptômes anxieux et dépressifs en postpartum

Parmi les études ayant ciblé les symptômes dépressifs et anxieux indistinctement, Shulman et al. (2018) ont étudié l'effet de l'ajout d'une thérapie de groupe basée sur la pleine conscience à la médication antidépressive dans le traitement des symptômes dépressifs et anxieux en postpartum chez des mères dont les symptômes résistaient à la médication. L'intervention visait l'adoption d'une nouvelle posture à l'égard de ses

pensées et d'une plus grande conscience de ses pensées et sensations corporelles. Les résultats soutiennent l'efficacité du traitement à court terme sur les symptômes dépressifs et anxieux, mais les résultats quant aux symptômes anxieux n'ont pas été maintenus au suivi trois mois.

Quelques chercheurs ont étudié l'efficacité de thérapies de groupe pour les difficultés psychologiques en postpartum. Griffiths et Barker-Collo (2008) ont évalué la faisabilité et l'efficacité d'une thérapie de groupe pour les difficultés d'ajustement postnatales. Leur traitement bi-hebdomadaire de deux heures intégrait notamment psychoéducation, entraînement à la relaxation et à la gestion du stress, entraînement à la communication, résolution de problèmes, travail sur les schémas de Young, devoirs et une rencontre impliquant les partenaires. Des 53 mères éligibles, huit ont abandonné le traitement en raison d'une rechute d'une problématique psychologique incapacitante (p. ex., épisode psychotique) ou d'une hospitalisation pour des raisons de santé physique de la mère ou d'un membre de sa famille. L'efficacité du traitement a été soutenue par la réduction des symptômes dépressifs ($\eta^2 = 0,23$) et anxieux ($\eta^2 = 0,30$) entre les mesures auto-rapportées pré et post-traitement. Les résultats sont toutefois à considérer avec prudence compte tenu de l'absence de condition contrôle, de la prise de médication par la majorité de l'échantillon et de l'absence de mesures de suivi à plus long terme. Marrs (2013) a dans le même ordre d'idées évalué l'efficacité d'une TCC de groupe pour les problèmes de santé mentale en postpartum. Le traitement de 12 séances incluait de la psychoéducation, de l'entraînement à l'affirmation, de la restructuration cognitive, des séances d'interaction avec le bébé (p. ex., massage du bébé) et des devoirs. Afin de rendre le programme plus

accessible, le transport était fourni de même que le service de garde durant les rencontres. Des 78 mères référées à l'étude, 47 ont commencé le traitement et 36 l'ont complété. Les mères ayant abandonné le traitement auraient donné pour motifs l'aggravation de leurs problèmes de santé mentale, le manque d'intérêt pour le format de groupe, la difficulté à quitter le bébé pour les rencontres et la référence à un autre service. Les résultats de l'étude soulignent l'efficacité du traitement pour diminuer les symptômes dépressifs, anxieux et l'irritabilité entre le pré et le post-traitement. Ils demeurent à considérer avec réserve considérant l'absence de condition contrôle et l'absence de suivis pouvant indiquer le maintien des gains. De Camps Meschino, Philipp, Israel et Vigod (2016) ont pour leur part étudié la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'une thérapie de groupe basée sur la pleine conscience, le travail de la régulation émotionnelle et le travail des interactions mère-bébé pour traiter les troubles dépressifs et anxieux en postpartum. Les 12 séances incluaient également une composante psychoéducatrice sur diverses thématiques psychologiques visant à promouvoir notamment la régulation émotionnelle, les habiletés parentales et la compréhension de l'origine de ses difficultés psychologiques (p. ex., les liens avec son propre vécu familial). Des 14 mères éligibles, une s'est désistée (en raison de la distance du lieu de thérapie) et deux ont abandonné la thérapie (une en raison d'un déménagement). Les résultats indiquent que la majorité des mères ont trouvé le traitement acceptable. La comparaison des indices auto-rapportés pré et post-traitement confirment une efficacité significative de la thérapie sur les symptômes dépressifs, mais pas sur les symptômes anxieux ou le stress parental. Les résultats de cette étude sont à interpréter prudemment en raison de la taille d'échantillon et de l'absence de condition contrôle, mais

aussi parce que les mères prenaient part simultanément à un suivi individuel pour leurs symptômes. On ne peut donc confirmer que les progrès observés soient uniquement attribuables au traitement évalué dans l'étude. Coo, Somerville, Matacz et Byrne (2018) ont quant à eux évalué l'efficacité d'une intervention de groupe pour traiter les symptômes dépressifs et anxieux en postpartum de même que soutenir le développement de la relation mère-bébé. Le traitement de 10 séances combinait les principes de la TCC (p. ex., psychoéducation, restructuration cognitive, entraînement à l'affirmation et à la recherche de soutien) et un travail de la relation mère-enfant par le biais des théories de l'attachement et de l'apprentissage social. Les partenaires étaient invités à une rencontre. Des 13 mères contactées pour participer à l'étude, seules cinq ont participé au groupe (deux mères n'ont pas été joignables, cinq ont décliné l'offre et une a été exclue). Les résultats indiquent une diminution des symptômes anxieux, une perception plus positive de l'expérience de la maternité et une amélioration des interactions mère-bébé, mais un maintien des symptômes dépressifs. Un questionnaire de satisfaction rapporte généralement que le traitement a été une expérience positive. Les conclusions de cette étude sont néanmoins limitées par la taille restreinte de l'échantillon, l'absence de groupe contrôle et l'absence de mesures de suivi.

Enfin, Loughnan et al. (2019) ont étudié l'acceptabilité et l'efficacité d'un auto-traitement sur Internet pour le traitement des symptômes dépressifs et anxieux en postpartum en comparaison à la prise en charge usuelle par le système de santé. Le traitement consistait en trois modules pouvant être effectués en six semaines. Ses principales composantes étaient la psychoéducation, la restructuration cognitive, la

résolution de problèmes, l'exposition et les devoirs. Des 69 mères auxquelles le traitement a été offert, quatre se sont retirées avant le début du traitement et quatre ont abandonné le traitement. Il y a donc 75 % des mères qui ont complété le traitement. Les résultats soulignent l'efficacité de l'auto-traitement pour réduire les symptômes dépressifs ($g = 1,42$) et anxieux ($g = 1,26$) ainsi qu'un impact positif sur d'autres variables liées à la santé psychologique. La satisfaction était élevée à l'égard du programme. Le suivi des symptômes ayant été effectué un mois après la fin du traitement, les conclusions concernant le maintien des gains sont toutefois limitées.

Traitements spécifiques des symptômes anxieux ou du TAG en postpartum

À notre connaissance, quelques études ont porté sur le traitement de troubles anxieux en postpartum (p. ex., Ayers, McKenzie-McHarg, & Eagle, 2007; Challacombe & Salkovskis, 2011; Christian & Storch, 2009), mais peu ciblaient le traitement du TAG. Green, Haber, Frey et McCabe (2015) ont testé l'acceptabilité et l'efficacité d'une TCC de groupe pour les mères enceintes ou dans l'année suivant l'accouchement avec un diagnostic de trouble anxieux. La majorité de leurs participantes était en postpartum (8/10) et souffrait d'un TAG (7/10). Les six séances de suivi incluaient des stratégies de base propres à la TCC pour les troubles anxieux (p. ex., la psychoéducation, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes, la relaxation, l'exposition, l'entraînement à l'affirmation et les devoirs), mais le contenu a été adapté pour cibler la période périnatale et un volet d'activation comportementale a été ajouté. Les mères pouvaient amener leur bébé en séance. Toutes les participantes ont complété le traitement. Les résultats indiquent

une diminution significative des symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'une satisfaction élevée à l'égard de la thérapie. Les conclusions de cette étude demeurent limitées par la taille d'échantillon restreinte, l'absence de groupe contrôle et l'absence de suivi des symptômes. De plus, les symptômes anxieux observés en post-traitement au Penn State Worry Questionnaire (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990; $M = 54,90$; $ÉT = 6,44$) demeurent nettement supérieurs à ce qui a été observé dans la population générale en postpartum ($M = 40,07$; $ÉT = 10,93$; Viau-Guay, 2011), ce qui laisse croire que les mères pouvaient toujours souffrir de symptômes anxieux. Comme il n'y a pas eu d'entrevue diagnostique post-traitement, on ne peut affirmer avec certitude que le traitement a permis aux mères de surmonter leur trouble anxieux.

Deux études ont pour leur part porté sur l'auto-traitement des symptômes du TAG (cliniques ou sous-cliniques), de manière manualisée (Rowe, Calcagni, Galgut, Michelmore, & Fisher, 2014) ou en ligne (Ashford, Olander, Rowe, Fisher, & Ayers, 2018). L'auto-traitement de Rowe et al. comprenait sept modules basés sur les principes de la TCC (psychoéducation, restructuration cognitive, exposition, résolution de problèmes, entraînement à l'affirmation) et de la pleine conscience. Les mères bénéficiaient de la possibilité d'obtenir une séance de soutien téléphonique d'un professionnel de la santé à chaque module. Des 18 mères éligibles, cinq se sont désistées (notamment par manque de temps) et sept ont complété le traitement. Les résultats confirment l'efficacité du traitement pour réduire les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que la satisfaction à l'égard du programme. L'étude a toutefois été menée auprès d'un échantillon de mères avec des symptômes anxieux peu sévères, ce qui ne permet pas

de généraliser les conclusions aux mères présentant des symptômes plus sévères. La taille restreinte de l'échantillon et l'absence de condition contrôle limitent aussi la validité et la généralisation des résultats. Ashford et al. ont adapté l'auto-traitement de Rowe et ses collaborateurs afin d'en faire une version web. Ils en ont testé la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité pour le traitement des symptômes anxieux postnataux en comparaison avec une condition contrôle (liste d'attente). Le traitement était divisé en neuf modules et le soutien téléphonique était optionnel. Des 46 mères du groupe expérimental, 20 n'ont pas commencé le traitement et 24 ne l'ont pas complété. Une diminution significative des symptômes anxieux a été observée dans le groupe expérimental, mais cette diminution n'était pas différente de celle observée dans le groupe contrôle. Il est toutefois difficile de conclure à l'inefficacité du traitement compte tenu des problèmes d'adhérence majeurs observés. Les mesures quantitatives indiquent aussi que, bien que la majorité des mères aient considéré le traitement utile, ce dernier n'était pas perçu comme convivial. Les données qualitatives soulignent l'appréciation du caractère accessible du traitement, de son anonymat, de la possibilité d'avoir du soutien téléphonique et de l'introduction aux principes de la TCC et de la pleine conscience, mais soulèvent aussi son manque de convivialité, le manque de pertinence de certains sujets et son caractère non inclusif à l'égard des différents styles parentaux.

À notre connaissance, seul Favre (2014) a testé l'efficacité d'un traitement spécifiquement auprès de nouvelles mères (maximum un an postpartum) répondant aux critères diagnostiques du TAG selon une entrevue diagnostique. Les mères devaient ressentir que leurs symptômes étaient apparus ou s'étaient exacerbés à la suite de

l'accouchement. L'intervention individuelle de 13 séances découlait de celle de Dugas et Ladouceur (2000) pour le traitement du TAG et comportait psychoéducation, travail de la tolérance à l'incertitude (notamment par l'exposition), résolution de problèmes, exposition cognitive et devoirs. Une séance supplémentaire a été accordée à la résolution de problèmes compte tenu de l'importance de l'attitude négative par rapport aux problèmes dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter en postpartum (Viau-Guay, 2011). Un volet d'activation comportementale a aussi été ajouté à l'intervention originale en raison de la forte comorbidité des symptômes dépressifs en postpartum. Un protocole à cas unique de type niveaux de base multiples a été utilisé afin de limiter les menaces à la validité interne imputables à l'absence de condition contrôle. Des cinq mères éligibles, deux se sont désistées avant le traitement parce que les cibles de traitement ne correspondaient pas à leurs attentes et une ne l'a pas complété. Les résultats suggèrent l'efficacité du traitement par la diminution des symptômes anxieux jusqu'au point où les critères diagnostiques du TAG n'étaient plus présents chez les mères ayant complété le traitement. Les résultats à l'*Indice de Stress Parental* et au *Questionnaire d'Auto-Évaluation sur la Période Postpartum* soulignent aussi un impact positif du traitement sur les symptômes dépressifs et l'adaptation parentale. Le traitement n'aurait toutefois pas eu d'effet sur l'adaptation conjugale, ce qui aurait d'ailleurs été le motif d'abandon pour une mère qui aurait décidé de se diriger vers une thérapie de couple en raison de l'ampleur de cette problématique pour elle. Les résultats de cette étude demeurent de portée limitée considérant la taille très restreinte de l'échantillon.

Appréciation des études de traitement du TAG et de l'anxiété postnatale

Somme toute, diverses conclusions peuvent être tirées de l'observation des études de traitement s'étant intéressées aux symptômes anxieux en postpartum. On observe d'abord que la majorité des études ont évalué l'efficacité de la TCC et que celle-ci semble avoir un impact prometteur sur les symptômes anxieux. Peu d'études ont été effectuées sur d'autres approches psychologiques. De celles-ci, celle de Milgrom et al. (2005) souligne que l'efficacité du counseling serait équivalente à celle de la TCC. Les interventions davantage basées sur la pleine conscience (De Camps Meschino et al., 2016; Shulman et al., 2018) n'ont pour leur part pas observé de gains significatifs sur le plan des symptômes anxieux ou ceux-ci n'ont pas été maintenus lors du suivi post-traitement. On observe aussi que certaines stratégies thérapeutiques semblent revenir systématiquement dans la composition des traitements étudiés dont les résultats sont prometteurs sur les symptômes anxieux, soient la psychoéducation, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes, l'exposition (in vivo et cognitive) et l'entraînement à l'affirmation (à la communication ou à la recherche de soutien). Ces stratégies semblent donc utiles dans le traitement de l'anxiété postnatale. Leur impact n'ayant pas été évalué individuellement, il est toutefois impossible de savoir si certaines de celles-ci ont un effet plus important que d'autres. Il est à noter que d'autres stratégies ont été utilisées à quelques reprises dans les études mentionnées, soit l'entraînement à la relaxation et à la gestion du stress et le développement de la pleine conscience. Ces stratégies font également partie intégrante de traitements qui ont eu un impact positif sur les symptômes anxieux postnataux (p. ex., Griffiths & Barker-Collo, 2008; Rowe et al., 2014). Elles semblent donc prometteuses

pour le traitement de l'anxiété postnatale, bien qu'elles bénéficient de moins de soutien empirique. Plusieurs études incluaient aussi l'utilisation de devoirs (p. ex., Favre, 2014; Green et al., 2015). Des études n'ont pas mentionné recourir à cette stratégie, mais il est difficile de savoir si ces études n'ont réellement pas eu recours aux devoirs ou si cela n'a pas été mentionné puisque les devoirs sont souvent considérés comme une partie intégrante de la TCC (Dozois, 2010). Ainsi, il est difficile de savoir si l'utilisation des devoirs a eu un impact sur l'efficacité des thérapies étudiées. Par ailleurs, bien que les résultats des études présentées tendent à appuyer l'efficacité de leur traitement, ceux-ci demeurent à considérer avec prudence en raison des limites des méthodes utilisées pour mesurer les effets. On observe que la majorité de ces études avaient de petites tailles d'échantillon, une absence de condition contrôle, une absence de mesures de suivi des symptômes à plus long terme et que l'évolution des symptômes a été rarement mesurée à l'aide d'entrevues diagnostiques (mais plutôt par mesures auto-rapportées), ce qui met en péril la validité et la généralisation de leurs résultats. De plus, plusieurs traitements visaient prioritairement le traitement de la dépression et rares étaient les études spécifiques au traitement du TAG, ce qui ne permet pas de certifier que l'efficacité des interventions proposées se généralise au traitement de cette problématique.

Dans un autre ordre d'idées, on observe que certaines études ont adapté des TCC répandues pour le traitement de la dépression ou de l'anxiété à la réalité périnatale, autant sur le plan du fond que celui de la forme. On note en ce sens que des chercheurs ont adapté le contenu de leur matériel afin qu'il cible davantage les enjeux du contexte périnatal (p. ex., Green et al., 2015; Griffiths & Barker-Collo, 2008; Loughnan et al., 2019; O'Mahen

et al., 2014; Rowe et al., 2014), ce qui semble avoir eu un impact positif sur l'adhérence et la satisfaction à leur égard. En ce sens, l'étude de O'Mahen et al. (2014) souligne que le module optionnel directement lié à la maternité « Beign a good enough mother » a été le plus populaire parmi ceux offerts. Plusieurs études ont aussi consacré une partie de leurs objectifs thérapeutiques au développement de la relation mère-bébé (p. ex., Coe et al., 2018; De Camps Meschino et al., 2016) et rapportent une expérience positive de la part de leurs participantes ainsi qu'une amélioration de la relation avec le bébé. Il est également intéressant de noter que des études spécifiques au traitement des symptômes anxieux (p. ex., Green et al., 2015; Favre, 2014) ont tout de même consacré une partie de leur traitement à l'activation comportementale, en raison de la forte comorbidité des symptômes anxieux et dépressifs dans cette période (Misri et al., 2010). Ces études observent d'ailleurs un impact positif de leur traitement sur les symptômes dépressifs. Certaines études ont pour leur part inclus des rencontres avec les partenaires (p. ex., Coe et al.; Griffiths & Barker-Collo; Milgrom et al., 2005), considérant les liens entre les difficultés conjugales et les difficultés psychologiques postnatales (Whisman et al., 2011). Bien qu'aucune de ces études n'ait évalué les retombées sur la relation conjugale, Griffiths et Barker-Collo soulignent l'appréciation de l'intégration du partenaire dans le traitement. D'autres études ont plutôt cherché à adapter les traitements périnataux afin qu'ils soient plus accessibles aux nouvelles mères. Certaines d'entre elles ont notamment cherché à rendre le format de la thérapie et du matériel utilisé plus concis (p. ex., Green et al.; Loughnan et al.; Milgrom et al., 2005), considérant les contraintes de temps imputables à cette période (Goodman, 2009). D'autres ont plutôt offert le transport et le service de garde

(p. ex., Griffiths & Barker-Collo; Marrs, 2013) ou offert aux mères d'emmener leur bébé en rencontres (Green et al.), afin d'aider les mères à surmonter les obstacles logistiques associés à la consultation (Reay, Matthey, Ellwood, & Scott, 2011). Enfin, quelques chercheurs ont adapté des traitements connus en auto-traitements manualisés ou accessibles via le web afin de rendre les traitements plus flexibles et accessibles aux nouvelles mères (p. ex., Ashford et al., 2018; Loughnan et al.; O'Mahen et al., 2014; Rowe et al.) avec des résultats parfois prometteurs, parfois mitigés. Ainsi, on observe que l'adaptation des traitements à la réalité périnatale semble généralement permettre une plus grande adhérence et une satisfaction plus élevée à l'égard des traitements tout en favorisant des retombées secondaires positives sur des variables importantes en cette période (comme les symptômes dépressifs ou la qualité de la relation avec le bébé). Ces adaptations ont cependant rarement été évaluées directement, sur le plan de l'efficacité ou de l'acceptabilité, et les traitements adaptés n'ont pas été comparés aux originaux, ce qui ne permet pas de statuer sur leur plus-value.

Pour conclure, presque toutes les études ont documenté leurs taux de désistement et d'abandon et la plupart de ces résultats soulignent que l'adhérence aux traitements chez les nouvelles mères est problématique. En effet, on note que plusieurs mères ayant manifesté leur intérêt à bénéficier d'un traitement ne l'ont pas initié (7 % à 62 % de désistements) ou ne l'ont pas complété (6 % à 33 % d'abandons). Les taux d'abandon observés sont encore plus importants quant aux études d'auto-traitement où l'on observe que de 25 % à 92 % des mères ne complètent pas l'intervention. Seule l'étude de Green et al. (2015) a observé une adhérence parfaite à son traitement, ce que les auteurs attribuent

au format concis de l'intervention de groupe. Le niveau d'adhérence pourrait aussi être expliqué par la possibilité pour les mères de reprendre les rencontres manquées en individuel à un moment de leur choix. Parmi les études ayant documenté l'adhérence aux traitements, peu d'entre elles ont documenté les motifs de désistement ou d'abandons chez leurs participantes. On note tout de même l'éloignement du lieu de traitement, le manque de temps et l'impression que le traitement ne ciblera pas ses besoins parmi les motifs de désistement. Quant aux abandons, on répertorie que certaines mères ont interrompu leur traitement en raison d'un déménagement, d'une réticence à être éloignées du bébé pendant les rencontres, de problèmes physiques nécessitant une hospitalisation pour elles ou un de leurs enfants, de symptômes psychologiques incapacitants (p. ex., idées suicidaires, psychose), d'une accentuation des symptômes psychologiques, d'un inconfort avec le format de groupe ou du début d'un autre suivi correspondant mieux à leur besoin. La problématique d'adhérence aux traitements en postpartum soulève un enjeu important puisque l'efficacité d'un traitement incomplet n'est pas garantie. Ainsi, si plusieurs mères n'entament pas ou ne complètent pas les traitements considérés efficaces, la problématique de l'anxiété postnatale pourrait perdurer malgré la disponibilité de traitements ciblés.

Particularités liées à la consultation en postpartum

Diverses études ont tenté de mieux comprendre pourquoi les taux d'initiation et d'adhérence aux traitements semblent souvent problématiques en période postnatale (voir les revues de Byatt, Simas, Lundquist, Johnson, & Ziedonis, 2012; Dennis & Chung-Lee,

2006). Certaines d'entre elles ont questionné des nouvelles mères sur les obstacles et facilitateurs à la consultation anticipés (p. ex., Goodman, 2009; Létourneau et al., 2007), tandis que d'autres ont plutôt exploré pourquoi des mères souffrantes n'ont pas recherché d'aide ou n'ont pas recouru à celle qui leur a été proposée (Kim et al., 2010; Sword, Busser, Ganann, McMillan, & Swinton, 2008). Comme peu d'études se sont intéressées à la réalité des nouvelles mères anxieuses, les résultats d'études menées auprès de nouvelles mères ayant des symptômes dépressifs seront aussi rapportés.

Besoins des nouvelles mères

Des chercheurs ont interrogé les nouvelles mères sur leurs besoins en période postnatale et en dénotent plusieurs. De celles-ci, Létourneau et al. (2007) ont interrogé des mères présentant des symptômes dépressifs en postpartum sur les besoins et les obstacles qu'elles perçoivent à recevoir un traitement. Les mères soulèvent un besoin de soutien instrumental, soit d'être aidées à effectuer leurs tâches ménagères ou à prendre soin du bébé. Elles évoquent également un besoin d'être validées, particulièrement de la part d'autres nouvelles mères souffrant des mêmes difficultés. Les mères soulignent enfin avoir besoin d'informations sur la nature de leurs symptômes. Pour leur part, Flynn, Henshaw, O'Mahen et Forman (2010) ont interrogé des mères enceintes et en postpartum présentant des symptômes dépressifs sur les facilitateurs et les obstacles à recevoir un traitement. Ils soulignent le désir des mères d'avoir des références proactives, rapides et appropriées. Les mères nomment ne pas avoir l'énergie de chercher de l'aide à plusieurs endroits et peuvent devenir plus hésitantes à recevoir de l'aide si celle-ci tarde à venir.

Dans le même sens, Kim et al. (2010) ont référé des mères enceintes ou en postpartum à risque de dépression et les ont ensuite interrogées sur les facilitateurs et les obstacles à s'engager dans un traitement. Les mères n'ayant pas donné suite à la référence notent pour la majorité (56 %) que d'être référée à un professionnel qui n'a pas de disponibilité a été un obstacle dans leur recherche d'aide. Flynn et al. ont aussi nommé le besoin des mères de percevoir une flexibilité dans les services qui leur sont offerts, nommant qu'il est important pour elles de pouvoir choisir les options de traitement qui leur semblent les plus appropriées.

Obstacles logistiques à la consultation

Plusieurs études soulignent les défis concrets soulevés par la consultation chez les nouvelles mères. Lorsque des mères en troisième trimestre de grossesse ont été interrogées sur les freins qui les empêcheraient d'aller chercher de l'aide pour des symptômes dépressifs ou anxieux pendant la grossesse ou le postpartum, le manque de temps représentait l'obstacle le plus fréquemment rapporté (65 %; Goodman, 2009). Ces résultats sont d'ailleurs corroborés par plusieurs études qui soulignent le manque de temps pour consulter chez les nouvelles mères (p. ex., Ballestrem, Straub, & Kächele, 2005; Chisholm et al., 2004; Fonseca, Gorayeb, & Canavarro, 2015; Gjerdingen, Crow, McGovern, Miner, & Center, 2009; Kim et al., 2010; Woolhouse, Brown, Krastev, Perlen, Gunn, 2009). L'étude de Goodman souligne aussi que 33 % des mères nommaient que de ne pas bénéficier d'un service de garde était un obstacle à la consultation. De même, les soins au bébé ou aux autres enfants pendant les séances sont aussi répertoriés comme

freins à la consultation par plusieurs auteurs s'étant intéressés aux obstacles à la consultation en période postnatale (p. ex., Chisholm et al.; Gjerdingen et al.; Reay et al., 2011; Ugarriza, 2004). Par ailleurs, Goodman souligne que les frais associés aux services étaient aussi un obstacle pour 19 % des mères. En ce sens, les coûts des services, le fait de bénéficier ou non d'une assurance et les difficultés financières sont respectivement des freins ou des facilitateurs soulignés dans la littérature postnatale (p. ex., Fonseca et al.; Gjerdingen et al., Kim et al.). Enfin, Goodman nomme que l'absence de transport est un frein à la consultation (9 %). Le transport ou la localisation éloignée des services comme obstacles à la consultation en postpartum ont aussi été soulevés dans d'autres études, particulièrement chez les mères ayant des difficultés financières (p. ex., Flynn et al., 2010; Kim et al.; Reay et al.).

Obstacles attitudinaux à la consultation

Diverses études ont souligné des barrières attitudinales qui freinent la recherche de traitement chez les nouvelles mères. En ce sens, Reay et al. (2011) ont évalué les raisons pour lesquelles des mères souffrant de symptômes dépressifs en postpartum n'ont pas cherché d'aide professionnelle. Ils soulignent la présence d'obstacles logistiques, mais notent que la réticence de la mère était l'obstacle le plus important. Ils soulignent en ce sens que les mères préféraient pour la plupart se débrouiller seule (53 %), trouvaient difficile d'accepter leurs difficultés (30 %) et trouvaient encore plus difficile d'en parler (47 %). Une première raison qui peut expliquer cette réticence est la minimisation de la détresse dans la période postnatale. En ce sens, McCarthy et McMahon (2008) ont

interrogé des mères ayant consulté pour une dépression postpartum sur le processus les ayant amenées à rechercher de l'aide. Celles-ci ont notamment souligné ne pas avoir été en mesure de distinguer les symptômes de détresse vécus comme significativement différents de ce qui est normalement attendu en postpartum. Plusieurs études soulignent d'ailleurs que les mères, leur entourage ou les professionnels banalisent souvent les symptômes de détresse postnatale (Reay et al.; Sword et al., 2008; Ugarriza, 2004; Woolhouse et al., 2009). Le manque d'informations à l'égard des difficultés psychologiques en postpartum est en ce sens souvent cité comme cause de cette difficulté chez les mères et leur entourage à percevoir leur besoin d'aide (Flynn et al., 2010; Fonseca et al., 2015). Un deuxième obstacle attitudinal est à l'inverse la stigmatisation associée à la détresse en postpartum et la crainte associée d'être perçue comme une mère inadéquate (Flynn et al.; Gjerdingen et al., 2009; Goodman, 2009; McIntosh, 1993; Ugarriza). McCarthy et McMahon soulignent en ce sens que les mères souffrant de dépression étaient réticentes à reconnaître l'ampleur de leurs symptômes, ayant l'impression d'échouer en tant que mère en raison de ceux-ci. La crainte du jugement de certaines mères souffrant de dépression peut d'ailleurs engendrer une peur d'être hospitalisées ou que leur bébé leur soit enlevé (Gjerdingen et al.; Létourneau et al., 2007; Sword et al.). Fait intéressant, Woolhouse et al. soulignent que significativement plus de mères souffrant de symptômes anxieux en postpartum (25 %) que de mères souffrant de symptômes dépressifs (3 %) étaient réticentes à parler de leurs difficultés ou embarrassées à l'idée de chercher de l'aide. Les auteurs avancent que la population pourrait être mieux

sensibilisée à l'égard des symptômes dépressifs postnataux qu'à l'égard des symptômes anxieux, ce qui pourrait expliquer cet écart.

Obstacles quant à l'acceptabilité des traitements offerts

Des interventions offertes pour le traitement des difficultés postnatales peuvent également occasionner une réticence chez les nouvelles mères par leur nature en soi. Sword et al. (2008) soulignent en ce sens l'importance que les traitements offerts soient acceptables pour les nouvelles mères. Ils détaillent en nommant que les recommandations doivent sembler réalistes (p. ex., il peut sembler irréaliste pour une mère de sortir davantage lorsqu'elle a trois enfants) et en soulevant la réticence des nouvelles mères à l'égard de la pharmacothérapie. D'ailleurs, plusieurs mères qui allaitent leur bébé craignent les impacts potentiels de la prise de médication sur celui-ci (p. ex., Chisholm et al., 2004; Gjerdingen et al., 2009; Létourneau et al., 2007). Certaines mères craignent également que la médication puisse les rendre somnolentes et affecter leur capacité parentale (Turner, Sharp, Folkes, & Chew-Graham, 2008). En appui à l'importance de l'acceptabilité du traitement pour les nouvelles mères, Kim et al. (2010) soulignent que 31 % des mères qui n'ont pas donné suite aux références proposées percevaient que les traitements offerts ne répondaient pas à leurs besoins. Elles citent en exemple le besoin d'avoir une solution rapide plutôt qu'un suivi à long terme. Les traitements offerts n'ayant pas été détaillés, il demeure toutefois difficile de spécifier ce qui ne répondait pas aux besoins des nouvelles mères. Enfin, plusieurs auteurs soulignent que la problématique d'adhérence aux traitements en postpartum soulève des questions sur l'acceptabilité des

interventions offertes pour les nouvelles mères et suggèrent que davantage d'études devraient porter sur le sujet afin de s'assurer que les traitements répondent aux besoins et aux préférences de celles-ci (Dennis & Chung-Lee, 2006; Létourneau et al., 2007; Mahdi, Dembinsky, Bristow, & Slade, 2019).

En conclusion, on observe que la réalité des nouvelles mères engendre des besoins et des obstacles à la consultation qui leur sont propres et qui pourraient expliquer les problématiques d'adhérence aux traitements observés dans cette période. Il demeure cependant difficile de généraliser les résultats de ces études aux mères souffrant d'un TAG en postpartum. D'une part, plusieurs de ces études sont de nature qualitative, ce qui limite la généralisation de leurs résultats. D'une autre part, plusieurs études ont évalué indistinctement les freins à la consultation pendant la grossesse et le postpartum, ce qui ne permet pas de statuer avec certitude sur l'application de leurs conclusions dans la période postnatale seule. Enfin, la nette majorité des études se sont uniquement intéressées au point de vue des mères à l'égard des traitements des symptômes dépressifs, ce qui ne garantit pas la généralisation de leurs résultats chez les mères souffrant d'un TAG en postpartum. On peut cependant concevoir qu'il demeure pertinent de considérer les besoins, les obstacles et les préoccupations quant à l'acceptabilité des interventions mentionnés au travers des études en périnatalité dans le développement des traitements de cette problématique.

L'acceptabilité des traitements

Wolf (1978) a introduit le concept de l'acceptabilité des traitements par le biais de celui de la validité sociale, soit la valeur que la société accorde à un traitement en se basant sur l'importance des objectifs de celui-ci, la convenance des interventions qui le composent et la satisfaction à l'égard de ses résultats. L'auteur souligne d'abord la difficulté que représente l'enjeu de mesurer objectivement le jugement subjectif à l'égard des traitements pour la psychologie, une discipline qui souhaite ardemment rester une science pure. Il amène ensuite l'idée que le jugement subjectif sur un traitement ou sur ses résultats pourrait tout de même représenter sa caractéristique la plus importante. Il souligne en ce sens que, bien qu'un traitement puisse être efficace, son importance sociale sera moindre s'il n'est pas socialement valide puisqu'il sera moins probable que les gens y aient recours. L'acceptabilité est le concept introduit pour référer au caractère plus ou moins approprié des procédures qui composent le traitement. Wolf souligne que l'acceptabilité est importante d'un point de vue éthique, mais qu'elle serait aussi liée à l'efficacité et à l'adhérence au traitement. Kazdin (1980) a repris le concept d'acceptabilité de Wolf et l'a défini comme le jugement, par un bénéficiaire potentiel, d'un traitement comme étant plus ou moins approprié pour résoudre le problème, juste, raisonnable, intrusif et conforme avec sa conception de ce que devrait être un traitement. L'auteur a développé le *Treatment Evaluation Inventory* (TEI) afin d'avoir une mesure concrète qui permettrait de comparer l'acceptabilité de différentes interventions pour traiter les troubles de comportement chez les enfants. Il plaide l'importance de s'intéresser à l'acceptabilité, d'une part pour pouvoir mieux orienter les décisions cliniques lorsque plusieurs interventions efficaces existent

pour une même condition. D'une autre part, Kazdin souligne lui aussi qu'un traitement plus acceptable est plus susceptible d'être initié et complété par ses bénéficiaires potentiels. Il suggère que l'étude de l'acceptabilité des interventions pourrait permettre de cibler les variables qui l'affectent et de modifier les composantes des traitements afin de maximiser l'acceptabilité en tentant d'avoir le moins d'impacts possible sur l'efficacité des traitements. Considérant les problématiques d'initiation et d'adhérence aux traitements ainsi que les particularités de la réalité des nouvelles mères mentionnées plus tôt, s'intéresser à l'acceptabilité en contexte postnatal semble pertinent (Mahdi et al., 2019).

Plusieurs études ont été menées sur l'acceptabilité des traitements pour différentes problématiques (p. ex., voir les revues de Carter, 2007; Miltenberger, 1990). Elles indiquent généralement que les traitements les plus acceptables sont ceux qui sont moins intrusifs, génèrent moins d'effets secondaires et sont plus concis (Carter, 2007; Miltenberger, 1990). Parmi ces études, plusieurs auteurs s'intéressent à l'acceptabilité sans la conceptualiser (p. ex., Chabrol, Teissedre, Armitage, Danel et Walburg, 2004). On observe aussi que d'autres termes qui réfèrent à un aspect de l'acceptabilité sont utilisés de manière interchangeable avec celui-ci. On note en ce sens l'utilisation de la préférence (p. ex., Henshaw, Sabourin, & Warning, 2013), de la crédibilité (p. ex., Loughnan et al., 2019), de l'engagement (p. ex., Ashford et al., 2018; Loughnan et al.), de la convivialité (p. ex., Ashford et al.; Danaher et al., 2013) et de la satisfaction (p. ex., Coe et al., 2018; De Camps Meschino et al., 2016; Loughnan et al.; Segre, Stasik, O'Hara, & Arndt, 2010). Lorsque l'acceptabilité est définie, la conceptualisation de Kazdin a longtemps été la seule

utilisée en conjugaison avec le TEI (p. ex., Gaudreau, Landreville, Carmichael, Champagne, & Camateros, 2015) ou d'autres instruments de mesure (p. ex., Milosevic, Levy, Alcolado, & Radomsky, 2015). D'autres efforts de conceptualisation de l'acceptabilité ont émergé plus récemment. Dans le domaine des études d'implantation, Proctor et ses collaborateurs (2011) ont défini l'acceptabilité comme une mesure d'implantation qui renvoie à la perception d'un traitement comme plus ou moins agréable, admissible et satisfaisant par les parties prenantes (fournisseur du traitement et clients). L'acceptabilité semble donc ici se limiter à une dimension globale référant à l'attitude affective à l'égard du traitement. Contrairement à ce que propose le modèle de Kazdin, l'acceptabilité est dissociée de son caractère approprié pour résoudre le problème, qui est considéré comme une autre mesure d'implantation. Les auteurs soulignent aussi le besoin de créer un outil de mesure validé pour évaluer l'acceptabilité selon leur conception. Dans le domaine des interventions en santé, Sekhon, Cartwright et Francis (2017) ont élaboré un modèle multifacette de l'acceptabilité composé de sept construits : l'attitude affective, l'effort, le caractère éthique, la cohérence de l'intervention, le coût, l'efficacité perçue et la croyance en sa capacité de changement. Les auteurs apportent également l'idée que l'acceptabilité peut être évaluée selon deux perspectives temporelles, la prospective (avant de bénéficier d'une intervention) et la rétrospective (après avoir bénéficié d'une intervention). L'acceptabilité est aussi amenée comme un élément à évaluer auprès des fournisseurs et des bénéficiaires d'une intervention. Le modèle de Sekhon et al. est exhaustif et découle d'un effort de théorisation rigoureux à partir de la littérature sur l'acceptabilité. Toutefois, bien que les auteurs aient annoncé qu'un questionnaire

quantitatif et qu'un canevas d'entrevue qualitatif seraient publiés prochainement, aucun instrument de mesure n'a découlé de cette conceptualisation à notre connaissance. Seules quelques études ont utilisé ce modèle comme cadre conceptuel d'analyse de données qualitatives concernant l'acceptabilité (p. ex., Sekhon et al., 2021). La définition de Kazdin (1980) ressort comme étant la seule conceptualisation à la fois multifacette, utilisée dans de nombreuses études et associée à un instrument de mesure. Elle sera donc retenue pour la présente thèse. Par souci de simplification, le terme acceptabilité sera utilisé indistinctement tout au long du texte.

Méthodes des études d'acceptabilité

Non seulement l'acceptabilité peut être définie de différentes façons, celle-ci a également été étudiée à l'aide de méthodes diverses (voir Carter, 2007; Foster & Mash, 1999; Miltenberger, 1990). Ces méthodes peuvent se diviser en deux catégories en fonction de la perspective temporelle introduite par Sekhon et ses collaborateurs (2017), soit les études prospectives et les études rétrospectives. Parmi les méthodes prospectives, l'étude analogue, consiste à présenter une vignette clinique, un traitement disponible pour les symptômes et à interroger par la suite le lecteur sur l'acceptabilité de l'intervention pour traiter la problématique présentée (p. ex., Gaudreau et al., 2015). L'étude analogue permet de présenter plusieurs traitements pour comparer leur acceptabilité et de présenter plusieurs vignettes cliniques afin d'observer si l'acceptabilité des traitements varie en fonction de la problématique ou de caractéristiques du bénéficiaire (p. ex., la sévérité des symptômes). L'utilisation de vignettes cliniques permet de recueillir le point de vue de

potentiels bénéficiaires d'un traitement et, donc, autant celui des personnes enclines à s'engager dans un traitement que celui des personnes réticentes à son utilisation. Cette méthode offre donc plus facilement l'occasion de discerner les obstacles à l'utilisation d'un traitement. Toutefois, on note que la validité écologique est limitée puisqu'il est difficile de déterminer les informations dont les bénéficiaires d'un potentiel traitement auraient disposé sur celui-ci et il est donc possible que les descriptions des traitements induisent des biais dans l'évaluation de l'acceptabilité de ceux-ci. Il est aussi difficile de déterminer si le jugement d'un bénéficiaire serait différent s'il avait effectivement à s'engager dans le traitement plutôt que de simplement en juger l'acceptabilité pour traiter une problématique dont il ne souffre pas nécessairement. Pour pallier ce dernier biais, certaines études demandent plutôt à leurs participants de s'imaginer souffrir des symptômes décrits dans la vignette et d'évaluer l'acceptabilité de traitements s'ils devaient en bénéficier (p. ex., Bodnar-Deren, Benn, Balbierz, & Howell, 2017; Chabrol et al., 2004). Il peut cependant être difficile de s'imaginer ressentir des symptômes précis et rien n'assure que les résultats se généralisent à la population clinique. D'une part, des traitements perçus peu acceptables pourraient l'être davantage si la personne souffrait réellement et qu'elle recherchait désespérément une solution. D'une autre part, il est aussi possible que l'acceptabilité d'un traitement puisse être influencée par les vulnérabilités psychologiques liées à un trouble. Par exemple, Botella et al. (2009) ont étudié l'acceptabilité d'un auto-traitement sur Internet pour la crainte de parler en public. Les croyances négatives à propos de sa capacité à parler en public, le niveau de crainte et d'évitement de la prise de parole et l'impact des difficultés sur les relations sociales étaient

tous liés à une confiance moindre à l'égard du traitement. Compte tenu des limites des études analogues et de celles invitant les participants à s'imaginer souffrir de symptômes, certaines études ont plutôt étudié l'acceptabilité des interventions auprès de la population clinique directement (p. ex., Henshaw et al., 2013; Patel & Wisner, 2011; Pearlstein et al., 2006). Bien que leurs résultats présentent une plus grande validité écologique, l'utilisation d'une population clinique réduit souvent la taille des échantillons ce qui limite la généralisation des résultats.

La méthode prospective, souvent nommée étude clinique, consiste plutôt à administrer le traitement au participant et à l'interroger sur sa perception de celui-ci après qu'il en ait bénéficié (p. ex., Brandon et al., 2012; Coe et al., 2018). En plus du jugement des participants, ces études tendent également à considérer l'adhérence au traitement comme une mesure de son acceptabilité. Bien que cette procédure présente une bonne validité écologique, des biais y sont également imputables. Le plus important provient sans doute du fait que l'acceptabilité est évaluée chez les patients ayant complété le traitement, soit fort probablement auprès des bénéficiaires potentiels qui en ont une perception assez positive. Elle ne permet pas de nuancer la perception des potentiels bénéficiaires du traitement en collectant le point de vue de ceux qui n'ont pas été intéressés par le traitement ou de ceux qui l'ont abandonné. De plus, l'évaluation de l'acceptabilité d'un traitement après en avoir bénéficié est souvent reliée aux bénéfices que le patient perçoit en avoir retiré. En ce sens, Botella et al. (2009) soulignent une satisfaction plus élevée à l'égard du traitement chez les participants qui présentaient de plus grands changements entre les mesures cliniques pré et post-traitement. La satisfaction à l'égard du traitement

peut aussi avoir été biaisée par d'autres facteurs entourant celui-ci comme la perception de son thérapeute. Enfin, l'évaluation de l'acceptabilité post-traitement ne permet pas de comparer l'acceptabilité de plusieurs traitements pour une problématique donnée.

La mesure de l'acceptabilité varie aussi d'une étude à l'autre. Plusieurs auteurs évaluent l'acceptabilité à l'aide d'échelles de mesure quantitatives. En ce sens, on dénote plusieurs outils d'évaluation de l'acceptabilité dont l'utilisation est répandue tels que le *Treatment Evaluation Inventory* (Kazdin, 1980), le *Intervention Rating Profile* (Witt & Martens, 1983) et le *Client Satisfaction Questionnaire* (Larsen, Attkison, Hargreaves, & Nguyen, 1979). On note cependant que le *Treatment Evaluation Inventory* est parmi les plus populaires pour l'évaluation de l'acceptabilité à l'aide de vignettes cliniques et qu'il est considéré comme ayant une bonne validité apparente (Carter, 2007; Foster & Mash, 1999). Bien que plusieurs études en périnatalité aient utilisé des questionnaires connus (p. ex., Loughnan et al., 2019; Tsivos, Calam, Sanders, & Wittkowski, 2015), certaines études ont plutôt créé des échelles de mesure maison (p. ex., Chabrol et al., 2004; Coe et al., 2018). Il est possible que la création d'outils permette de mieux cibler les dimensions de l'acceptabilité que les auteurs jugent pertinentes, mais l'utilisation d'échelles de mesure répandues peut permettre de faire plus facilement des comparatifs entre les résultats de différentes études. Bien que les échelles de mesure connues présentent souvent l'avantage d'avoir des études qui soutiennent leur validité et leur fidélité, il semble qu'autant les échelles de mesures répandues que les échelles maison n'aient pas été standardisées. Elles ne permettent donc pas de qualifier l'acceptabilité d'un traitement uniquement à partir des résultats obtenus aux tests, mais peuvent permettre de comparer l'acceptabilité de

traitements entre eux. Certains auteurs ont plutôt évalué l'acceptabilité en demandant d'effectuer un choix entre les traitements disponibles (p. ex., Henshaw et al., 2013; Patel & Wisner, 2011; Pearlstein et al., 2006) ou en demandant si le participant s'investirait dans un traitement ou non (p. ex., Bodnar-Deren et al., 2017). Il est à noter que des études d'acceptabilité qui ne s'intéressent pas à la période périnatale ont aussi demandé de classer des interventions en ordre de préférence (p. ex., Tarrier, Liversidge, & Gregg, 2006). Ces méthodes ont l'avantage d'être plus succinctes, mais elles offrent moins de renseignements sur l'écart entre les niveaux d'acceptabilité des différentes interventions (certains traitements étant possiblement presque aussi acceptables alors que d'autres non) et sur les aspects des interventions qui peuvent influencer l'acceptabilité. Enfin, des auteurs documentent plutôt l'acceptabilité à l'aide d'entrevues qualitatives (p. ex., Brandon et al., 2012; Goodman, Guarino, & Prager, 2013; Pugh, Hadjistavropoulos, Hampton, Bowen, & Williams, 2015). Cette méthode permet généralement d'obtenir plus d'informations sur les facteurs influençant l'acceptabilité d'un traitement. Elle demande toutefois plus d'investissement de la part des participants et est souvent menée auprès d'un plus petit échantillon, ce qui limite la généralisation des résultats. Elle permet aussi difficilement de comparer l'acceptabilité de plusieurs traitements entre eux. Il est intéressant de noter qu'en raison des limites des différents instruments de mesure, plusieurs études ont combiné l'utilisation des instruments. On observe en ce sens qu'Ashford et al. (2018) ont utilisé des questionnaires répandus, en ont créé de nouveaux et ont recueilli des données qualitatives sur l'acceptabilité. La combinaison d'un instrument de mesure quantitatif à une entrevue qualitative est d'ailleurs assez fréquente

(p. ex., Brandon et al., 2012; Danaher et al., 2013; De Camps Meschino et al., 2016; Postmontier, Neugebauer, Stuart, Chittams, & Shaghnessy, 2016; Rowe et al., 2014; Segre et al., 2010).

Les études sur l'acceptabilité diffèrent aussi en ce qui concerne le volume d'informations fourni sur les traitements. Certaines études utilisent des descriptions plus ou moins détaillées (p. ex., Chabrol et al., 2004; Pearlstein et al., 2006) alors que d'autres études ne font plutôt que les nommer (p. ex., Henshaw et al., 2013; Patel & Wisner, 2011). Il est possible que de fournir une description soit plus valide écologiquement puisqu'il est fort probable qu'un patient potentiel reçoive un minimum d'informations sur le traitement dont il pourrait bénéficier. En effet, les gens peuvent trouver de l'information auprès de ressources diverses (p. ex., Internet). Les professionnels sont aussi tenus de fournir des informations sur les traitements qu'ils administrent lors de l'obtention du consentement du patient. L'utilisation de descriptions permet également de minimiser les biais que le niveau de connaissance ou les préjugés par rapport à un traitement peuvent avoir sur son acceptabilité. Les descriptions des traitements peuvent toutefois aussi biaiser les résultats, notamment si elles ne sont pas équilibrées en termes d'avantages et d'inconvénients. De plus, on ne peut s'assurer de fournir uniquement les informations auxquelles l'individu aurait eu accès dans le réel.

En conclusion, l'évaluation de l'acceptabilité des traitements peut être faite à l'aide de méthodes variées, permettant d'obtenir des informations diverses et parfois biaisées. Des méthodes peuvent toutefois s'avérer complémentaires pour répondre aux objectifs des

études dépendamment des informations recherchées, de la diversité des traitements ou modalités à évaluer et de la quantité de participants visée.

L'acceptabilité des traitements pendant la période périnatale

Un ensemble d'études en postpartum ou en périnatalité ont comparé l'acceptabilité de diverses interventions entre elles ou ont étudié l'efficacité d'interventions tout en s'intéressant à leur acceptabilité. Toutefois, peu d'études se sont intéressées à l'acceptabilité des traitements pour l'anxiété postnatale ou le TAG en postpartum. Les recherches concernant l'acceptabilité des traitements pour la dépression postnatale seront donc aussi considérées. Un résumé de ces études est présenté dans le Tableau 1 (voir Appendice A).

On observe d'abord que les auteurs évaluent l'acceptabilité de différentes interventions pour le traitement des difficultés postnatales, psychologiques ou non. En ce sens, des études ont comparé l'acceptabilité de la médication à celle de la psychothérapie ou à la combinaison des deux (voir Appendice A, Tableau 1, section 1; Chabrol et al., 2004; Patel & Wisner, 2011; Pearlstein et al., 2006). Il en ressort généralement que la psychothérapie ou le traitement combiné sont plus acceptables que la médication seule. La psychothérapie a aussi été comparée à d'autres options, telles l'utilisation de produits naturels ou l'entretien avec un ministre du culte, et apparaît l'intervention la plus acceptable (voir Appendice A, Tableau 1, section 1; Bodnar-Deren et al., 2017). Par ailleurs, des études ont porté sur l'acceptabilité de diverses interventions combinant la psychothérapie à

d'autres types d'interventions, comme l'intervention dyadique sur la relation mère-enfant ou l'entraînement aux habiletés parentales (voir Appendice A, Tableau 1, section 2). Ces études présentent généralement une acceptabilité élevée, telle qu'indiquée par l'adhérence ou la satisfaction à l'égard du traitement. Enfin, des études ont aussi porté sur l'acceptabilité d'interventions uniquement de nature psychologique et démontrent généralement aussi une acceptabilité élevée (voir Appendice A, Tableau 1, sections 3). La psychothérapie, seule ou en combinaison avec d'autres interventions, semble donc acceptable pour le traitement des difficultés périnatales.

Il est intéressant de noter que les études ont investigué l'acceptabilité de psychothérapies issues de plusieurs approches thérapeutiques. En ce sens, on note des interventions issues de la thérapie interpersonnelle, de la thérapie centrée sur les émotions, de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience et de la TCC (voir Appendice A, Tableau 1, sections 2 à 4). L'ensemble de ces études révèle une bonne acceptabilité de leur intervention. Toutefois, aucune étude ne compare l'acceptabilité des interventions issues de différentes approches entre elles, ce qui ne nous renseigne pas sur l'approche thérapeutique qui pourrait être la plus acceptable auprès des nouvelles mères.

De plus, on observe que les interventions psychothérapeutiques évaluées ne diffèrent pas uniquement entre elles en termes d'approche thérapeutique, mais aussi par les stratégies qu'elles utilisent. Ainsi, deux interventions issues de la même approche thérapeutique ne recourent pas nécessairement aux mêmes stratégies. À titre d'exemple, l'étude de Coe et al. (2018) visait le traitement des symptômes dépressifs et anxieux en

postpartum par la combinaison d'interventions sur la dyade mère-enfant et d'interventions issues de la TCC. De la TCC, la psychoéducation, la restructuration cognitive et l'entraînement à l'affirmation ont été utilisés. En comparaison, l'étude de Loughnan et al. (2019) visait elle aussi le traitement des symptômes dépressifs et anxieux, mais par le biais d'un auto-traitement basé sur les principes de la TCC. Leur traitement était aussi composé de psychoéducation, de restructuration cognitive et d'entraînement à l'affirmation, mais il incluait également l'entraînement à la relaxation, la résolution de problèmes et l'exposition. Ainsi, les traitements offerts aux nouvelles mères peuvent être composés de différentes stratégies thérapeutiques qui ne sont pas nécessairement équivalentes en termes d'acceptabilité. Cependant, aucune étude n'ayant comparé l'acceptabilité des différentes stratégies de traitement entre elles, il n'est pas possible de discerner celles qui sont les plus acceptables pour les nouvelles mères.

Par ailleurs, les études ont aussi utilisé différentes modalités thérapeutiques auprès des nouvelles mères. En ce sens, des auteurs ont offert des thérapies individuelles (p. ex., Goodman et al., 2013; Postmontier et al., 2016; Tsivos et al., 2015), tandis que d'autres ont offert des thérapies en groupe (p. ex., De Camps Meschino et al., 2016) ou une thérapie en groupe avec une rencontre individuelle avant et après le traitement (p. ex., Coe et al., 2018; Reay, Fisher, Robertson, Adams, & Owen, 2006). Ces études présentent généralement toutes une bonne acceptabilité, ce qui ne permet pas de statuer sur la modalité qui semble la plus acceptable chez les nouvelles mères. L'étude de Goodman (2009), qui a comparé l'acceptabilité de plusieurs options pour le traitement de la dépression périnatale auprès de mères enceintes, apporte toutefois un éclairage à cet effet.

Elle suggère que la thérapie individuelle est l'option la plus acceptable, notamment en comparaison avec la thérapie en groupe.

Dans un autre ordre d'idées, les études n'accordent pas toutes la même place au partenaire dans le traitement. Le partenaire est souvent exclu du traitement (p. ex., Goodman et al.; Postmontier et al.), mais il est aussi parfois invité à participer à une séance avec sa conjointe (p. ex., Coe et al.), à participer à une séance pour les partenaires (p. ex., Reay et al.) ou à assister à l'entièreté du traitement (p. ex., Brandon et al., 2012). L'étude de Goodman souligne que la thérapie individuelle est plus acceptable que la thérapie de couple ou familiale pour le traitement de la dépression périnatale. On pourrait y voir une indication que les mères souhaitent avoir une thérapie axée sur le traitement de leurs symptômes plutôt que sur leurs difficultés conjugales ou familiales. Néanmoins, les mères pourraient souhaiter obtenir le soutien de leur conjoint sans désirer que la relation de couple soit au centre du traitement, ce que l'acceptabilité des interventions ayant inclus le partenaire appuie. Aucune étude n'a cependant comparé l'acceptabilité des différentes modalités de participation du conjoint entre elles, ce qui ne permet pas de statuer sur la modalité la plus acceptable à ce niveau chez les nouvelles mères.

Enfin, les études diffèrent aussi quant à la modalité utilisée pour administrer la psychothérapie. Des chercheurs ont demandé aux mères de se déplacer au bureau du professionnel ou dans une salle de thérapie de groupe (p. ex., Brandon et al.; Coe et al.), ce qui renvoie à un format de thérapie classique. D'autres études ont toutefois utilisé des modalités d'administration de traitement plus innovatrices, telles que la thérapie à

domicile (p. ex., Goodman et al.; Segre et al., 2010, Tsivos et al.), la téléthérapie (p. ex., Postmontier et al.; Yang, Vigod, & Hensel, 2019) ou l'auto-traitement (voir Tableau 1, section 4). En ce qui a trait à la thérapie à domicile, dans l'entrevue qualitative ayant suivi des rencontres d'écoute active à domicile pour le traitement de leur dépression postpartum, les mères mentionnent qu'elles n'auraient pas souhaité changer le lieu des rencontres (Segre et al.), ce qui suggère l'acceptabilité de cette modalité. Pour ce qui est de la téléthérapie, l'étude de Postmontier et al. souligne que les mères ayant bénéficié de séances téléphoniques pour le traitement de leur dépression postnatale considèrent que cette modalité a atténué les barrières à la consultation (notamment en ce qui a trait au transport et à la crainte d'être stigmatisée). Dans le même ordre d'idées, Yang et al. rapportent que les mères ayant eu l'option d'avoir des rencontres en visioconférence ont considéré que cette modalité leur a permis d'être présentes à un plus grand nombre de séances, de réduire les coûts associés à la thérapie (pour le transport ou le gardiennage) et le temps à lui attribuer (en raison du transport). Ces études suggèrent donc l'acceptabilité de la téléthérapie comme modalité de traitement chez les nouvelles mères. En ce qui concerne l'auto-traitement, les commentaires sont plus mitigés. Les études soulignent ses avantages en termes d'accessibilité, de flexibilité et d'anonymat, mais aussi la difficulté de maintenir son engagement à l'égard de cette modalité de suivi (voir Ashford et al., 2018; O'Mahen et al., 2015; Pugh et al., 2015). La perception de manquer de soutien a également été soulevée lorsqu'il n'y avait pas de soutien thérapeutique associé à l'auto-traitement (O'Mahen et al., 2015). Loughnan et al. (2019) rapportent tout de même que la majorité de leur échantillon préférerait recevoir de l'aide via un auto-traitement en ligne

plutôt qu'une thérapie classique. Leurs résultats pourraient toutefois être biaisés puisqu'ils ont été recueillis auprès d'un échantillon de mères qui se sont portées volontaires afin de recevoir un auto-traitement pour leurs symptômes anxieux et dépressifs, donc potentiellement des mères plus favorables à cette modalité. Quelques chercheurs ont comparé directement l'acceptabilité de différentes modalités d'administration des traitements entre elles. Chabrol et al. (2004) ont comparé l'acceptabilité de la thérapie classique à celle de la thérapie à domicile pour le traitement de la dépression postnatale auprès d'une population non clinique de nouvelles mères. L'acceptabilité ne différait pas de manière significative entre les deux modalités. L'étude de Goodman souligne quant à elle que la thérapie individuelle est plus acceptable que le soutien téléphonique, le soutien en ligne et l'auto-traitement. Pour sa part, l'étude de Henshaw et al. (2013) a investigué l'acceptabilité de différents lieux de traitement auprès de mères en périnatalité souffrant de symptômes anxieux ou dépressifs. Elle rapporte une plus grande acceptabilité de la thérapie dans une clinique de santé mentale suivie de la thérapie dans un centre médical, à la maison (ces deux dernières modalités ayant une acceptabilité équivalente), dans un lieu de culte, au téléphone ou en ligne. En somme, ces études orientent vers une plus grande acceptabilité de la thérapie classique et de la thérapie à domicile en comparaison à la téléthérapie. Les indices demeurent toutefois contradictoires en ce qui a trait à l'acceptabilité de l'auto-traitement, considérée tantôt comme plus acceptable que la thérapie classique (Loughnan et al.) et tantôt moins acceptable (Goodman). Ainsi, peu d'études permettent de statuer sur l'acceptabilité des modalités de traitement auprès des nouvelles mères.

De rares études ont aussi investigué les liens potentiels entre des variables sociodémographiques et cliniques et l'acceptabilité des traitements en périnatalité. L'étude de Bodnar-Deren et al. (2017) visait explicitement à discerner les liens entre l'origine ethnique (caucasienne ou afro-américaine) et l'acceptabilité de traitements pour la dépression postnatale chez les nouvelles mères. Elle a confirmé que l'acceptabilité des traitements diffère selon l'origine ethnique, mais aussi selon l'impression que les traitements sont stigmatisés, le statut conjugal, l'accès à des assurances et la confiance à l'égard du système de santé. Chabrol et al. (2004) ont pour leur part investigué l'influence du fait de fournir des informations sur la transmission des antidépresseurs au bébé via le lait maternel sur l'acceptabilité de la psychothérapie et de la pharmacothérapie pour le traitement de la dépression postnatale. Ils soulignent que de transmettre ces informations affecte négativement l'acceptabilité de la pharmacothérapie et positivement l'acceptabilité de la psychothérapie. Pearlstein et al. (2006) ont dans le même ordre d'idées vérifié si les mères qui avaient choisi un traitement non pharmacologique différaient de celles qui avaient choisi un traitement pharmacologique ou combiné pour le traitement de leur dépression postpartum. Ils soulignent que les mères qui allaitaient choisissaient plus souvent une option non pharmacologique que leurs homologues. Ils notent aussi que les mères ayant un historique d'épisodes dépressifs antérieurs tendaient à choisir davantage un traitement incluant une option pharmacologique. L'étude de Goodman a quant à elle souligné que l'acceptabilité de la thérapie individuelle était liée positivement au fait d'avoir déjà eu recours à une aide non pharmacologique pour des problèmes de santé mentale, à une absence d'historique d'abus physique et à une sévérité

de symptômes dépressifs plus légère. L'acceptabilité de la thérapie de groupe était pour sa part liée négativement à la présence de symptômes anxieux. L'acceptabilité de la pharmacothérapie pendant la grossesse et pendant l'allaitement était liée positivement à un historique de prise de médication pour des problèmes de santé mentale et à des symptômes dépressifs plus légers. Enfin, l'étude d'Ashford, Ayers et Olander (2017) souligne que les mères qui ont consulté des livres d'auto-traitement ou des sites Internet concernant la santé mentale sont davantage intéressées à recevoir un auto-traitement en ligne pour leurs symptômes d'anxiété postnataux. Elle dénote aussi que les mères qui ont un plus haut niveau d'éducation et qui perçoivent que leurs amis sont plus aidant sont davantage intéressées à recevoir un auto-traitement en ligne sans soutien de la part d'un thérapeute. Ainsi, l'éducation, le statut conjugal, l'origine ethnique, l'accès à des assurances, un historique d'abus physique, l'historique de santé mentale, l'expérience antérieure d'un traitement, la présence et la sévérité des symptômes psychologiques actuels, le soutien perçu de l'entourage, le fait d'allaiter ou non, la connaissance de la transmission des antidépresseurs via le lait maternel, les stigmas perçus comme entourant les traitements et la confiance à l'égard du système de santé sont des variables qui semblent liées à l'acceptabilité des traitements en périnatalité.

En conclusion, bien que ces études indiquent que diverses interventions psychologiques semblent acceptables pour traiter les symptômes de détresse psychologique périnatale, elles présentent des limites importantes. Notons d'abord que les études en périnatalité offrent un portrait limité de l'acceptabilité des traitements. Diverses études auprès de la population générale soulignent que les approches psychologiques ne

sont pas équivalentes en termes d'acceptabilité (p. ex., Banken & Wilson, 1992; Mohlman, 2012), ce qui n'a pas été étudié en période postnatale. De plus, des études auprès de la population générale soulignent que les stratégies de traitement ne présentent pas toutes la même acceptabilité entre elles, ce qui n'a pas non plus été étudié en périnatalité. Par exemple, Tarrier et al. (2006) ont évalué l'acceptabilité de différentes approches, stratégies et modalités de traitement du trouble de stress post-traumatique chez une population non clinique. Ils ressortent que les stratégies les plus acceptables en ordre décroissant étaient la restructuration cognitive, la restructuration cognitive combinée à l'exposition, l'exposition cognitive, la psychoéducation et l'exposition in vivo. Smith, Norton et McLean (2013) ont quant à eux évalué la satisfaction à l'égard de composantes d'une thérapie de groupe transdiagnostique pour les troubles anxieux, dont les stratégies de traitement. La restructuration cognitive était jugée significativement plus aidante que la restructuration cognitive en devoirs et l'exposition in vivo (en séance ou en devoir). Pour sa part, le caractère aidant de la psychoéducation ne différait pas de celui la restructuration cognitive (en séance ou en devoir) et de l'exposition in vivo (en séance ou en devoir). Ainsi, l'acceptabilité des stratégies thérapeutiques en période périnatale gagnerait à être investiguée. Par ailleurs, bien que quelques études comparatives aient été menées en ce qui a trait aux modalités de traitement des difficultés périnatales, celles-ci demeurent peu nombreuses. Elles confondent aussi parfois l'acceptabilité de stratégies et de modalités de traitement, ce qui peut rendre difficile l'interprétation de leurs résultats. Par exemple, l'étude de Goodman (2009) compare l'acceptabilité de stratégies de traitement (psychoéducation) avec celle de modalités de traitement, qui ne sont d'ailleurs

parfois pas mutuellement exclusives entre elles (p. ex., thérapie individuelle et soutien par téléphone). Il serait donc aussi important que des études investigent de manière plus systématique l'acceptabilité des modalités de traitement en postpartum. Notons enfin que peu d'études ont évalué les liens entre des variables sociodémographiques et cliniques et l'acceptabilité des traitements en périnatalité. En ce sens, des variables ayant été soulignées comme liées à l'acceptabilité dans des études sur l'acceptabilité des traitements dans la population générale, telles que l'âge (Landreville, Landry, Baillargeon, Guérette, & Matteau, 2001; Mohlman, 2012), la perception des expériences antérieures de traitement (Tarrier et al.), les vulnérabilités psychologiques sous-jacentes à un trouble (Botella et al., 2009) ou les symptômes psychologiques comorbides (Zoellner, Feeny, & Bittinger, 2009), n'ont pas été étudiées en périnatalité. En somme, les études sur l'acceptabilité des traitements en périnatalité gagneraient à évaluer de manière plus systématique l'acceptabilité des approches, des stratégies et des modalités thérapeutiques ainsi que leurs liens avec des variables sociodémographiques et cliniques pertinentes dans le domaine de l'acceptabilité.

Il faut aussi noter que la majorité des études répertoriées en périnatalité ont évalué l'acceptabilité de manière rétrospective (soit 15 des 22 études). Bien que cette méthode permette d'accéder à l'acceptabilité perçue en fonction de l'expérience des nouvelles mères, elle n'offre pas le point de vue des mères qui hésitent à s'engager dans un traitement. Cette méthode de mesure de l'acceptabilité est aussi sujette à des biais importants. En premier lieu, le recours à des échantillons de petites tailles limite la généralisation des résultats. En deuxième lieu, ces études rapportent souvent uniquement

le point de vue des mères intéressées à s'engager dans un traitement et l'ayant mené à bout en écartant potentiellement le point de vue des mères plus réticentes ou insatisfaites à l'égard du traitement. En troisième lieu, cette méthode ne permet pas non plus de comparer l'acceptabilité de différentes approches, stratégies ou modalités de traitement entre elles. Notons également que des études ont été effectuées auprès de mères enceintes ou d'un échantillon mixte de mères enceintes et en postpartum. Leurs conclusions ne se généralisent donc pas nécessairement auprès des mères en période postnatale. Enfin, la majorité des études se sont intéressées à l'acceptabilité des traitements pour les symptômes dépressifs. La dépression et l'anxiété étant deux problématiques différentes dont les traitements divergent, il est possible que les conclusions de ces études ne se généralisent pas aux traitements de l'anxiété ou du TAG en postpartum. Ainsi, on observe que les études sur l'acceptabilité des traitements en périnatalité présentent des lacunes importantes, surtout en ce qui concerne l'acceptabilité des traitements du TAG postnatal.

Objectifs de recherche, hypothèses et introduction des articles scientifiques

L'objectif global de la présente thèse est de documenter l'acceptabilité des traitements psychologiques du TAG en postpartum. Pour y répondre, deux articles scientifiques avec des objectifs distincts, mais complémentaires, sont proposés.

Premier article : Choinière, M., Gosselin, P., Landreville, P., & Brault-Labbé, A. (2021). *Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en*

postpartum partie 1 : la thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement. Manuscrit soumis pour publication.

Le premier article de la thèse vise d'abord l'exploration de l'acceptabilité de la TCC pour le traitement du TAG en postpartum, soit l'approche psychologique dont l'efficacité bénéficie d'un soutien empirique plus large dans les études de traitement des symptômes anxieux en postpartum. Il vise ensuite la documentation et la comparaison de l'acceptabilité de différentes stratégies de traitement issues de la TCC qui sont couramment utilisées dans les études de traitement des symptômes anxieux en postpartum, soit la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'exposition in vivo, l'exposition cognitive, l'activation comportementale, la résolution de problèmes, l'entraînement à l'affirmation et aux habiletés sociales et les devoirs. Enfin, l'article vise l'exploration des liens entre l'acceptabilité et des variables sociodémographiques et cliniques jugées pertinentes. Ces variables regroupent d'abord celles qui présentent un lien avec l'acceptabilité selon la littérature. Ensuite, des variables obstétriques ayant été jugées comme potentiellement liées à l'acceptabilité ont aussi été étudiées (p. ex., la primiparité). Enfin, comme la sévérité des symptômes et la présence de vulnérabilités psychologiques associées à un trouble ont été répertoriées comme liées à l'acceptabilité, des variables ont été choisies pour étudier les liens avec la sévérité des symptômes du TAG et des vulnérabilités psychologiques qui y sont associées. Les hypothèses avancées en fonction de ce qui a été observé dans la littérature sur l'acceptabilité sont les suivantes : (a) la TCC sera au minimum modérément acceptable, (b) la restructuration cognitive, la psychoéducation, l'activation comportementale et la résolution de problèmes seront

jugées plus acceptables que l'exposition (cognitive ou in vivo) et l'entraînement à l'affirmation et (c) l'utilisation des devoirs sera la stratégie la moins acceptable. Aucune hypothèse n'est avancée sur les liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques, la littérature sur le sujet étant limitée et présentant des résultats parfois contradictoires.

Deuxième article : Choinière, M., Gosselin, P., Brault-Labbé, A., & Landreville, P. (2021). *Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 2 : modalités d'application thérapeutique*. Manuscrit soumis pour publication.

Le deuxième article de la présente thèse a pour objectif général l'étude de l'acceptabilité des modalités de traitement du TAG en postpartum. Spécifiquement, il vise (1) la comparaison de l'acceptabilité de la thérapie individuelle à celle de la thérapie de groupe, (2) la comparaison de l'acceptabilité d'inclure le partenaire dans la thérapie à celle de l'exclure, (3) la comparaison de l'acceptabilité de différentes modalités d'administration de traitement (soit l'auto-traitement, la thérapie à domicile, la téléthérapie et la thérapie classique), (4) la documentation de l'acceptabilité d'autres modalités thérapeutiques (soit le nombre de rencontres, leur durée, leur fréquence, le moment où celles-ci ont lieu et les manières de prendre soin du bébé pendant celles-ci) et (5) l'exploration des liens entre l'acceptabilité des modalités de traitement et des variables sociodémographiques et cliniques jugées pertinentes. Les variables ciblées regroupent les mêmes qui ont été sélectionnées dans le premier article. La littérature concernant les modalités de traitement étant très restreinte, l'étude demeure exploratoire en ce qui a trait

à l'acceptabilité de la thérapie individuelle en comparaison à celle en groupe, l'acceptabilité de l'auto-traitement en comparaison avec les autres modalités d'administration des traitements, l'acceptabilité des éléments de format de la thérapie et les liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques. Les hypothèses suivantes sont toutefois émises : a) il est attendu que l'inclusion du partenaire dans la thérapie sera jugée plus acceptable que son exclusion de celle-ci; b) il est aussi prévu que la thérapie classique et la thérapie à domicile soient perçues comme plus acceptables que la téléthérapie.

Ces deux articles s'inscrivent dans un courant de recherche émergent d'études de traitement pour les difficultés postnatales. Plusieurs auteurs tentent d'adapter de diverses façons les thérapies aux particularités et aux défis que posent la consultation chez les nouvelles mères. Devant la quantité d'études qui promeuvent des solutions à ces difficultés, il devient difficile de discerner la forme de traitement à privilégier auprès de cette population. La présente thèse vient apporter pour la première fois un éclairage inédit pour départager ces études en introduisant la mesure de l'acceptabilité de plusieurs aspects des interventions auprès de nouvelles mères. Le premier article permet une compréhension de manière détaillée de l'acceptabilité de l'approche et des stratégies d'intervention. Il est novateur dans sa manière de décortiquer la thérapie en composantes qui peuvent favoriser ou nuire à l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum. Le deuxième article vient quant à lui compléter le premier en documentant l'acceptabilité de plusieurs modalités d'application des thérapies de manière systématique. Il présente une rigueur dans le soin d'effectuer des comparaisons sur une multitude d'aspects de la thérapie qui sont

mutuellement exclusifs entre eux. Les deux articles se combinent ensuite pour permettre aux cliniciens et aux chercheurs de discerner les aspects du traitement qui semblent les plus et les moins acceptables pour le traitement du TAG en postpartum chez les nouvelles mères, autant en ce qui a trait aux éléments qui le composent qu'à la manière dont le traitement est proposé. Les deux articles prennent aussi le soin de cibler les variables sociodémographiques et cliniques liées à l'acceptabilité, ce qui permet d'apporter des nuances encore plus fines quant à la compréhension de l'acceptabilité des traitements du TAG chez les nouvelles mères. Ensemble, ces articles offrent donc un portrait détaillé de l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum et des variables qui y sont liées. Les articles sont présentés dans leur format original de soumission pour publication dans les sections suivantes.

Premier article

Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 1 : la
thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement

Avant-propos

Le premier article de cette thèse a été soumis pour publication à la Revue européenne de psychologie appliquée. L'article a été soumis en ligne via Editorial Manager® le 18 juin 2021, tel qu'indiqué dans la preuve de soumission (voir Appendice B). Les contributions respectives de chaque auteur sont clarifiées dans l'Appendice C.

**Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 1 :
la thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement**
**Treatment acceptability of postpartum generalized anxiety disorder part 1 : Cognitive
behavioral therapy and its clinical strategies**

Malya Choinière¹, Patrick Gosselin¹, Philippe Landreville² et Anne Brault-Labbé¹

¹Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

²École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

Note d'auteur

Malya Choinière a bénéficié d'une bourse des fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) pendant une partie de la réalisation de l'étude. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Malya Choinière, Ph.D. Cand., Département de psychologie, Université de Sherbrooke.

Résumé

Introduction: Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est répandu en postpartum, mais peu d'études ont porté sur son traitement. Celles l'ayant fait ont des limites et soulignent une faible adhérence. Comme l'acceptabilité est liée à l'initiation et à l'adhésion thérapeutique, son examen apparaît pertinent.

Objectif: Cette étude visait à vérifier l'acceptabilité de la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et des stratégies de traitement du TAG en postpartum et ses liens avec des variables sociodémographiques et cliniques.

Méthode: Des mères ont lu une mise en situation pour s'imaginer souffrir du TAG et ont évalué l'acceptabilité.

Résultats: Les résultats confirment l'acceptabilité de la TCC et soulignent que la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'activation comportementale et la résolution de problèmes sont plus acceptables que les devoirs, l'exposition et l'entraînement à l'affirmation. Des variables permettent de prédire l'acceptabilité.

Conclusion: Les résultats peuvent orienter l'élaboration des traitements du TAG postnatal.

Mots clés : Acceptabilité, trouble d'anxiété généralisée, postpartum, nouvelles mères, traitement, stratégies

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder (GAD) is widespread during postpartum period, but its treatment has been little studied. Treatment studies present limitations and adherence issues. Acceptability is linked to treatment uptake and adherence, so study it should be relevant.

Objective: This research aimed to verify acceptability of cognitive behavior therapy (CBT) and its strategies for the treatment of GAD and its relations with relevant variables.

Method: New mothers read a situation to imagine themselves suffering from GAD and evaluated acceptability.

Results: Results confirm acceptability of CBT and suggest that psychoeducation, cognitive restructuring, behavioral activation, and problem solving are more acceptable than exposure, assertiveness training and homework. Some variables appear to predict acceptability.

Conclusion: Results should be considered in planning treatments for postpartum GAD.

Key words: Acceptability, generalized anxiety disorder, postpartum, new mothers, treatment, strategies

Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 1 : la thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement

Le TAG se définit par des inquiétudes et de l'anxiété excessives et incontrôlables, concernant plusieurs aspects du quotidien, présentes la plupart du temps depuis un minimum de six mois avec au moins trois symptômes parmi l'agitation, la fatigue, l'irritabilité, les difficultés de concentration, les tensions musculaires et les troubles du sommeil (American Psychiatric Association [APA], 2013). Il est le trouble anxieux le plus fréquent en postpartum, seul (prévalence de 8,2 %; Wenzel, Haugen, Jackson, & Brendle, 2005) ou en comorbidité (prévalence de 51,7 %; Grigoriadis et al., 2011). De plus, le TAG et les symptômes anxieux en postpartum sont liés à plusieurs difficultés chez la mère, l'enfant et le système familial, soit une adaptation plus difficile à la maternité (Viau-Guay, 2011), un risque d'épisode dépressif (Prenoveau et al., 2013), un moins bon ajustement dans le couple (Whisman et al., 2011), un moins bon attachement de la mère à son bébé (Tietz et al., 2014) et plus de difficultés chez l'enfant (Glasheen et al., 2010). Des variables sont reconnues comme associées à l'anxiété postnatale, telles les complications obstétriques (Kaitz, 2007), les symptômes dépressifs (Liu et al., 2020), le manque de soutien social (Arnold & Kalibatseva, 2020) ou conjugal (Dennis et al., 2016), les attitudes dysfonctionnelles à l'égard de la maternité (Sockol et al., 2014), l'intolérance à l'incertitude et l'attitude négative face aux problèmes (Viau-Guay, 2011).

Bien que la TCC soit considérée le traitement de premier choix pour le TAG en postpartum (Misri et al., 2015), à notre connaissance peu d'études ont porté sur le sujet. Favre (2014) serait le seul à en avoir évalué l'efficacité auprès de trois femmes souffrant d'un TAG, ayant accouché dans la dernière année et situant l'apparition ou l'exacerbation de leurs symptômes en postpartum. Le traitement découlait de celui de Dugas et Ladouceur (2000) et était adapté au postpartum. Un volet d'activation comportementale a été ajouté, en raison de la forte comorbidité du TAG avec les symptômes dépressifs en postpartum (Misri et al.,

2010). Aussi, une séance de plus était accordée au travail de résolution de problèmes, puisque l'attitude négative par rapport aux problèmes est considérée comme le meilleur prédicteur de la tendance à s'inquiéter en postpartum (Viau-Guay, 2011). L'efficacité du traitement a été confirmée, mais la portée de l'étude est limitée par son petit échantillon et l'absence de groupe contrôle. De plus, l'acceptabilité du traitement soulève des questions puisque deux mères éligibles se sont désistées et qu'une des trois participantes a abandonné la thérapie.

Un faible taux d'initiation de traitement et un taux élevé d'abandon sont répandus en postpartum. En effet, le taux de consultation postnatal est en général bas (p. ex., Smith et al., 2009), surtout pour les mères présentant des symptômes anxieux (44 %; Woolhouse et al., 2009). Peu d'études abordent l'abandon de traitement pour l'anxiété postnatale, mais celui des traitements de la dépression périnatale est élevé (entre 21 et 23 %; Sockol & Battle, 2015; Sockol et al., 2011). Plusieurs auteurs soulignent d'ailleurs que le manque d'engagement thérapeutique des mères questionne quant à l'acceptabilité du contenu et du format des interventions offertes (p. ex., Dennis & Chung-Lee, 2006; Mahdi et al., 2019).

L'acceptabilité d'un traitement réfère à son évaluation globale comme étant plus ou moins juste, raisonnable, intrusif, approprié pour résoudre le problème et conforme à la notion de ce qu'un traitement devrait être (Kazdin, 1980). Elle est liée à l'initiation, à l'adhérence et à l'efficacité des traitements (Botella et al., 2009; Wolf, 1978). Dans l'ensemble, les études portent sur l'acceptabilité des approches thérapeutiques et soulignent l'acceptabilité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux (p. ex., Deacon & Abramowitz, 2005). Quelques études ont montré une certaine variabilité de l'acceptabilité des stratégies thérapeutiques, soit les interventions propres à une approche comme l'exposition ou la restructuration cognitive (Haugen et al., 2016). Tarrier et al. (2006) ont notamment comparé l'acceptabilité de 14 approches, stratégies et modalités thérapeutiques pour le traitement du stress post-traumatique à l'aide d'un questionnaire maison et d'un classement en ordre de préférence. Ils soulignent

une plus grande acceptabilité de la thérapie cognitive, suivie de la thérapie cognitive avec exposition, l'exposition cognitive, la psychoéducation et l'exposition in vivo. Smith et al. (2013) ont quant à eux évalué la perception des stratégies d'une thérapie de groupe pour les troubles anxieux et soulignent que la restructuration cognitive était considérée plus aidante que l'exposition in vivo et les devoirs. La psychoéducation n'était ni significativement moins aidante que la restructuration cognitive ni significativement plus aidante que l'exposition et les devoirs. De rares études sur l'acceptabilité se sont aussi intéressées aux variables liées à celle-ci. Les traitements moins intrusifs, avec moins d'effets secondaires, plus concis et annoncés comme efficaces semblent liés à une acceptabilité accrue (Carter, 2007; Miltenberger, 1990). En ce qui concerne les caractéristiques des patients liées à l'acceptabilité, le sexe (Banken & Wilson, 1992), l'âge (Landreville et al., 2001; Mohlman, 2012), l'éducation (Landreville et al.; Mohlman), le statut socioéconomique (Wagner et al., 2005), le statut conjugal (Landreville et al.), l'appartenance à une minorité ethnique (Mohlman), l'expérience antérieure d'un traitement, les connaissances ou les croyances à son sujet ainsi que leur valence (TARRIER et al.; Zoellner et al., 2009) sont liés à l'acceptabilité d'un traitement. L'impact de la sévérité des symptômes sur l'acceptabilité des traitements est controversé; certaines études n'en trouvant aucun (p. ex., Landreville et al.), d'autres notant que des symptômes plus importants corrèlent avec une acceptabilité moindre de la TCC (p. ex., Zoellner et al.). La présence de symptômes comorbides ou de vulnérabilités psychologiques pourrait aussi être liée à l'acceptabilité (p. ex., Botella et al.; Zoellner et al.). Ainsi, l'évaluation de l'acceptabilité semble pertinente quand on veut maximiser l'observance et l'efficacité d'un traitement et gagnerait à cibler l'acceptabilité de l'approche, mais aussi celle des stratégies et les variables sociodémographiques et cliniques pouvant y être liées.

Malgré les problématiques d'initiation et d'adhérence aux traitements en postpartum, peu d'études se sont intéressées à l'acceptabilité des interventions offertes dans cette période.

La majorité des études sur l'acceptabilité des traitements postnataux se sont intéressées au traitement de la dépression et seules deux études ont porté sur le traitement de l'anxiété généralisée. L'étude de Rowe et al. (2014) évaluait un auto-traitement manualisé, avec soutien téléphonique optionnel, basé sur les principes de la TCC et de la pleine conscience. Les commentaires quant à la pertinence et la convivialité du programme étaient positifs. Cependant, seules six des 13 participantes ont terminé le programme et il n'est pas précisé si l'échantillon ayant évalué le traitement incluait des mères l'ayant abandonné. L'étude d'Ashford et al. (2018) évaluait une version informatisée du même auto-traitement, avec soutien téléphonique optionnel, et soulignait pour sa part que les mères ont apprécié l'introduction à la TCC et à la pleine conscience. Toutefois, le taux d'abandon (82 %) était élevé et le programme a été critiqué sur la convivialité de son format, mais aussi à propos de la pertinence du contenu de certains modules, sans précision à savoir lesquels, ce qui soulève des doutes quant à l'acceptabilité de certaines stratégies de la TCC. Il est à noter que ces études ont évalué l'acceptabilité des traitements chez leur bénéficiaire par le biais de l'adhérence et de la satisfaction. Bien que cette méthode d'évaluation présente une forte validité écologique, elle évalue l'acceptabilité du traitement dans sa globalité et offre peu de détails sur l'acceptabilité de ses différentes stratégies. En outre, elle peut être sujette à des biais importants (en raison de l'efficacité perçue du traitement, de l'absence fréquente des données des participants ayant abandonné la thérapie et de l'absence du point de vue des potentiels bénéficiaires qui ont rejeté le traitement) et ne permet pas de comparaison avec des traitements alternatifs. De plus, ces études n'ont pas étudié les variables potentiellement liées à l'acceptabilité de leurs interventions. Ainsi, les seules études ayant évalué l'acceptabilité des traitements de l'anxiété généralisée postnatale présentent des failles méthodologiques importantes et essuient des doutes quant à l'acceptabilité de leurs interventions.

Cette étude vise à documenter l'acceptabilité des traitements du TAG postnatal. Plus précisément, elle vise l'évaluation de l'acceptabilité de la TCC, la comparaison de l'acceptabilité de stratégies thérapeutiques qu'elle peut inclure ainsi que l'exploration des liens entre l'acceptabilité et des variables sociodémographiques et cliniques. Les stratégies de traitement ciblées sont celles utilisées par Favre (2014), soit la psychoéducation, la résolution de problèmes, l'activation comportementale, l'exposition cognitive et in vivo. L'acceptabilité de la restructuration cognitive et de l'entraînement à l'affirmation a aussi été évaluée compte tenu de leur utilisation fréquente dans le traitement de l'anxiété postnatale (p. ex., Green et al., 2015). L'acceptabilité des devoirs a aussi été étudiée puisque cette stratégie centrale à la TCC accuse des problèmes d'adhérence (p. ex., Helbig & Fehm, 2004). Il était attendu que la TCC soit au minimum modérément acceptable. En se basant sur les études qui ont comparé l'acceptabilité de stratégies de traitement et les caractéristiques des traitements qui peuvent être liées à leur acceptabilité, l'hypothèse était que la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'activation comportementale et la résolution de problèmes seraient plus acceptables que l'exposition et l'entraînement à l'affirmation et que les devoirs seraient la stratégie la moins acceptable. L'étude est demeurée exploratoire en ce qui a trait aux liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques. Des variables sociodémographiques et liées au traitement ont d'abord été choisies selon les liens observés avec l'acceptabilité dans la littérature. Des variables propres au postpartum jugées pertinentes ont aussi été ciblées (p. ex., la primiparité, soit le fait d'avoir un seul enfant). Enfin, des variables cliniques liées au TAG postnatal ont été ciblées pour mettre l'acceptabilité en lien avec la sévérité des symptômes et des vulnérabilités associées (p. ex., le soutien reçu).

Méthode

Participants et procédure

Un devis corrélationnel de type transversal a été utilisé. L'étude bénéficiait de l'approbation du comité d'éthique et de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Un échantillon de 120 mères était initialement visé, compte tenu des analyses envisagées, du nombre de prédicteurs ciblés et des recommandations de Field (2018). Elles ont été recrutées entre juin 2019 et janvier 2020 par affichage sur les réseaux sociaux et aux endroits liés à la maternité (p. ex., boutiques pour bébé, centre d'activités périnatales). Pour participer, elles devaient avoir accouché depuis au moins trois mois et moins de 12 mois. Au total, 604 mères ont complété le premier questionnaire d'acceptabilité et 148 mères ont complété tous les outils. La complétion se faisait en ligne sur une plate-forme sécurisée, après avoir lu le formulaire de consentement. Les mères consentaient à ce que leurs données soient utilisées dans le cadre d'une publication.

Une mise en situation invitant les mères à s'imaginer souffrir des symptômes du TAG leur était d'abord présentée. Chaque option thérapeutique était ensuite décrite suivie d'un questionnaire d'acceptabilité à compléter. Les autres questionnaires étaient ensuite complétés.

Mesures et matériel

Mise en situation et description des traitements

Une mise en situation a été créée à partir des symptômes du TAG (APA, 2013) et des thèmes d'inquiétudes propres au postpartum (voir Kaitz, 2007; Wenzel et al., 2003). Des descriptions de la TCC et des stratégies thérapeutiques ont aussi été créées en s'inspirant des études antérieures (p. ex., Gaudreau et al., 2015; Tarrier et al., 2006). Une attention a été portée afin qu'elles donnent l'information qu'un patient recevrait d'un clinicien (descriptif, avantages et inconvénients connus). Elles ont été testées pour s'assurer de leur compréhension auprès de gens n'ayant pas réalisé d'études supérieures. La vignette et les descriptions sont disponibles en ligne (voir Appendice A).

Mesures de l'acceptabilité

Une version modifiée du *Treatment Evaluation Inventory* (TEI-m; Landreville & Guérette, 1998), composée de 11 items cotés de 1 à 7, a été utilisée pour évaluer l'acceptabilité de la TCC. La sous-échelle acceptabilité générale (AG) comporte huit items référant aux aspects désirables du traitement (p. ex., l'efficacité). La sous-échelle effets négatifs (EN) comporte trois items référant aux aspects indésirables (p. ex., l'inconfort). Un score total plus élevé sur l'échelle globale et sur chaque sous-échelle indique une acceptabilité plus grande (soit moins d'effets négatifs pour la sous-échelle EN). Des scores médians de 44, 32 et 12 indiquent une acceptabilité modérée sur l'échelle globale, l'AG ou les EN. Chaque item précisait que le traitement cible les symptômes anxieux de la mise en situation. Un énoncé initial référant à l'acceptabilité d'appliquer le traitement à une autre personne a été modifié pour référer à l'acceptabilité d'y recourir soi-même. Le TEI-m a montré de bonnes propriétés auprès d'aînés (Landreville & Guérette) : validité convergente adéquate, excellente cohérence interne pour l'échelle globale ($\alpha = 0,92$) et l'AG ($\alpha = 0,94$) et cohérence acceptable pour les EN compte tenu de son petit nombre d'items ($\alpha = 0,69$). Une version abrégée incluant les cinq items ayant les saturations factorielles les plus élevées selon l'étude de Landreville et Guérette (trois pour l'AG, deux pour les EN) a été utilisée pour évaluer l'acceptabilité de chaque stratégie de traitement. Des scores médians de 20, de 12 et de 8 montrent une acceptabilité modérée pour le score total des cinq items et aux items des sous-échelles AG et EN, respectivement. Suivant la procédure d'autres études (p. ex., Tarrier et al., 2006), les mères classaient aussi les stratégies en ordre de préférence.

Mesure des variables possiblement liées à l'acceptabilité : variables sociodémographiques et liées à la consultation

Un questionnaire d'informations générales a été utilisé pour évaluer les variables sociodémographiques et liées à la consultation considérées pertinentes dans les écrits sur

l'acceptabilité et l'anxiété périnatale. La perception des finances, la connaissance et l'attitude face aux traitements ont été mesurées par des échelles inversées; un plus grand score indique des finances moins satisfaisantes, une connaissance moindre et une attitude plus défavorable.

Mesure des variables possiblement liées à l'acceptabilité : symptômes

Le *Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété* (QIA; Dugas et al., 2001) évalue la présence des critères diagnostiques du TAG à l'aide de six items cotés de 0 à 8. Un résultat de quatre ou plus aux items 2, 3, 4 et 6 ainsi que la présence de trois symptômes physiques ou plus suggèrent que la personne répond aux critères diagnostiques du TAG. Le QIA possède une validité concomitante, une stabilité temporelle, une spécificité et une sensibilité acceptables. Le *Questionnaire maison sur les Inquiétudes et sur la Maternité* (QIM; Gosselin & Viau-Guay, 2011), évaluant la tendance à s'inquiéter à l'égard de la maternité, comporte neuf items cotés de 1 à 5. Un score total plus élevé indique une plus forte tendance à s'inquiéter. Sa cohérence interne et sa validité convergente sont excellentes ($\alpha = 0,91$).

L'*Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg* (EPDS; Cox et al., 1987) évalue en 10 items cotés de 0 à 3 les symptômes dépressifs postnataux. Un score total plus élevé indique plus de symptômes dépressifs. La version française montre une bonne validité de construit et une cohérence interne convenable ($\alpha = 0,76$; Guedeney & Fermanian, 1998). Les deux items évaluant des symptômes anxieux ont été retirés pour éviter la redondance des symptômes mesurés. Deux échelles de l'*Indice de Stress Parental* (ISP; Abidin, 1995), cotés sur une échelle de 1 à 5, ont été utilisées pour évaluer le soutien perçu dans le couple (7 items) et l'isolement social (6 items). Un score total plus élevé sur chaque échelle traduit moins de soutien perçu du partenaire et plus d'isolement. L'ISP possède une validité de construit acceptable, une bonne cohérence interne (relation conjugale [$\alpha = 0,70$]; isolement social [$\alpha = 0,73$]; Loyd & Abidin, 1985) et a été validé auprès de Québécois (Bigras et al., 1996).

Mesure des variables possiblement liées à l'acceptabilité: cognitions et comportements

Le *Attitudes Toward Motherhood Scale* (AToM; Sockol et al., 2014) évalue les attitudes par rapport à la maternité en 12 items cotés de 1 à 6. Ces attitudes reflètent des croyances dysfonctionnelles à l'égard du jugement des autres concernant ses compétences maternelles (p. ex., si mon bébé pleure, les autres vont penser que je suis incapable d'en prendre soin correctement), à l'égard de ses responsabilités comme mère (p. ex., les bonnes mères mettent les besoins de leur bébé en premier) et à l'égard de l'idéalisation du rôle de mère (p. ex., c'est mal d'avoir des émotions contradictoires à l'égard de son bébé). Un score total plus élevé indique plus de croyances dysfonctionnelles. L'AToM affiche une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,86$) et une bonne validité prédictive des symptômes anxio-dépressifs. Il a été traduit de l'anglais à l'aide d'une méthode de traduction inversée (voir Vallerand, 1989). Le *Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes* (QAP; Gosselin et al., 2005) évalue l'attitude négative face aux problèmes, soit une tendance à percevoir les problèmes comme menaçants et à douter de sa capacité d'y faire face. Il comporte 12 items cotés de 1 à 5. Un score total plus élevé indique une attitude plus négative. Le QAP possède une bonne validité et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$). L'*Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé* (III; Gosselin et al., 2008) comprend une partie (A; 8 items) évaluant l'intolérance à l'incertitude, soit la tendance à trouver inacceptable les situations incertaines, et une partie (B; 12 items) évaluant des signes cognitifs et comportementaux de cette intolérance. Les items sont cotés de 1 à 5, un score total plus élevé indiquant plus d'intolérance à l'incertitude et de manifestations de cette intolérance. Les deux parties présentent chacune une excellente cohérence interne ($\alpha = [0,93; 0,94]$) et une bonne validité factorielle (Brisson et al., 2021). Le *Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé* (QÉC; Gosselin et al., 2002) évalue l'évitement cognitif en 15 items cotés de 1 à 5. Un score total plus grand indique plus d'évitement cognitif, soit plus d'évitement des pensées anxiogènes. Le QÉC présente une bonne validité et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$; voir Roy et al., 2015).

Plan d'analyse des données

Comme le TEI-m n'a pas été validé auprès de nouvelles mères et a été adapté, une analyse en composantes principales avec rotation Varimax a d'abord été menée sur sa version complète et abrégée afin d'examiner la structure factorielle de l'outil. Les indices de cohérence interne pour les échelles globales et les sous-échelles ont aussi été examinés. Les scores d'acceptabilité de la TCC et des stratégies de traitement au TEI-m ont été situés par rapport aux points médians de l'outil. L'acceptabilité a été comparée entre chaque stratégie de traitement, à partir des scores moyens aux sous-échelles acceptabilité générale et effets négatifs, par le biais d'ANOVAs à mesures répétées suivies d'analyses post hoc avec corrections de Bonferroni. Les fréquences d'ordre de préférence des stratégies de traitement ont été analysées à l'aide de khi-deux d'ajustement. En présence de différences significatives, les résidus entre les fréquences obtenues et attendues ont été analysés par leur transformation en scores z . Les liens entre l'acceptabilité (TCC et stratégies) et les variables sociodémographiques et cliniques ont premièrement été analysés à l'aide de tests t , d'ANOVAs et de corrélations. Le statut civil, l'appartenance à une minorité ethnique, la prématurité du bébé, l'antécédent de pertes périnatales et la valence de l'expérience de traitement psychologique (positive ou négative) n'ont pas été considérés par manque de dispersion des données. Des variables catégorielles ont été recodées pour les analyses en raison de la sous-représentation de catégories, soit la scolarité et le nombre d'enfants. Lorsque l'homogénéité des variances n'était pas respectée, les indices du test de Welch ont été rapportés. Dans un deuxième temps, les variables liées à l'acceptabilité ($p < 0,05$) ont été utilisées comme prédicteurs dans des régressions linéaires avec entrée forcée visant à prédire l'acceptabilité, pour tenir compte des effets respectifs des variables et de leur variance partagée. Le niveau de scolarité a été converti en trois variables *dummy* comparant les niveaux de scolarité au niveau de base (études de niveau primaire ou secondaire). Quand cette

variable était incluse dans une régression, une régression hiérarchique était effectuée pour évaluer d'abord la variance expliquée par le niveau de scolarité globalement.

Résultats

Le Tableau 1 résume les caractéristiques de l'échantillon. La majorité des mères ont étudié à l'université et considèrent leurs finances satisfaisantes. Elles ont principalement une connaissance moyenne ou bonne et une attitude favorable ou très favorable au regard des traitements psychologiques. La majorité des mères ne rapportaient pas de TAG.

Validation de la structure factorielle et de la cohérence interne du TEI-m

Les résultats de l'analyse en composantes principales à partir des items du TEI appuient une structure bifactorielle, référant à l'AG et aux EN de la version originale, par les valeurs propres, le test de Cattell, la variance des facteurs extraits et l'interprétabilité des saturations. Divers indices (p. ex., test de Bartlett $\chi^2(55) = 2751,83$, $p < 0,001$; $KMO = 0,87$; Hutcheson & Sofroniou, 1999) sont satisfaisants et appuient la solution. Les composantes expliquent 57,10 % de la variance des items et la corrélation entre elles est de 0,24. Les saturations factorielles de l'AG (40,48 % de variance) varient entre 0,52 et 0,80 et celles des EN (16,62 % de variance) entre 0,55 et 0,85. Les indices de cohérence interne sont satisfaisants pour l'échelle globale ($\alpha = 0,84$), la sous-échelle AG ($\alpha = 0,89$) et la sous-échelle EN ($\alpha = 0,61$) compte tenu de son nombre restreint d'items. Des résultats similaires ont été obtenus pour la version abrégée du TEI-m. Ils appuient la structure en deux composantes (résultats disponibles sur demande) et la cohérence interne pour l'échelle globale ($\alpha = [0,75; 0,84]$), la sous-échelle AG ($\alpha = [0,85; 0,92]$) et la sous-échelle EN ($\alpha = [0,59; 0,78]$).

Acceptabilité de la TCC et des stratégies de traitement

Les scores totaux et aux sous-échelles du TEI-m pour la TCC et presque l'ensemble des stratégies de traitement sont supérieurs à la médiane indiquant une acceptabilité modérée (voir Tableau 2). Seule l'exposition in vivo présente un score total et un score à la sous-

échelle EN inférieurs aux points médians. Les ANOVAs indiquent que l'acceptabilité varie selon les stratégies de traitement sur les sous-échelles AG ($F(5,87, 951,42) = 25,73$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,137$)¹ et EN ($F(6,23, 1009,62) = 124,16$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,434$)². La Figure 1 présente l'ordre des stratégies selon leur score total moyen aux sous-échelles AG et EN ainsi que le résultat des analyses post hoc ayant comparé chaque stratégie entre elles.

Les fréquences du classement en ordre de préférence diffèrent pour la stratégie préférée ($\chi^2(7, N = 159) = 106,21$, $p < 0,001$). La majorité des mères préfèrent la restructuration cognitive (29,60 %; $z = 6,08$) ou la psychoéducation (28,90 %; $z = 5,85$). Les fréquences de l'ordre de préférence diffèrent aussi pour la stratégie de dernier rang ($\chi^2(7, N = 158) = 95,57$, $p < 0,001$), où on trouve en majorité les devoirs (29,70 %; $z = 6,12$) ou l'exposition in vivo (24,70 %; $z = 4,33$).

Liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques

Les tableaux B1 à B9 présentant tous les résultats des analyses préliminaires aux régressions sont disponibles en ligne (voir Appendice B). Seuls les résultats des régressions sont ici rapportés (voir Tableau 3). Pour l'AG de la TCC, le modèle de régression intégrant la perception de ses finances, l'attitude par rapport aux traitements, l'expérience de consultation et les symptômes du TAG permet de la prédire ($F(4, 150) = 4,854$, $p = 0,001$, $R^2 = 0,115$). La perception de sa situation financière et la présence des symptômes du TAG permettent de prédire individuellement l'AG de la TCC, mais pas l'attitude par rapport aux traitements ni l'expérience de consultation antérieure. En ce qui concerne les EN liés à la TCC, le modèle de régression intégrant l'âge permet de les prédire ($F(1, 602) = 11,459$, $p = 0,001$, $R^2 = 0,019$).

Pour l'AG de la psychoéducation, le modèle de régression intégrant le niveau de scolarité et l'évitement cognitif permet de la prédire ($F(4, 144) = 3,501$, $p = 0,009$, $R^2 =$

¹ Le test de sphéricité de Mauchly indique une violation du postulat ($\chi^2(27, n = 163) = 101,12$, $p < 0,001$) alors les degrés de liberté ont été corrigés en utilisant l'estimation de sphéricité de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0,839$).

² Le test de sphéricité de Mauchly indique une violation du postulat ($\chi^2(27, n = 163) = 63,14$, $p < 0,001$) alors les degrés de liberté ont été corrigés en utilisant l'estimation de sphéricité de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0,890$).

0,059, $\Delta R^2 = 0,030$). L'évitement cognitif, le premier cycle et les cycles supérieurs universitaires permettent de prédire l'AG de manière individuelle, mais pas les études collégiales. En ce qui concerne les EN attribués à la psychoéducation, le modèle de régression intégrant l'âge permet de les prédire ($F(1, 411) = 4,273, p = 0,039, R^2 = 0,010$).

Pour l'AG de la restructuration cognitive, le modèle de régression intégrant l'expérience de consultation, la présence des symptômes du TAG et les symptômes dépressifs permet de la prédire ($F(3, 150) = 4,000, p = 0,009, R^2 = 0,074$). L'expérience de consultation permet de prédire l'AG de la restructuration cognitive, mais ni les symptômes dépressifs ni ceux du TAG. Le modèle de régression intégrant la connaissance des traitements permet de prédire les EN liés à la restructuration cognitive ($F(1, 339) = 5,842, p = 0,016, R^2 = 0,017$).

Pour l'AG de l'exposition in vivo, le modèle de régression intégrant la relation conjugale et l'isolement social permet de la prédire ($F(2, 151) = 3,617, p = 0,029, R^2 = 0,046$). Toutefois, aucune de ces variables ne prédit l'AG lorsque prises de façon individuelle. Le modèle de régression intégrant l'évitement cognitif, la primiparité et l'expérience de consultation ne permet pas de prédire les EN associés à l'exposition in vivo ($F(3, 143) = 2,466, p = 0,065$).

Pour l'AG de l'exposition cognitive, le modèle de régression intégrant la perception de sa situation financière permet de la prédire ($F(1, 256) = 7,521, p = 0,007, R^2 = 0,029$). Le modèle de régression intégrant la perception de sa situation financière et les symptômes dépressifs permet de prédire les EN associés à l'exposition cognitive ($F(2, 151) = 4,196, p = 0,017, R^2 = 0,053$). Les symptômes dépressifs permettent de prédire les EN, mais pas la perception de sa situation financière.

Quant à l'AG de l'activation comportementale, le modèle de régression intégrant les symptômes dépressifs permet de la prédire ($F(1, 152) = 5,504, p = 0,020, R^2 = 0,035$). Le modèle de régression intégrant la perception de ses finances et l'expérience de consultation

permet de prédire les EN associés à l'activation comportementale ($F(2, 215) = 8,403$, $p < 0,001$, $R^2 = 0,072$). Ces variables prédisent aussi les EN lorsque prises individuellement.

Pour l'AG de la résolution de problèmes, le modèle de régression intégrant la présence des symptômes du TAG et les symptômes dépressifs permet de la prédire ($F(2, 151) = 4,374$, $p = 0,014$, $R^2 = 0,055$). Les symptômes dépressifs permettent de prédire l'AG de la résolution de problèmes, mais pas le TAG. Le modèle de régression intégrant l'expérience de consultation, la présence du TAG et la tendance à s'inquiéter par rapport à la maternité permet de prédire les EN ($F(3, 150) = 4,257$, $p = 0,006$, $R^2 = 0,078$). Toutefois, aucune de ces variables ne permet de prédire de manière individuelle les EN de la résolution de problèmes.

Pour l'acceptabilité de l'entraînement à l'affirmation, le modèle de régression intégrant l'évitement cognitif permet de prédire l'AG ($F(1, 147) = 4,589$, $p = 0,034$, $R^2 = 0,030$). Le modèle de régression intégrant la perception des finances, l'isolement social et le niveau de scolarité permet de prédire les EN ($F(5, 148) = 3,381$, $p = 0,006$, $R^2 = 0,087$, $\Delta R^2 = 0,016$). Le premier cycle et les cycles supérieurs universitaires permettent de prédire les EN, mais pas ni les études collégiales, ni l'isolement social, ni la perception de ses finances.

Pour l'AG des devoirs, le modèle de régression intégrant l'âge et la primiparité permet de la prédire ($F(2, 158) = 4,416$, $p = 0,014$, $R^2 = 0,053$). La primiparité permet de prédire l'AG des devoirs, mais pas l'âge. Aucune variable n'était liée aux EN associés aux devoirs.

Discussion

Cette étude visait à évaluer l'acceptabilité des traitements psychologiques du TAG en postpartum. Les objectifs spécifiques étaient de documenter l'acceptabilité de la TCC, d'évaluer l'acceptabilité de stratégies thérapeutiques et de vérifier la présence de liens entre l'acceptabilité et des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des nouvelles mères.

Acceptabilité de la TCC et des stratégies de traitement

Il était attendu que la TCC soit au minimum modérément acceptable, ce que les résultats confirment. Ces résultats sont cohérents avec l'étude de Gaudreau et al. (2015) qui soutient l'acceptabilité de la TCC pour le traitement du TAG chez les personnes âgées et les études qui soulignent l'acceptabilité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux dans la population générale (p. ex., Deacon & Abramowitz, 2005).

Toutes les stratégies évaluées sont au minimum modérément acceptables, à l'exception de l'exposition in vivo qui présente un score total moyen plus faible que le seuil modéré à l'échelle globale et à la sous-échelle EN. Il était attendu que la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'activation comportementale et la résolution de problèmes soient jugées plus acceptables que l'exposition (in vivo ou cognitive) et l'entraînement à l'affirmation et que les devoirs soient jugés moins acceptables que toutes les autres stratégies, ce que les résultats confirment généralement. Seuls les devoirs présentent une acceptabilité moyenne tout en étant la stratégie de dernier choix pour les nouvelles mères. Les résultats de cette étude quant à l'acceptabilité des stratégies de traitement rejoignent ceux de Smith et al. (2013), ayant comparé l'acceptabilité des stratégies d'un traitement pour les troubles anxieux. Ils soulignaient que la restructuration cognitive avait été perçue comme la stratégie la plus aidante suivie de près par la psychoéducation, soit les deux stratégies préférées selon notre étude. L'exposition in vivo et les devoirs avaient été moins appréciés, soit les stratégies les moins endossées selon notre étude. Nos résultats rejoignent aussi partiellement ceux de Tarrrier et al. (2006), ayant comparé l'acceptabilité de stratégies de traitement du stress post-traumatique, qui rapportaient une plus grande acceptabilité de la restructuration cognitive par rapport aux stratégies d'exposition, une acceptabilité plus grande de l'exposition cognitive par rapport à l'exposition in vivo et une acceptabilité importante de la psychoéducation. Les auteurs suggèrent que l'acceptabilité de la psychoéducation pourrait témoigner d'un désir de mieux comprendre ses difficultés et d'avoir un plus grand sentiment de contrôle à leur égard.

On observe dans la présente étude et celles mentionnées ci-haut, que les stratégies de traitement les plus acceptables sont celles qui pourraient être perçues comme moins inconfortables, telles la restructuration cognitive, en comparaison avec celles potentiellement plus inconfortables, comme l'exposition in vivo. D'ailleurs, les différences d'acceptabilité dans cette étude semblent plus franches en ce qui concerne les EN que l'AG (taille d'effet de l'ANOVA forte comparativement à modérée), ce qui indique que les EN sont plus susceptibles d'avoir une incidence sur l'acceptabilité des stratégies que l'AG. Ces résultats iraient dans le sens des études qui soulignaient que les traitements moins intrusifs et comportant moins d'effets secondaires sont souvent plus acceptables (Carter, 2007; Miltenberger, 1990). Ainsi, il pourrait s'avérer judicieux d'être soucieux lorsqu'on introduit des stratégies susceptibles d'être plus inconfortables comme l'exposition. En ce sens, l'étude de Arch et al. (2015) suggère l'importance de présenter le rationnel derrière l'exposition afin d'augmenter sa crédibilité. Des auteurs suggèrent aussi l'ajout d'un module d'entretien motivationnel avant d'entamer une TCC pour le traitement des troubles anxieux afin de travailler l'ambivalence à l'égard des procédures menant au changement comme l'exposition ou les devoirs (p. ex., Slage & Gray, 2007; Westra et al., 2009).

L'impopularité de l'exposition rejoint les études qui soulignent que, malgré l'appui empirique massif au traitement des troubles anxieux à l'aide de cette stratégie (p. ex., Deacon & Abramowitz, 2004), elle est peu répandue chez les cliniciens pour le traitement de troubles anxieux (Freiheit et al., 2004). Des auteurs ont investigué l'impopularité de l'exposition et posent l'hypothèse qu'elle s'explique par l'inconfort associé à cette stratégie et la crainte, chez les cliniciens, qu'elle exacerbe les symptômes du patient (p. ex., Otalunji et al., 2009). Des cliniciens doutent aussi de l'utilité de l'exposition in vivo pour le traitement du TAG, ce qui pourrait influencer son acceptabilité. Le TAG est un trouble anxieux dont les déclencheurs externes de l'inquiétude et les manifestations comportementales sont plus difficiles à

identifier, ce qui soulève parfois des réserves quant à l'applicabilité de l'exposition pour son traitement (p. ex., Deacon & Abramowitz). Pourtant, Beesdo-Baum et al. (2012) ont souligné des comportements d'évitement propres au TAG (p. ex., la recherche de réassurance) qui justifient la pertinence de cette stratégie. Ainsi, afin d'améliorer l'acceptabilité de l'exposition, il pourrait être souhaitable de rassurer par rapport à l'inconfort qu'elle suscite et de souligner sa pertinence.

La forte acceptabilité de l'activation comportementale peut surprendre puisqu'il était spécifié dans sa description qu'elle ne ciblait pas directement le TAG. D'une part, cette stratégie suscite peu d'inconfort, mais elle pourrait aussi adresser des enjeux propres au postnatal, tels l'isolement et la difficulté à avoir un mode de vie équilibré. L'isolement est un sentiment répandu en postpartum (p. ex., Paris & Dubus, 2005) tout comme la perte de son temps personnel et de ses activités satisfaisantes (p. ex., O'Mahen et al., 2012). On suppose donc que l'activation comportementale répond à des enjeux propres au postpartum.

La faible acceptabilité générale de l'entraînement à l'affirmation, en comparaison avec celle des autres stratégies, peut surprendre. En effet, des études soulignent que les nouvelles mères affrontent des perturbations importantes dans leurs relations, qu'elles ont un besoin accru de soutien et recommandent la mise en place de stratégies visant à les outiller pour chercher du soutien (O'Mahen et al., 2012). Cependant, les relations interpersonnelles et le soutien social ne sont pas les préoccupations les plus importantes en postpartum (Kaitz, 2007; Wenzel et al., 2003) et les mères de notre échantillon n'étaient pas particulièrement insatisfaites à l'égard du soutien reçu de leur entourage, ce qui pourrait avoir influencé la pertinence et, donc l'acceptabilité, accordée à cette stratégie. Ainsi, les nouvelles mères ne semblent pas toutes présenter les mêmes besoins et une évaluation de ceux-ci pour s'assurer de la pertinence des stratégies utilisées dans leur traitement pourrait être judicieuse.

Enfin, les devoirs sont les moins populaires malgré leur acceptabilité médiane. Plusieurs études soulignent que le manque de temps est un frein majeur à la consultation chez les nouvelles mères (p. ex., Woolhouse et al., 2009), il est possible qu'il leur apparaisse impensable de dégager du temps pour les devoirs en plus du temps de consultation. Diverses études ont évoqué que la qualité des devoirs serait plus importante que leur quantité en termes d'impacts thérapeutiques (p. ex., Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000). Ainsi, limiter le nombre de devoirs pourrait favoriser la qualité de leur exécution par les nouvelles mères, ce qui pourrait maximiser leur acceptabilité et leur effet thérapeutique.

Liens entre les variables sociodémographiques et cliniques et l'acceptabilité

Liens avec les variables sociodémographiques

Un âge plus avancé prédit une plus grande acceptabilité de la TCC et de la psychoéducation telle que mesurée avec la sous-échelle EN. Des études sur l'expérience de la maternité en fonction de l'âge notent que les mères plus âgées vivent moins de difficultés psychologiques, ont plus de maturité, un meilleur fonctionnement familial, plus de soutien social et une attitude plus positive à l'égard de la maternité (Camberis et al., 2014; Garcia-Blanco et al., 2017). Ainsi, ces particularités pourraient amener les mères plus âgées à avoir plus de ressources pour s'investir dans une thérapie. Ces éléments pourraient aussi faire en sorte que les mères plus âgées aient davantage confiance en leur capacité de bénéficier de la psychoéducation, une approche moins interventionniste.

Une situation financière plus satisfaisante prédit une plus grande acceptabilité de la TCC et de l'exposition cognitive sur la sous-échelle AG et une plus grande acceptabilité de l'exposition cognitive et de l'activation comportementale sur la sous-échelle EN. L'impact des finances sur l'acceptabilité pourrait s'expliquer par les coûts associés à la thérapie, surtout pour l'activation comportementale (l'investissement dans des activités pouvant occasionner des frais). En appui à cette idée, les frais associés à la consultation et la couverture par les

assurances sont dûment répertoriés respectivement comme freins et facilitateurs à la consultation pour des difficultés postnatales (p. ex., Kim et al., 2010). Par ailleurs, Ladouceur et al. (2000) distinguent deux types d'inquiétudes qui gagneraient à être traitées via l'utilisation de stratégies différentes. Les inquiétudes à propos de problèmes actuels seraient propices à l'utilisation de la résolution de problèmes, tandis que les inquiétudes à propos de problèmes éventuels seraient propices à l'utilisation de l'exposition cognitive. Il est possible que des difficultés financières représentent davantage un problème actuel et que l'exposition cognitive paraisse donc moins pertinente et plus inconfortable pour les mères moins nanties.

Un niveau de scolarité plus élevé prédit une acceptabilité moindre de la psychoéducation telle que mesurée sur la sous-échelle AG. Kronmüller et al. (2004) ont évalué auprès de patients dépressifs les facteurs associés à une plus grande connaissance de leur problématique et un niveau de scolarité plus élevé était lié à une meilleure connaissance. Il est donc possible que les mères avec plus d'éducation connaissent davantage leur problématique et perçoivent comme moins pertinent de recevoir de l'information. Un niveau de scolarité plus faible prédit une acceptabilité moindre de l'entraînement à l'affirmation, telle que mesurée avec la sous-échelle EN. Des études soulignent que les nouvelles mères qui vivent des difficultés psychologiques perçoivent que demander de l'aide peut refléter qu'elles sont des mères inadéquates et susciter une peur du jugement (p. ex., Sword et al., 2008). Il serait possible que les mères moins éduquées perçoivent plus le risque d'être jugées si elles recherchent de l'aide, ce qui pourrait expliquer pourquoi l'entraînement à l'affirmation, une stratégie qui vise à favoriser la recherche de soutien, soit perçue comme plus risquée.

La primiparité prédit une moins grande AG des devoirs. Des chercheurs se sont penchés sur les différences entre le vécu des mères primipares (ayant un enfant) et multipares (ayant plus d'un enfant) et notent qu'elles affrontent des défis différents (p. ex., Gameiro et al., 2009). Krieg (2007) souligne que toutes les nouvelles mères vivent un stress accru et une

diminution de la qualité de leur relation conjugale, mais que les primipares sont plus satisfaites par rapport à cette dernière et moins restreintes à leur rôle de mère. Toutefois, la perception de l'écart dans le partage des tâches du couple et l'insatisfaction par rapport à celui-ci est stable entre le pré et le postpartum chez les multipares, mais s'accroît chez les primipares. On suppose que les primipares peuvent être plus surprises par l'ampleur des tâches qui leur reviennent alors que les multipares ont déjà pu s'y habituer dans leur précédente transition à la parentalité. Ainsi, les primipares pourraient trouver difficile l'adaptation à leur nouvelle charge de tâches et être davantage réticentes à ajouter des devoirs à leur routine.

Liens avec les variables liées à la consultation

Une plus grande connaissance des traitements psychologiques prédit une association accrue d'EN à la restructuration cognitive. Cette stratégie, décrite comme générant peu d'anxiété, pourrait être perçue comme moins inconfortable par les mères qui connaissent moins les traitements. En contrepartie, il est possible que les mères plus au fait des traitements connaissent la restructuration cognitive et perçoivent que de cibler ses pensées anxiogènes est inconfortable.

Une expérience de consultation psychologique prédit une plus grande acceptabilité de la restructuration cognitive, telle que mesurée par la sous-échelle AG, et de l'activation comportementale, telle que mesurée par la sous-échelle EN. Ces résultats sont difficiles à interpréter, ignorant si l'expérience de thérapie incluait ou non ces stratégies. Cependant, des chercheurs ont évalué l'opinion de patients ayant consulté pour des troubles anxieux ou dépressifs et ont observé un avis favorable à l'égard de la restructuration cognitive (Smith et al., 2013) et de l'activation comportementale (p. ex., Dimidjian et al., 2017). Il est donc possible que les mères ayant expérimenté ces stratégies les aient considérées agréables et efficaces.

Liens avec les variables cliniques

Présenter les critères du TAG au QIA prédit une plus grande AG de la TCC. Peu d'études ont évalué les liens entre la sévérité des symptômes et l'acceptabilité et nos résultats ne vont dans le sens d'aucune d'entre elles : certaines études ne rapportent pas de lien (p. ex., Chabrol et al., 2004; Gaudreau et al., 2015), d'autres rapportent une acceptabilité moindre lorsque la sévérité des symptômes est plus élevée (p. ex., Botella et al., 2009). Des différences méthodologiques pourraient toutefois expliquer cette divergence, ces études n'évaluant l'acceptabilité ni de traitements pour le TAG (sauf Gaudreau et al.) ni auprès de nouvelles mères (sauf Chabrol et al.). De plus, ces études ont évalué la sévérité des symptômes sur un continuum alors que la présente étude a évalué l'occurrence d'un inventaire de symptômes ainsi que la perception d'une détresse ou d'une interférence significative. Il est possible que les nouvelles mères, qui semblaient souffrir du TAG selon leurs réponses au QIA, se soient reconnues dans la mise en situation et aient pris connaissance de l'existence d'un traitement efficace pour leurs difficultés, ce qui peut avoir contribué à l'acceptabilité de la TCC pour elles. Dans le même ordre d'idées, plus de symptômes dépressifs prédit une plus forte AG de l'activation comportementale. Cette stratégie ayant été décrite comme ciblant les symptômes dépressifs, il est possible qu'elle paraisse plus pertinente pour les nouvelles mères qui souffrent davantage de ces symptômes.

La présence de symptômes dépressifs plus sévères permet aussi de prédire une plus grande acceptabilité de la résolution de problèmes, telle que mesurée par la sous-échelle AG. Ces résultats concordent avec ceux d'une méta-analyse sur les traitements de la dépression qui indiquent que la thérapie axée sur la résolution de problèmes entraîne moins d'abandons que les autres types de thérapie pour la dépression (Cuijpers et al., 2008). Les auteurs proposent que la popularité de cette stratégie pourrait s'expliquer du fait qu'elle se centre sur

les problèmes perçus à l'origine des symptômes par le patient plutôt que sur des mécanismes qui peuvent lui sembler plus indirectement liés à ses problèmes comme les ruminations.

Plus de symptômes dépressifs prédit aussi l'association de plus d'EN à l'exposition cognitive. Cette stratégie de traitement du TAG vise l'habituation aux images mentales liées aux inquiétudes et à l'anxiété qu'elles provoquent (Hoyer et al., 2011). Les traitements cognitifs de la dépression ne visent pas l'habituation aux affects dépressifs, mais plutôt la restructuration cognitive des ruminations (p. ex., Stamou et al., 2018). Il est possible que l'exposition cognitive soit perçue comme à risque de déclencher des ruminations et d'exacerber les symptômes dépressifs. En ce sens, les thérapeutes gagneraient à spécifier que l'exposition cognitive cible les pensées anxieuses et non dépressives.

Enfin, plus d'évitement cognitif prédit une plus grande AG de la psychoéducation et de l'entraînement à l'affirmation. On pose l'hypothèse que les mères qui évitent plus l'exposition concrète à leurs inquiétudes perçoivent plus positivement des stratégies qui ne les incitent pas directement à s'exposer à celles-ci, soient la psychoéducation, une réception d'information peut-être plus passive, ou l'entraînement à l'affirmation, pouvant être moins anxiogène chez nos mères qui ne signalaient pas de problèmes de soutien social.

Forces, limites et pistes de recherches futures

Parmi les limites, certains facteurs peuvent affecter la généralisation des résultats, l'échantillon étant majoritairement composé de mères caucasiennes, avec des études universitaires, une bonne situation financière et rapportant ne pas souffrir des symptômes du TAG. On note aussi qu'aucun contrôle de la désirabilité sociale n'a été effectué. Comme les difficultés psychologiques postnatales sont sujettes à stigmatisation, il est possible que les mères aient sous-rapporté leurs symptômes anxieux. Par ailleurs, bien que l'invitation à s'imaginer souffrir du TAG à partir d'une description et à évaluer ensuite l'acceptabilité des traitements si l'on devait y recourir puisse présenter une bonne validité écologique, il demeure

que l'exercice d'abstraction puisse être ardu et qu'une description sommaire des symptômes ne représente pas la complexité de la réalité. Il est aussi possible que l'utilisation de descriptions de la TCC et des stratégies de traitement puisse avoir induit un biais dans l'évaluation de leur acceptabilité. En effet, la présentation des avantages et des inconvénients pourrait avoir soulevé des éléments de réflexion auxquels les mères n'auraient pas songé autrement. Un biais dans l'évaluation de l'acceptabilité pourrait aussi découler de l'ordre de présentation des stratégies, celui-ci n'ayant pas été contrebalancé. Toutefois, un effort avait été effectué pour s'assurer que les stratégies anticipées comme plus acceptables soient alternées avec des stratégies anticipées comme moins acceptables. Enfin, la nature exploratoire de l'étude en ce qui concerne les liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques a engendré un grand nombre d'analyses, ce qui pourrait avoir augmenté le risque d'erreur de type I. D'ailleurs, les liens entre les variables sociodémographiques et cliniques sont à considérer avec prudence compte tenu qu'ils présentent tous de petits pourcentages de variance expliqués par les prédicteurs et une taille d'effet faible. De plus, les liens entre l'acceptabilité et des variables pouvant avoir une influence sur sa perception (statut conjugal, minorité ethnique, prématurité du bébé, antécédents de pertes périnatales et valence de l'expérience antérieure de thérapie) n'ont pas pu être évalués en raison de la sous-représentation de certaines catégories.

Malgré ces limites, cette étude présente plusieurs forces. Il s'agit à notre connaissance de la première étude qui s'intéresse spécifiquement à l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum, les rares études postnatales ciblant surtout les symptômes dépressifs. Cette étude se distingue en outre par sa méthode qui a permis d'avoir une vision plus détaillée de l'acceptabilité que ce qui est habituellement observé dans les études sur le sujet. En plus de documenter l'acceptabilité de la TCC, celle de ses stratégies a aussi été étudiée tout comme les liens potentiels entre l'acceptabilité et des variables sociodémographiques et cliniques. La

combinaison de l'évaluation de l'acceptabilité par questionnaires et par classement en ordre de préférence a par ailleurs pu pallier aux biais de ces méthodes prises individuellement.

Enfin, la présente étude apporte des données de validation à une version abrégée du TEI-m.

Plusieurs pistes de recherches découlent de cette étude. Il serait d'abord pertinent de répliquer cette étude auprès d'une population clinique et d'une population de mères en situation de vulnérabilité. Il pourrait aussi être intéressant de répliquer l'étude en faisant varier la sévérité des symptômes décrits pour vérifier son possible impact sur l'acceptabilité des traitements, comme vu dans d'autres études (p. ex., Gaudreau et al., 2015). Ensuite, cette étude s'étant centrée uniquement sur l'évaluation de l'acceptabilité de la TCC et de stratégies propres à l'approche, il serait pertinent d'évaluer l'acceptabilité d'autres approches ou stratégies utilisées dans le traitement du TAG (p. ex., les stratégies issues de la TCC de troisième vague) et des modalités de traitement émergentes pour faciliter l'accès à la thérapie en postpartum (p. ex., la téléthérapie, l'auto-traitement sur Internet). L'étude actuelle a aussi soulevé des hypothèses qui gagneraient à être explorées pour expliquer la variance de l'acceptabilité des stratégies. Les liens soulevés avec les variables sociodémographiques et cliniques pourraient faire l'objet de nouvelles études pour s'assurer de leur récurrence et approfondir leur compréhension. Par ailleurs, une étude qualitative pourrait être pertinente pour décrire les motifs sous-jacents à l'acceptabilité observée, mieux comprendre l'influence des variables ciblées sur l'acceptabilité selon les mères et possiblement dégager d'autres variables qui pourraient bonifier notre compréhension de la variance de l'acceptabilité. Enfin, il pourrait être intéressant de développer et de tester l'efficacité d'interventions visant à promouvoir l'acceptabilité des stratégies de traitement, notamment en adressant les EN anticipés. Par ailleurs, il serait aussi intéressant d'évaluer l'efficacité de la TCC pour le TAG en postpartum si l'on retirait les stratégies moins acceptables du plan de traitement.

En conclusion, cette étude était la première à évaluer l'acceptabilité de la TCC et de stratégies de traitement la composant pour le traitement du TAG auprès d'une population de nouvelles mères. Elle permet de conclure en l'acceptabilité de la TCC et de la majorité de ses stratégies. On observe toutefois que les stratégies de traitement diffèrent entre elles quant à leur acceptabilité, les stratégies potentiellement plus inconfortables étant souvent moins acceptables (p. ex., l'exposition in vivo). Cette étude souligne donc l'importance de tenir compte du point de vue des nouvelles mères sur la composition du traitement qui leur sera proposé pour leurs symptômes anxieux afin de maximiser leur intérêt et leur engagement à l'égard de celui-ci. Des variables sociodémographiques et cliniques ont aussi été identifiées comme prédicteurs de l'acceptabilité de la TCC et de ses stratégies de traitement, bien que les tailles d'effets observées soient modestes. Ces variables demeurent à considérer pour identifier la population plus à risque de douter de l'acceptabilité des interventions qui leur seront proposées pour le traitement du TAG.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

- Abidin, R. R. (1995). *The Parenting Stress Index* (3^e éd.). Psychological Assessment Resources.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Association.
- Arnold, M., & Kalibatseva, Z. (2020). Are superwomen without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women and Health, 61*. 148-159.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1844360>
- Ashford, M. T., Olander, E. K., Rowe, H., Fisher, J. R. W., & Ayers, S. (2018). Feasibility and acceptability of a web-based treatment with telephone support for postpartum women with anxiety: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health, 5*. e19.
<https://doi.org/10.2196/mental.9106>
- Banken, D. M., & Wilson, G. L. (1992). Treatment acceptability of alternative therapies for depression: A comparative analysis. *Psychotherapy, 29*, 610-619.
- Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lueken, U., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 29*, 948-957. <https://doi.org/10.1002/da.21955>
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de Stress Parental: Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Multi-Health Systems.
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2009). The acceptability of an Internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance and Counselling, 37*, 297-311.
<https://doi.org/10.1080/03069880902957023>
- Brisson, M., Kowalczyk, J. M., Bax-D'Auteuil, C., & Gosselin, P. (2021, mai). *Évaluation de l'intolérance à l'incertitude chez les aînés : validation d'une version courte de*

l'Inventaire de l'intolérance à l'incertitude [communication par affiche]. 88^e Congrès de l'Acfas, Sherbrooke, QC.

Camberis, A.-L., McMahon, C. A., Gibson, F. L., & Boivin, J. (2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among english-speaking australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology*, *50*, 2154-2164.

<https://doi.org/10.1037/a0037301>

Carter, S. L. (2007). Review of recent treatment acceptability research. *Education and Training in Developmental Disabilities*, *42*(3), 301-316.

Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Danel, M., & Walburg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *22*, 5-12.

<https://doi.org/10.1080/02646830310001643094>

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

Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 909-922. <https://doi.org/10.1037/a0013075>

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, *60*, 429-441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10255>

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, *36*, 139-145. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80062-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80062-0)

- Dennis, C.-L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth, 33*, 323-331. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., & Vigod, S. N. (2016). Identifying a women at risk for postpartum anxiety: A prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 134*, 485-493. <https://doi.org/10.1111/acps.12648>
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Sherwood, N. E., Simon, G. E., Ludman, E., Gallop, R., Welch, S. S., Boggs, J. M., Metcalf, C. A., Hubley, S., Powers, J. D., & Beck, A. (2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*, 26-36. <https://doi.org/10.1037/ccp0000151>
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657. <https://doi.org/10.1177/0145445500245002>
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété: validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 11*, 31-36.
- Favre, V. (2014). *Traitement des inquiétudes excessives et de l'anxiété généralisée chez les femmes primipares en période post-partum* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke.
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5^e éd.). Sage.
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Is dissemination working? *The Behavior Therapist, 27*, 25-32.

- Gameiro, S., Moura-Ramos, M., & Canavarro, M. C. (2009). Maternal adjustment to the birth of a child: Primiparity versus multiparity. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*, 269-286. <https://doi.org/10.1080/02646830802350898>
- Garcia-Blanco, A., Monferrer, A., Grimaldos, J., Hervas, D., Balanza-Martinez, V., Diago, V., Vento, M., & Chafer-Pericas, C. (2017). A preliminary study to assess the impact of maternal age on stress-related variables in healthy nulliparous women. *Psychoneuroendocrinology, 78*, 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.01.018>
- Gaudreau, C., Landreville, P., Carmichael, P.-H., Champagne, A., & Camateros, C. (2015). Older adults' rating of the acceptability of treatments for generalized anxiety disorder. *Clinical Gerontologist, 38*, 68-87. <https://doi.org/10.1080/07317115.2014.970319>
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women Mental Health, 13*, 61-74. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0109-y>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1427-1439. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.005>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie: Le Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 15*, 141-153. [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(05\)81235-2](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(05)81235-2)
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QÉC): développement et validation

- auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.
- Gosselin, P., & Viau-Guay, L. (2011). *Predictors of postnatal worry and parental adaptation in primiparous women*. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Toronto, Canada.
- Green, S. M., Haber, E., Frey, B. N., & McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: A pilot study. *Archives of Women Mental Health*, 18, 631-638. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0498-z>
- Grigoriadis, S., de Camps Meschino, D., Barrons, E., Bradley, L., Eady A., Fishell, A., Mamisachvili, L., Cook, G. S., O'Keefe, M., Romans, S., & Ross, L. E. (2011). Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Archives of Women Mental Health*, 14, 325-333. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0223-5>
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the french version of the Edinburg Postnatal Depression Scale: New results about use and psychometrics properties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.
- Haugen, P. T., Werth, A. S., Foster, A. L., & Owen, J. (2016). The role of theory-specific techniques and therapeutic alliance in promoting positive outcomes: Integrative psychotherapy for World Trade Center responders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(12), 955-959. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000631>
- Helbig, S., & Fehm, L. (2004). Problems with homework in CBT: Rare exception or rather frequent? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 291-301. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001365>

- Hoyer, J., van der Heiden, C., & Portman, M. E. (2011). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, *41*, 87-94. <https://doi.org/10.3928/00485713-20110203-07>
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist*. Sage.
- Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: Care, Health and Development*, *33*, 720-727. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00729.x>
- Kazdin, A. E. (1980). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *13*, 259-273.
- Kim, J. J., La Porte, L. M., Corcoran, M., Magasi, S., Batza, J., & Silver, R. K. (2010). Barriers to mental health treatment among obstetric patients at risk for depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *202*, 312.e1-312.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.004>
- Krieg, D. B. (2007). Does motherhood get easier the second-time around? Examining parenting stress and marital quality among mothers having their first or second child. *Parenting: Science and Practice*, *7*, 149-175. <https://doi.org/10.1080/15295190701306912>
- Kronmüller, K.-T., Saha, R., Karr, M., Kratz, B., Hunt, A., Mundt, C., & Backenstrass, M. (2006). Psychosocial factors associated with knowledge about affective disorders in patients with depression. *Psychopathology*, *39*, 105-112. <https://doi.org/10.1159/000091794>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, B., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 957-964. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.957>

- Landreville, P., & Guérette, A. (1998). Psychometric properties of a modified version of the Treatment Evaluation Inventory for assessing the acceptability of treatments for geriatric depression. *Canadian Journal on Aging, 17*, 415-424.
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guérette, A., & Matteau, É. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 56B*, 285-291.
<https://doi.org/10.1093/geronb/56.5.P285>
- Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W., & Jiang, H. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai China. *Journal of Affective Disorders, 274*, 848-856.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028>
- Loyd, B. H., & Abidin, R. R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology, 10*, 169-177.
- Mahdi, A., Dembinsky, M., Bristow, K., & Slade, P. (2019). Approaches to the prevention of postnatal depression and anxiety: A review of literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 40*, 250-263.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1512577>
- Miltenberger, R. G. (1990). Assessment of treatment acceptability: A review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education, 10*, 24-38.
- Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and treatment. *Journal of Women's Health, 24*, 762-770.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5150>
- Misri, S., Kendrick, K., Oberlander, T. F., Norris, S., Tomfohr, L., Hongbin, Z., & Grunau, R. E. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: A longitudinal, prospective study. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*, 222-228.

- Mohlman, J. (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychology and Aging, 27*, 1182-1190. <https://doi.org/10.1037/a0023126>
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? A qualitative study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 359-371. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.05.005>
- Otalunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 172-180. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.07.003>
- Paris, R., & Dubus, N. (2005). Staying connected while nurturing an infant: A challenge of new motherhood. *Family relations, 54*, 72-83. <https://doi.org/10.1111/j.0197-6664.2005.00007.x>
- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., Rapa, E., & Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and Anxiety, 30*, 506-514. <https://doi.org/10.1002/da.22040>
- Rowe, H. J., Calcagni, S. C., Galgut, S., Michelmore, J., & Fisher, J. R. W. (2014). Self-management of mild to moderate anxiety in women who have recently given birth: Development and acceptability of a theoretically sound complex intervention. *International Journal of Mental Health Promotion, 16*, 308-319. <https://doi.org/10.1080/14623730.2014.964050>
- Roy, P., Langlois, F., Gosselin, P., Rhéaume, J., & Dugas, M. (2015). *Le questionnaire d'évitement cognitif (QEC) : Analyses confirmatoires et relations avec des symptômes anxio-dépressifs*. Document inédit, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Schmidt, N. B., & Woolaway-Bickel, K. (2000). The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 13-18.
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.1.13>
- Slage, D. M., & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 329-337. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.4.329>
- Smith, A. H., Norton, P. J., & McLean, C. P. (2013). Client perceptions of therapy component helpfulness in group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 229-239. <https://doi.org/10.1002/jclp.21926>
- Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Wang, H., Poschman, K., & Yonkers, K. A. (2009). Success of mental health referral among pregnant and postpartum women with psychiatric distress. *General Hospital Psychiatry, 31*, 155-162.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.10.002>
- Sockol, L. E., & Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women Mental Health, 18*, 585-593.
<https://doi.org/10.1007/s00737-015-0511-6>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review, 31*, 839-849.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women Mental Health, 17*, 199-212.
<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0424-9>

- Stamou, G., Garcia-Palacios, A., & Botella, C. (2018). Cognitive-behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression: A narrative review. *BMC Psychology*, 6. <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0240-5>
- Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T., & Swinton, M. (2008). Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. *Qualitative Health Research*, 18, 1161-1173. <https://doi.org/10.1177/1049732308321736>
- Tarrier, N., Liversidge, T., & Gregg, L. (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1643-1656. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.012>
- 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 Mental Health*, 17, 433-442. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680.
- Viau-Guay, L. (2011). Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période périnatale (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke.
- Wagner, A. W., Bystritsky, A., Russo, J. E., Craske, M. G., Sherbourne, C. D., Stein, M. B., & Roy-Byrne, P. P. (2005). Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 21, 99-105. <https://doi.org/10.1002/da.20067>

- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety disorders, 19*, 295-311.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001>
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women Mental Health, 6*, 43-49.
<https://doi.org/10.1007/s00737-002-0154-2>
- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to a cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 1106-1117.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.014>
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology, 25*, 375-383. <https://doi.org/10.1037/a0023790>
- Wolf, M. M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its hearth. *Journal of Applied Behavior Analysis, 11*, 203-214.
- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the Maternal Health Study. *Archives of Womens Mental Health, 12*, 75-83. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0049-6>
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., & Bittinger, J. N. (2009). What you believe is what you want: Modeling PTSD-related treatment preferences for sertraline or prolonged exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 455-467.
<https://doi.org/10.1016/j.btep.2009.06.001>

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes*

Variables continues	<i>M (ET)</i>	<i>n</i>
Âge	30,06 (4,34)	604
Variables catégorielles	<i>n</i>	%
Scolarité		
Primaire ou secondaire	85	14,10 %
Collégial	175	29,00 %
1 ^{er} cycle universitaire	204	33,80 %
Cycles supérieurs universitaires	139	23,10 %
Statut civil		
En couple	587	97,19 %
Célibataire	17	2,81 %
Situation financière		
Très satisfaisante	71	11,80 %
Satisfaisante	290	48,00 %
Acceptable	196	32,50 %
Insatisfaisante	42	7,00 %
Très insatisfaisante	5	0,80 %
Minorité ethnique		
Oui	20	3,30 %
Non	584	96,70 %
Nombre d'enfants la semaine		
Un	355	59,46 %
Deux ou plus	242	40,54 %
Prématurité		
Oui	49	8,10 %
Non	555	91,90 %
Variables liées à la consultation		
Connaissance des traitements		
Excellente	55	9,10 %
Bonne	216	35,80 %
Moyenne	230	38,10 %
Faible	82	13,60 %
Très faible	21	3,50 %
Attitude par rapport aux traitements		
Très favorable	198	32,80 %
Favorable	283	46,90 %
Neutre	113	18,70 %
Défavorable	10	1,70 %
Très défavorable	0	0 %
Expérience de consultation		
Oui	320	53 %
Non	284	47 %
Expérience positive de consultation		
Oui	284	90,73 %
Non	29	9,27 %

Variables liées à la consultation			
Expérience négative de consultation			
Oui	51	16,30 %	
Non	262	83,70 %	
Variables cliniques			
QIA			
TAG	25,81 %	40	
Non TAG	74,19 %	115	
Variables continues		<i>M (ET)</i>	<i>n</i>
QIM		23,94 (8,46)	154
EPDS		6,55 (4,23)	154
ISP			
Relation conjugale		19,01 (5,42)	154
Isolement social		14,61 (4,86)	154
ATOM		38,24 (13,00)	154
QAP		26,56 (9,98)	153
III partie A		22,67 (8,14)	151
III partie B		32,79 (11,02)	151
QEC		31,62 (11,42)	149

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

Tableau 2*Acceptabilité de la thérapie cognitive-comportementale et des stratégies de traitement*

Traitement ou stratégie de traitement	Score total d'acceptabilité			Sous-échelle acceptabilité générale			Sous-échelle effets négatifs		
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>n</i>
Thérapie cognitive-comportementale	59,89	8,89	604	45,33	7,57	604	14,55	3,18	604
Psychoéducation	24,76	5,93	163	14,21	4,35	163	10,55	2,76	163
Restructuration cognitive	26,31	5,34	163	16,31	3,91	163	9,99	2,60	163
Exposition in vivo	18,29	6,56	163	12,67	4,96	163	5,63	2,83	163
Exposition cognitive	21,64	5,81	163	13,54	4,02	163	8,10	2,79	163
Activation comportementale	28,60	4,90	163	17,01	3,72	163	11,59	2,19	163
Résolution de problèmes	26,16	5,63	163	15,44	4,43	163	10,72	2,33	163
Entraînement à l'affirmation	22,83	6,21	163	12,63	5,10	163	10,20	2,83	163
Devoirs	25,02	6,53	163	14,64	4,91	163	10,37	2,79	163

Note. Pour les résultats de la thérapie cognitive-comportementale, les médianes sont de 44 pour le score total, 32 pour la sous-échelle acceptabilité générale et 12 pour la sous-échelle effets négatifs. Pour les résultats des stratégies de traitement, les médianes sont de 20 pour le score total, 12 pour la sous-échelle acceptabilité générale et 8 pour la sous-échelle effets négatifs.

Restructuration cognitive									
Expérience de consultation	1,67	0,22	2,57*	0,21	Connaissance des traitements	0,36	0,13	2,42*	0,13
QIA	0,26	0,03	0,32	0,03	CONSTANTE	8,98			
EPDS	0,09	0,10	1,13	0,09					
CONSTANTE	14,64								
Exposition in vivo									
Relation conjugale	-0,11	-0,12	-1,36	-0,11	Nombre d'enfants	0,29	0,05	0,63	0,05
Isolement social	-0,13	-0,13	-1,49	-0,12	Expérience de consultation	-0,67	-0,12	-1,43	-0,12
CONSTANTE	16,57				QEC	-0,04	-0,15	-1,79	-0,15
					CONSTANTE	6,93			
Exposition cognitive									
Situation financière	-0,82	-0,17	-2,74**	-0,17	Situation financière	-0,33	-0,10	-1,18	-0,10
CONSTANTE	15,45				EPDS	-0,12	-0,19	-2,32*	-0,19
					CONSTANTE	9,66			
Activation comportementale									
EPDS	0,16	0,19	2,35*	0,19	Situation financière	-0,60	-0,22	-3,28**	-0,22
CONSTANTE	16,01				Expérience de consultation	0,69	0,14	2,18*	0,15
					CONSTANTE	12,51			
Résolution de problèmes									
QIA	0,86	0,09	0,95	0,08	Expérience de consultation	0,68	0,14	1,68	0,14
EPDS	0,19	0,18	2,04*	0,16	QIA	1,00	0,18	1,90	0,15
CONSTANTE	13,98				QIM	0,01	0,02	0,22	0,02
					CONSTANTE	9,89			

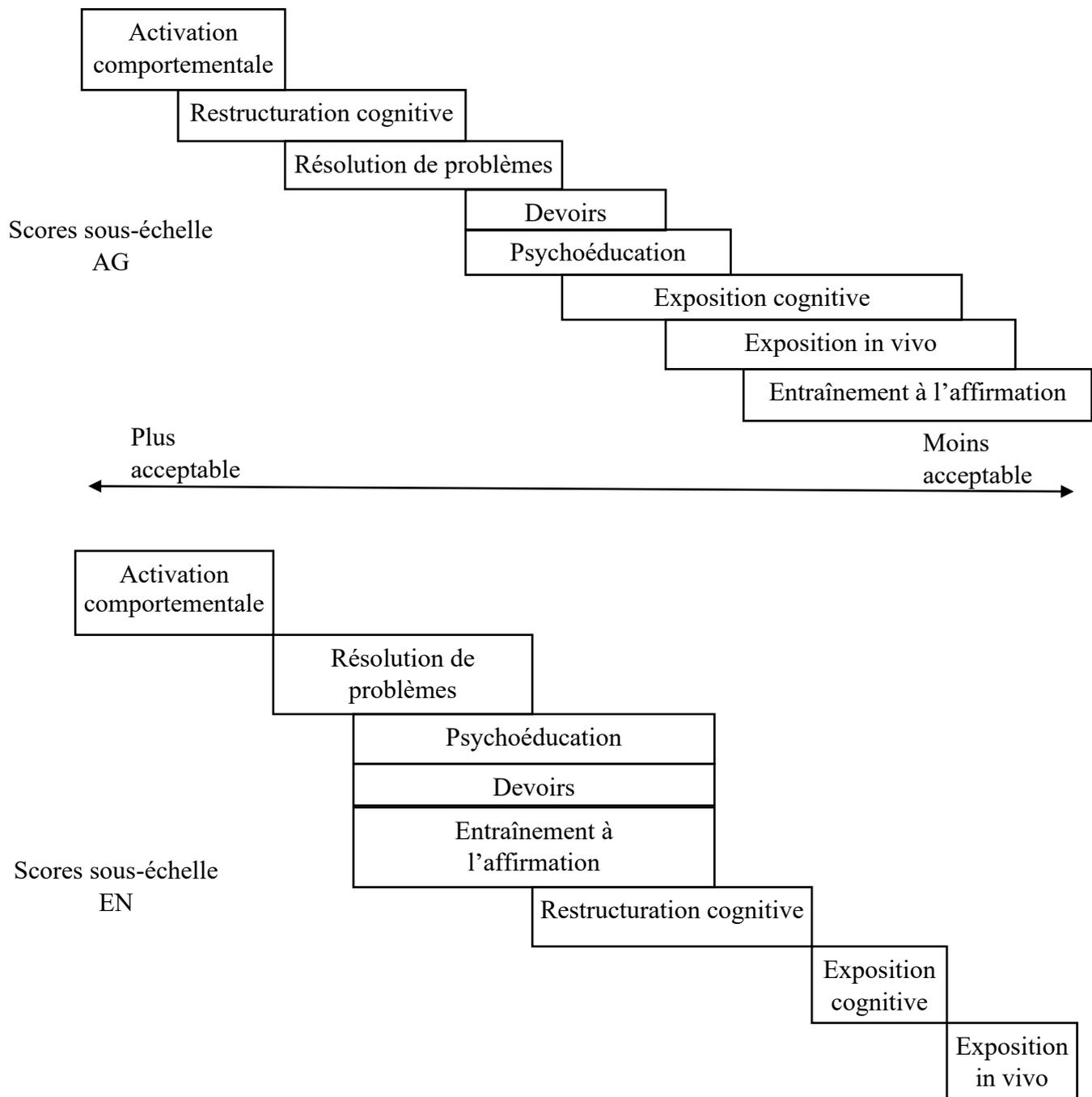
Entraînement à l'affirmation								
QEC	0,08	0,17	2,14*	0,17				
CONSTANTE	10,29							
				<u>Étape 1</u>				
				Scolarité				
				Collégial	1,51	0,24	1,94	0,16
				1 ^{er} cycle universitaire	2,44	0,41	3,25**	0,26
				Cycles supérieurs universitaires	2,67	0,40	3,37**	0,27
				CONSTANTE	8,22			
				<u>Étape 2</u>				
				Scolarité				
				Collégial	1,32	0,21	1,68	0,14
				1 ^{er} cycle universitaire	2,10	0,35	2,61*	0,21
				Cycles supérieurs universitaires	2,18	0,33	2,50*	0,20
				Situation financière	-0,21	-0,06	-0,66	-0,05
				Isolement social	-0,07	-0,11	-1,36	-0,11
				CONSTANTE	9,95			
Devoirs								
Âge	0,12	0,11	1,34	0,11				
Nombre d'enfants	1,86	0,19	2,38*	0,19				
CONSTANTE	10,33							

Note. TCC = Thérapie cognitive-comportementale; QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité.

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

Figure 1

Ordre des stratégies de traitement en fonction du score aux sous-échelles AG et EN



Note. AG = Acceptabilité générale; EN = Effets négatifs. Les stratégies qui se chevauchent n'ont pas de différence significative entre elles et celles qui ne se chevauchent pas ont une différence significative selon les tests post hoc avec correction de Bonferroni ($p < 0,05$).

Appendice A

Matériel supplémentaire en ligne – Mise en situation et descriptions

Mise en situation

Depuis la naissance de votre bébé, vous avez commencé à être incapable de cesser de vous inquiéter ou vous avez commencé à vous inquiéter encore plus qu'à votre habitude. Vous êtes envahie par diverses préoccupations à propos de votre quotidien: vous craignez de ne pas vous occuper correctement de votre bébé et de ne pas arriver à bien entretenir la maison. Vous avez peur que votre bébé puisse tomber malade et que votre relation de couple se détériore. Et si vous n'arriviez jamais à réaliser toutes vos tâches, à en voir le bout et à trouver du temps pour vous ? Vous appréhendez le retour au travail en vous demandant si vous serez toujours compétente et si vous réussirez à trouver une bonne garderie. Ces inquiétudes et votre anxiété, toujours présentes, vous causent une grande détresse et nuisent à votre quotidien. Vous avez l'impression de ne pas être une bonne mère puisque vous vous inquiétez constamment lorsque vous vous occupez de votre enfant et avez de la difficulté à vous concentrer. Et si jamais cela avait un impact sur votre relation avec votre enfant ? Vous avez aussi l'impression de ne pas être présente pour votre conjoint et votre entourage parce que vous êtes toujours prise dans vos tâches et les nombreuses choses à prévoir ou à vérifier pour que tout se passe bien. Vous êtes fatiguée et avez de la difficulté à dormir même quand votre bébé dort. Vous vous sentez souvent sur les nerfs et irritable. Vous êtes aussi très tendue.

Thérapie cognitive-comportementale

La thérapie cognitive-comportementale vise à identifier et à changer les comportements et les pensées qui vous amènent à vous inquiéter excessivement et à être anxieuse. Le thérapeute explore brièvement avec vous comment a pu se développer votre anxiété et vous donne de l'information sur les facteurs psychologiques qui font en sorte que

vosre anxiété excessive se maintienne. Des habiletés vous sont ensuite enseignées afin que vous appreniez à modifier vos pensées négatives et à faire face à vos craintes avec des comportements plus appropriés. L'ensemble de la thérapie demande une collaboration active entre vous et votre thérapeute. Il vous sera par exemple demandé d'observer et de noter les situations, les émotions, les pensées et les comportements qui peuvent vous rendre anxieuse. Il vous sera également recommandé de mettre en pratique entre les séances les nouvelles habiletés apprises en thérapie pour gérer votre anxiété. Ce type de traitement s'échelonne environ sur 16 séances, à raison d'une séance hebdomadaire d'une heure. Il a l'avantage de vous enseigner des stratégies qui pourront être réutilisées de manière autonome face aux futurs problèmes auxquels vous pourriez être confrontés. Son efficacité est également soutenue par de nombreuses études. Par contre, elle nécessite un investissement de temps et d'efforts de votre part et peut occasionner des montées d'anxiété temporaires lorsque vous vous pratiquez à faire face à des situations difficiles pour vous.

Psychoéducation

La psychoéducation a pour objectif de vous permettre de comprendre vos réactions (anxiété, inquiétudes) et pourquoi vous les expérimentez. De l'information vous est fournie par la thérapeute sur l'origine de votre anxiété et de vos inquiétudes excessives de même que sur les facteurs qui les maintiennent. Vous avez alors l'occasion de poser toutes les questions que vous souhaitez afin de mieux comprendre vos pensées, émotions et comportements de même que les liens entre eux. De l'information est également fournie par la thérapeute sur les particularités de l'anxiété en postpartum. La psychoéducation s'étale habituellement sur une à deux séances de thérapie. Elle vous permet de comprendre vos réactions et de les normaliser. Par contre, ce n'est pas une intervention qui vise directement et activement à entraîner un changement. Elle permet plutôt de comprendre le fonctionnement d'autres interventions visant le changement.

Restructuration cognitive

La restructuration cognitive vise à vous faire prendre conscience du lien entre des erreurs récurrentes dans votre manière de penser et votre anxiété, ainsi qu'à apporter des changements dans votre manière de penser afin que vous soyez moins anxieuse. La restructuration cognitive vous apprend à porter attention à vos pensées, à comment elles affectent vos émotions et à comment elles peuvent vous empêcher d'entreprendre certaines actions. Elle vous apprend ensuite à gérer les pensées qui ont un impact négatif dans votre vie. La restructuration cognitive est généralement utilisée en combinaison avec d'autres outils au sein de suivis de 12 à 16 séances. Elle génère habituellement peu d'anxiété et des recherches soutiennent son efficacité à long terme. Par contre, il peut être difficile de changer ses manières de penser négatives et il peut aussi être difficile pour certaines personnes de réfléchir à leurs pensées.

Exposition in vivo

L'exposition in vivo a pour objectif de réduire votre anxiété en vous poussant à confronter des situations stressantes que vous évitez généralement. Vous devez confronter les situations qui vous stressent et vous inquiètent jusqu'à ce que votre anxiété ait significativement diminué. Vous faites d'abord face aux situations qui vous causent moins d'anxiété et progressez graduellement vers celles qui vous causent le plus d'anxiété. Le thérapeute vous accompagne dans les situations qui vous inquiètent, mais vous êtes ensuite invitée à faire face à ces situations sans l'accompagnement de votre thérapeute. Si vous quittez une situation stressante parce qu'elle vous cause de l'anxiété, vous serez invitée à y retourner jusqu'à ce que vous soyez confortable. L'exposition in vivo est généralement utilisée en combinaison avec d'autres outils au sein de suivis de 12 à 16 séances. Les recherches soutiennent qu'elle est très efficace et elle permet de vous aider à faire face à des situations qui se produisent réellement dans votre vie. Elle permet d'apprendre à développer

une meilleure tolérance face à certains aspects de votre vie (p. ex., tolérance au stress, aux risques de la vie, aux sensations physiques associées à l'anxiété). Par contre, il peut être stressant et difficile de faire face aux situations que l'on évite habituellement. De plus, se mettre dans les situations qui nous rendent anxieuse nécessite un investissement de temps.

Exposition cognitive

L'exposition cognitive consiste à penser à vos inquiétudes afin que vous puissiez vous habituer à l'anxiété qu'elles provoquent et que la fréquence de vos inquiétudes diminue. On vous demande donc de penser à vos inquiétudes et aux conséquences qui en découlent selon vous. Vous écrivez alors un scénario comprenant les conséquences liées à vos inquiétudes, en y mettant le plus de détails possible, et vous le lisez à plusieurs reprises en l'imaginant se réaliser. L'exposition cognitive est généralement utilisée en combinaison avec d'autres outils au sein de suivis de 12 à 16 séances. Les recherches soutiennent qu'elle est très efficace et que c'est une stratégie facile à utiliser (penser à une situation qui nous inquiète peut être plus simple que de trouver cette situation et de d'y exposer). Elle permet d'apprendre à développer progressivement une meilleure tolérance aux émotions négatives associées à nos inquiétudes. Par contre, il peut être stressant et difficile de faire face à des pensées douloureuses. De plus, penser à ses inquiétudes pour de longues périodes demande un investissement de temps.

Activation comportementale

L'activation comportementale vise à diminuer l'humeur dépressive et à favoriser l'adaptation à la maternité en vous incitant à vous investir dans des activités agréables. Le thérapeute vous explique d'abord la relation entre la dépression et l'anxiété après l'accouchement. Il observe ensuite avec vous comment le choix de vos activités quotidiennes influence votre humeur. Il vous incite alors à pratiquer régulièrement des activités agréables, si possible exigeant un effort physique ou vous mettant en contact avec d'autres personnes. Une séance est nécessaire pour observer le lien entre vos activités quotidiennes et votre

humeur et élaborer un plan d'activités que vous pourriez intégrer à votre mode de vie. Vous êtes ensuite emmenée à inclure ces activités plaisantes dans votre vie pendant au moins quatre semaines et à discuter avec votre thérapeute des obstacles que vous rencontrez et des bénéfices que cela vous apporte. Les recherches soutiennent l'efficacité de l'activation comportementale pour diminuer les symptômes dépressifs. Elle permet également d'agir sur certains symptômes anxieux puisqu'elle aurait un impact positif sur le sommeil, la fatigue et les tensions musculaires. Elle aiderait aussi à briser l'isolement. Cependant, cette stratégie ne cible pas directement les symptômes anxieux et nécessite un investissement de temps à l'extérieur de la thérapie.

Entraînement à la résolution de problèmes

L'entraînement à la résolution de problèmes vise à diminuer vos inquiétudes qui découlent des problèmes présents dans votre vie par l'amélioration de vos habiletés à les résoudre et par un changement d'attitude vis-à-vis de ceux-ci. Pour vous aider à mieux résoudre vos problèmes, le thérapeute vous demande d'abord d'identifier les problèmes actuels qui sont à l'origine d'une partie de vos inquiétudes et d'observer comment l'inaction par rapport à ceux-ci maintient les inquiétudes. Le thérapeute vous enseigne ensuite une procédure en cinq étapes concrètes pour les résoudre et vous aide à la mettre en pratique. Vous êtes ensuite invitée à pratiquer la résolution de problèmes à la maison. Le thérapeute vous invite également à observer votre attitude négative par rapport aux problèmes dans votre vie. Il vous invite à prendre conscience que vous percevez probablement vos problèmes comme des menaces et que vous doutez de vos capacités à les résoudre. Il vous incite alors à prendre conscience de vos pensées négatives lorsque vous faites face à un problème et vous invite à les changer pour des pensées plus positives et réalistes. L'entraînement à la résolution de problèmes s'étale généralement sur trois à quatre séances. Il permet d'améliorer votre attitude à l'égard de vos problèmes, votre capacité à les résoudre et de diminuer vos

inquiétudes par rapport à ceux-ci. Cette stratégie nécessite par contre un investissement de temps à l'extérieur de la thérapie et ne cible pas toutes les inquiétudes puisqu'elle se centre sur les problèmes présents et non ceux anticipés.

Entraînement à l'affirmation de soi et aux habiletés sociales

L'entraînement à l'affirmation de soi et aux habiletés sociales vise à vous permettre d'avoir des interactions plus positives avec les autres, à vous aider à être mieux comprise par votre entourage et à y rechercher l'aide dont vous avez besoin. Pour ce faire, le thérapeute vous donne de l'information sur les différentes manières de communiquer (passive, agressive, affirmative) ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients. Vous êtes ensuite invitée à identifier les situations où il vous est difficile de vous affirmer et le thérapeute vous donne des outils pour y être plus affirmative. Vous êtes invitée d'abord à vous imaginer être plus affirmative à l'aide de ces outils dans les situations où cela vous semble moins difficile et à le mettre en pratique par la suite. Vous êtes ensuite invitée à refaire cette procédure pour les situations dans lesquelles il vous semble plus difficile de vous affirmer. Le thérapeute vous offre également d'autres outils pour faciliter votre communication avec les autres (tels que complimenter, marquer votre approbation lorsque vous êtes d'accord, entretenir une conversation). L'entraînement à l'affirmation de soi et aux habiletés sociales s'étale généralement sur une à deux séances. Il permet principalement d'agir sur les problèmes dans vos relations en vous permettant de faire comprendre votre situation à votre entourage et de rechercher le soutien dont vous avez besoin. Cette stratégie nécessite par contre un investissement en dehors des séances et ne vise pas directement la diminution de vos inquiétudes et de votre anxiété.

Devoirs

L'utilisation des devoirs permet de mieux vous préparer aux séances et de pratiquer les habiletés que vous avez apprises en thérapie entre les rencontres afin qu'elles s'intègrent dans

vosseur quotidien. Les devoirs varient beaucoup selon les stratégies thérapeutiques avec lesquelles ils sont combinés. Ils peuvent consister à effectuer des lectures concernant ce qui a été ou ce qui sera discuté en séance, à observer et à prendre en note vos inquiétudes ainsi que les circonstances dans lesquelles elles se manifestent et leurs conséquences ou à pratiquer les techniques qui vous ont été enseignées en séance (se pratiquer au quotidien à faire de la restructuration cognitive, de l'exposition cognitive ou in vivo, de l'activation comportementale, de la résolution de problèmes ou à s'affirmer). Généralement, il y a des devoirs entre chacune des séances. Ils permettent d'être mieux préparée aux séances de thérapie, de consolider les acquis développés au sein des séances et de les transférer dans notre vie réelle. Par contre, les devoirs impliquent un investissement de temps et d'efforts de votre part entre les séances de thérapie.

Appendice B

Matériel supplémentaire en ligne – Tableaux des corrélations, des tests *t* et des ANOVAs entre les variables sociodémographiques et cliniques et l'acceptabilité de la TCC et des stratégies de traitement

Tableau B1

Acceptabilité de la TCC en fonction des caractéristiques des participantes

Variables sociodémographiques								
Variables continues	Acceptabilité générale				Effets négatifs			
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
Âge	0,042	0,299	604	0,137	0,001**	604		
Situation financière	-0,117	0,004**	604	-0,065	0,108	604		
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	44,53	8,63	0,637	85	14,08	3,36	0,184	85
Collégial	45,47	7,17		175	14,65	3,41		175
1er cycle universitaire	45,72	7,61		204	14,84	3,06		204
Cycles supérieurs universitaires	45,08	7,31		139	14,27	2,91		139
Nombre d'enfants								
Un	45,65	7,55	0,189	355	14,48	3,31	0,506	355
Deux ou plus	44,82	7,55		242	14,65	2,99		173
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
Connaissance des traitements	-0,020	0,625	604	0,046	0,256	604		
Attitude par rapport aux traitements	-0,243	<0,001**	604	-0,013	0,747	604		
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	46,31	7,31	0,001**	320	14,36	3,02	0,119	320
Non	44,24	7,69		284	14,77	3,35		284

Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	47,13	6,59	0,016*	40	14,70	3,52	0,548	40
Non TAG	43,75	7,89		115	14,33	3,28		115
Variables continues		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIM		0,090	0,264	154		0,068	0,400	154
EPDS		0,028	0,735	154		-0,046	0,571	154
ISP								
Relation conjugale		-0,071	0,384	154		-0,009	0,908	154
Isolement social		-0,022	0,782	154		-0,061	0,450	154
ATOM		0,041	0,612	154		0,080	0,324	154
QAP		0,040	0,626	153		0,012	0,885	153
III partie A		0,082	0,317	151		0,114	0,165	151
III partie B		0,041	0,619	151		0,068	0,404	151
QEC		0,088	0,286	149		0,004	0,966	149

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de

Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes

Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III =

Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

Tableau B2*Acceptabilité de la psychoéducation en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	-0,002	0,974	414		0,101	0,039*	413	
Situation financière	-0,021	0,677	414		-0,089	0,070	413	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	15,59	4,71	0,038*	54	10,67	2,73	0,517	54
Collégial	14,20	4,45		112	10,36	2,90		112
1er cycle universitaire	13,62	4,31		143	10,80	2,56		143
Cycles supérieurs universitaires	13,90	3,99		105	10,85	2,61		104
Nombre d'enfants								
Un	14,19	4,33	0,591	249	10,66	2,76	0,882	248
Deux ou plus	13,96	4,38		161	10,70	2,58		161
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	-0,011	0,831	414		0,006	0,907	413	
Attitude par rapport aux traitements	0,022	0,661	414		0,006	0,909	413	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	13,92	4,50	0,331	237	10,63	2,77	0,697	237
Non	14,34	4,14		177	10,73	2,58		176
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	15,30	4,95	0,085 ^a	40	10,45	2,89	0,943	40
Non TAG	13,77	4,07		115	10,49	2,75		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,122	0,132	154		0,056	0,487	154	
EPDS	0,057	0,485	154		-0,102	0,210	154	
ISP								
Relation conjugale	0,057	0,486	154		-0,032	0,693	154	
Isolement social	0,140	0,083	154		0,046	0,571	154	
ATOM	0,072	0,375	154		0,025	0,757	154	
QAP	0,011	0,888	153		-0,109	0,179	153	
III partie A	0,156	0,055	151		-0,029	0,720	151	
III partie B	0,137	0,093	151		0,012	0,884	151	
QEC	0,196	0,016*	149		-0,058	0,484	149	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau B3

Acceptabilité de la restructuration cognitive en fonction des caractéristiques des participantes

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	0,074	0,171	341		0,055	0,310	341	
Situation financière	-0,038	0,485	341		-0,062	0,254	341	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	16,49	4,09	0,555 ^a	41	9,90	2,79	0,974 ^a	41
Collégial	15,75	4,43		96	9,88	3,03		96
1er cycle universitaire	16,56	3,73		115	10,03	2,31		115
Cycles supérieurs universitaires	16,33	3,33		89	9,91	2,25		89
Nombre d'enfants								
Un	16,32	3,86	0,928	203	10,01	2,57	0,496	203
Deux ou plus	16,28	3,85		135	9,82	2,51		135
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,022	0,688	341		0,130	0,016*	341	
Attitude par rapport aux traitements	-0,046	0,398	341		0,015	0,782	341	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	16,72	3,64	0,009**	202	9,93	2,59	0,913	202
Non	15,60	4,14		139	9,96	2,54		139
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	17,35	3,45	0,044*	40	10,48	2,51	0,121	40
Non TAG	15,93	3,93		115	9,73	2,63		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,095	0,242	154		0,094	0,249	154	
EPDS	0,162	0,045*	154		-0,036	0,655	154	
ISP								
Relation conjugale	0,080	0,323	154		-0,013	0,874	154	
Isolement social	0,079	0,328	154		0,126	0,121	154	
ATOM	0,019	0,812	154		0,080	0,322	154	
QAP	0,107	0,189	153		-0,047	0,563	153	
III partie A	0,134	0,102	151		0,052	0,527	151	
III partie B	0,149	0,068	151		0,057	0,487	151	
QEC	0,031	0,710	149		-0,031	0,708	149	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau B4*Acceptabilité de l'exposition in vivo en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	0,040	0,488	297		0,085	0,145	297	
Situation financière	-0,106	0,069	297		-0,071	0,224	297	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	12,74	6,01	0,186	38	5,92	3,51	0,311	38
Collégial	13,58	4,99		81	5,90	2,96		81
1er cycle universitaire	12,47	4,67		102	5,42	2,88		102
Cycles supérieurs universitaires	11,88	4,68		76	5,14	2,32		76
Nombre d'enfants								
Un	12,38	5,25	0,318 ^a	175	5,21	2,69	0,028*	175
Deux ou plus	12,96	4,53		119	5,95	3,04		119
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,024	0,682	297		-0,068	0,239	297	
Attitude par rapport aux traitements	-0,087	0,136	297		0,039	0,504	297	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	12,49	4,95	0,467	179	5,22	2,49	0,015*	179
Non	12,92	5,00		118	6,04	3,30		118
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	12,18	5,16	0,591	40	5,45	3,10	0,746	40
Non TAG	12,66	4,83		115	5,62	2,71		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,001	0,995	154		-0,049	0,545	154	
EPDS	-0,079	0,330	154		-0,062	0,447	154	
ISP								
Relation conjugale	-0,178	0,027*	154		-0,065	0,422	154	
Isolement social	-0,184	0,022*	154		-0,096	0,236	154	
ATOM	-0,051	0,527	154		-0,015	0,854	154	
QAP	-0,083	0,307	153		-0,116	0,152	153	
III partie A	-0,062	0,452	151		-0,110	0,178	151	
III partie B	-0,087	0,290	151		-0,114	0,162	151	
QEC	-0,083	0,312	149		-0,162	0,048*	149	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau B5*Acceptabilité de l'exposition cognitive en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	0,036	0,560	258		0,039	0,533	258	
Situation financière	-0,169	0,007**	258		-0,125	0,044*	258	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	13,59	3,87	0,884	29	8,07	3,14	0,986	29
Collégial	13,18	4,41		71	8,00	3,09		71
1er cycle universitaire	13,62	3,99		91	8,15	2,56		91
Cycles supérieurs universitaires	13,72	4,42		67	8,15	2,90		67
Nombre d'enfants								
Un	13,24	4,25	0,220	149	7,94	2,96	0,427	149
Deux ou plus	13,90	4,11		106	8,23	2,65		106
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,037	0,551	258		0,001	0,989	258	
Attitude par rapport aux traitements	-0,069	0,271	258		0,004	0,950	258	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	13,34	4,50	0,405	155	7,88	2,93	0,134	155
Non	13,79	3,69		103	8,43	2,72		103
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	13,80	3,84	0,610	40	8,33	2,72	0,543	40
Non TAG	13,43	3,92		115	8,02	2,76		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,065	0,420	154		-0,018	0,828	154	
EPDS	-0,141	0,081	154		-0,209	0,009**	154	
ISP								
Relation conjugale	-0,065	0,424	154		-0,003	0,971	154	
Isolement social	-0,120	0,139	154		-0,086	0,292	154	
ATOM	-0,015	0,852	154		-0,037	0,646	154	
QAP	-0,081	0,317	153		-0,147	0,070	153	
III partie A	-0,054	0,511	151		-0,043	0,600	151	

	Variables cliniques					
III partie B	-0,033	0,688	151	-0,064	0,434	151
QEC	-0,080	0,331	149	-0,150	0,068	149

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

Tableau B6

Acceptabilité de l'activation comportementale en fonction des caractéristiques des participantes

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	-0,009	0,897	219		0,080	0,240	218	
Situation financière	-0,121	0,075	219		-0,228	0,001**	218	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	15,96	4,83	0,286 ^a	28	10,26	3,06	0,157 ^a	27
Collégial	17,52	3,68		58	11,74	2,25		58
1er cycle universitaire	16,63	3,72		79	11,62	2,29		79
Cycles supérieurs universitaires	16,33	4,09		54	11,65	1,94		54
Nombre d'enfants								
Un	16,86	3,88	0,495	131	11,60	2,37	0,384	131
Deux ou plus	16,48	4,14		86	11,32	2,32		85
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,114	0,093	219		-0,022	0,746	218	
Attitude par rapport aux traitements	0,093	0,170	219		-0,044	0,519	218	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	16,65	4,07	0,777	133	11,80	2,12	0,022* ^a	132
Non	16,80	3,82		86	11,02	2,58		86
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	17,15	4,23	0,874	40	12,08	1,97	0,110	40
Non TAG	17,04	3,42		115	11,43	2,24		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	-0,002	0,978	154		-0,013	0,872	154	
EPDS	0,187	0,020*	154		-0,017	0,833	154	
ISP								
Relation conjugale	0,146	0,071	154		0,094	0,245	154	
Isolement social	0,141	0,081	154		-0,007	0,935	154	

	Variables cliniques					
ATOM	0,094	0,244	154	0,038	0,643	154
QAP	0,037	0,649	153	-0,079	0,331	153
III partie A	0,096	0,239	151	0,083	0,311	151
III partie B	0,071	0,387	151	0,003	0,975	151
QEC	0,109	0,186	149	0,037	0,654	149

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de

Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes

Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III =

Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau B7*Acceptabilité de la résolution de problèmes en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	-0,070	0,347	184		0,084	0,258	184	
Situation financière	-0,064	0,391	184		-0,093	0,207	184	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	15,75	4,59	0,948	20	10,35	2,23	0,472 ^a	20
Collégial	15,14	4,25		50	10,74	2,83		50
1er cycle universitaire	15,28	4,40		68	10,53	1,97		68
Cycles supérieurs universitaires	15,52	4,56		46	11,09	2,09		46
Nombre d'enfants								
Un	15,69	4,49	0,201	110	10,88	2,34	0,225	110
Deux ou plus	14,83	4,27		72	10,46	2,23		72
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,073	0,323	184		0,016	0,829	184	
Attitude par rapport aux traitements	0,041	0,576	184		-0,030	0,684	184	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	15,43	4,63	0,773	112	11,00	2,12	0,029*	112
Non	15,24	4,02		72	10,25	2,47		72
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	16,68	4,18	0,038*	40	11,65	2,13	0,002**	40
Non TAG	15,01	4,40		115	10,34	2,35		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,062	0,442	154		0,165	0,041*	154	
EPDS	0,222	0,006**	154		0,102	0,207	154	
ISP								
Relation conjugale	0,135	0,094	154		0,027	0,736	154	
Isolement social	0,144	0,075	154		0,088	0,276	154	
ATOM	0,102	0,207	154		0,058	0,473	154	
QAP	0,082	0,312	153		0,033	0,683	153	

	Variables cliniques					
III partie A	0,000	0,997	151	0,097	0,234	151
III partie B	0,053	0,514	151	0,094	0,249	151
QEC	0,127	0,123	149	0,050	0,545	149

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau B8

Acceptabilité de l'entraînement à l'affirmation en fonction des caractéristiques des participantes

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	-0,046	0,554	168		0,086	0,269	168	
Situation financière	-0,066	0,396	168		-0,171	0,027*	168	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	13,25	4,81	0,597	20	8,70	3,39	0,021*	20
Collégial	13,37	4,84		46	9,80	3,11		46
1er cycle universitaire	12,29	4,92		58	10,74	2,57		58
Cycles supérieurs universitaires	12,16	5,66		44	10,61	2,27		44
Nombre d'enfants								
Un	12,65	4,78	0,946	99	10,13	2,88	0,590	99
Deux ou plus	12,70	5,57		67	10,37	2,76		67
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,089	0,249	168		0,045	0,562	168	
Attitude par rapport aux traitements	0,076	0,330	168		-0,142	0,067	168	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	12,78	5,15	0,735	99	10,43	2,64	0,215	99
Non	12,51	5,00		69	9,88	3,05		69
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	13,28	5,08	0,457	40	10,25	2,85	0,846	40
Non TAG	12,58	5,05		115	10,15	2,88		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,037	0,651	154		-0,025	0,755	154	
EPDS	0,149	0,066	154		-0,080	0,322	154	
ISP								
Relation conjugale	-0,088	0,275	154		-0,039	0,629	154	
Isolement social	0,001	0,987	154		-0,178	0,028*	154	
ATOM	0,014	0,868	154		-0,121	0,134	154	

	Variables cliniques					
QAP	0,015	0,851	153	-0,137	0,090	153
III partie A	0,019	0,819	151	-0,035	0,671	151
III partie B	0,077	0,345	151	-0,033	0,685	151
QEC	0,174	0,034*	149	-0,158	0,054	149

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de

Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes

Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III =

Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-

abrégé.

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

Tableau B9*Acceptabilité des devoirs en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	0,154	0,049*	163		0,085	0,282	163	
Situation financière	-0,080	0,309	163		-0,093	0,239	163	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	13,44	5,17	0,750	18	9,61	3,57	0,293	18
Collégial	14,78	4,70		46	10,91	2,72		46
1er cycle universitaire	14,74	4,53		57	10,09	2,68		57
Cycles supérieurs universitaires	14,88	5,60		42	10,50	2,62		42
Nombre d'enfants								
Un	13,85	5,00	0,009*	95	10,31	2,86	0,543	95
Deux ou plus	15,89	4,54		66	10,58	2,63		66
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,059	0,453	163		0,033	0,672	163	
Attitude par rapport aux traitements	-0,035	0,657	163		-0,005	0,950	163	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	15,10	5,08	0,172	94	10,50	2,85	0,504	94
Non	14,03	4,65		69	10,20	2,72		69
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	14,70	4,60	0,767	40	10,95	3,00	0,104	40
Non TAG	14,43	4,95		115	10,10	2,75		115
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,019	0,818	154		0,095	0,240	154	
EPDS	0,030	0,710	154		-0,038	0,638	154	
ISP								
Relation conjugale	-0,110	0,175	154		-0,038	0,642	154	
Isolement social	0,049	0,546	154		-0,026	0,752	154	
ATOM	-0,023	0,777	154		0,006	0,939	154	
QAP	0,076	0,347	153		-0,070	0,392	153	
III partie A	0,072	0,382	151		0,030	0,718	151	
III partie B	0,033	0,691	151		0,037	0,651	151	

Variables cliniques						
QEC	0,053	0,522	149	-0,024	0,773	149

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

Deuxième article

Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 2 :

modalités d'application thérapeutique

Avant-propos

Le deuxième article de cette thèse a été soumis pour publication à la Revue européenne de psychologie appliquée. L'article a été soumis en ligne via Editorial Manager® le 18 juin 2021, tel qu'indiqué dans la preuve de soumission (voir Appendice B). Les contributions respectives de chaque auteur sont clarifiées dans l'Appendice C.

**Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 2 :
modalités d'application thérapeutique**

**Treatment acceptability of postpartum generalized anxiety disorder part 2 :
Therapeutic modalities**

Malya Choinière¹, Patrick Gosselin¹, Anne Brault-Labbé¹ et Philippe Landreville²

¹Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

²École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada

Note d'auteur

Malya Choinière a bénéficié d'une bourse des fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) pendant une partie de la réalisation de l'étude. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Malya Choinière, Ph.D. Cand., Département de psychologie, Université de Sherbrooke.

Résumé

Introduction: Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) postnatal est le trouble anxieux le plus fréquent en postpartum. De rares études ont cependant porté sur son traitement et celles-ci soulèvent des difficultés d'adhérence. De plus en plus de modalités de traitement innovatrices émergent pour faciliter l'accès des nouvelles mères à la psychothérapie, mais il est demeure difficile de dégager celles à privilégier.

Objectif: L'objectif principal de cette étude était donc d'évaluer l'acceptabilité des modalités de traitement du TAG postnatal.

Méthode: Des mères ont lu une mise en situation pour s'imaginer souffrir du TAG et ont évalué l'acceptabilité.

Résultats: Les résultats indiquent que la thérapie individuelle, incluant le partenaire et au bureau du thérapeute est préférée. La majorité des mères préfère aussi une thérapie courte, hebdomadaire et matinale. Faire garder son bébé par une personne choisie est l'option la plus acceptable suivie de l'emmener avec soi. Certaines variables contribuent à prédire l'acceptabilité.

Conclusion: Les résultats sont discutés à la lumière des enjeux de consultation en postpartum.

Mots clés : Acceptabilité, trouble d'anxiété généralisée, postpartum, nouvelles mères, modalités de traitement

Abstract

Introduction : Generalized anxiety disorder (GAD) is the most common anxiety disorder during postpartum. However, rare studies focused on its treatment and these raise adherence difficulties. Innovative modalities are emerging to ease therapeutic access for new mothers, but it remains hard to know which one to favor.

Objective: This research aimed to assess treatment modalities' acceptability for postnatal GAD.

Method: New mothers read a situation to imagine themselves suffering from GAD and evaluated acceptability.

Results: Individual therapy, with the partner and at the therapist office was preferred. Most mothers preferred brief, weekly and morning therapy. Choose a babysitter was the most acceptable option followed by bringing the baby in therapy. Some variables help predict acceptability.

Conclusion: Results are discussed considering the challenges of postpartum consultation.

Key words: Acceptability, generalized anxiety disorder, postpartum, new mothers, treatment modalities

Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 2 : modalités d'application thérapeutique

Avec une prévalence de 8,2 % seul (Wenzel et al., 2005) et de 51,7 % en comorbidité (Grigoriadis et al., 2011), le TAG est le trouble anxieux le plus fréquent en postpartum et est plus répandu que le trouble dépressif caractérisé pendant cette période. On le définit par de l'anxiété et des inquiétudes excessives et incontrôlables à l'égard de nombre d'éléments du quotidien depuis minimum six mois et la présence d'au moins trois symptômes parmi l'agitation, la fatigue, l'irritabilité, les difficultés de concentration, les tensions musculaires et les problèmes de sommeil (American Psychiatric Association [APA], 2013). Le TAG et les symptômes d'anxiété postnataux sont en outre liés à des difficultés importantes chez la mère, son enfant et le système familial, telles qu'un moins bon ajustement relationnel dans le couple (Whisman et al., 2011), un risque accru de souffrir de dépression (Prenoveau et al., 2013), un moins bon lien entre la mère et le bébé (Tietz et al., 2014) et des difficultés émotionnelles chez l'enfant (Rees et al., 2018). Diverses variables sont reconnues comme liées à l'anxiété postnatale telles que les complications obstétriques (Britton, 2008), les symptômes dépressifs (Liu et al., 2020), le manque de soutien social ou de la part de son conjoint (Martini et al., 2015), les attitudes dysfonctionnelles à l'égard de la maternité (Sockol et al., 2014), l'intolérance à l'incertitude et l'attitude négative face aux problèmes (Viau-Guay, 2011).

Malgré l'importance de cette problématique, peu d'études ont porté sur son traitement (Ross & McLean, 2006), et celles l'ayant fait présentent des taux de désistement (entre 28 et 57 %) et d'abandons (entre 33 et 96 %) qui soulèvent des questions quant à l'acceptabilité des traitements (Ashford et al., 2018; Favre, 2014; Rowe et al., 2014). De même, les faibles taux de consultation (Woolhouse et al., 2009) et les taux d'abandon élevés (Sockol et al., 2011) des études de traitement des difficultés postnatales soulèvent des questions sur l'acceptabilité des traitements en général pour les nouvelles mères (Dennis & Chung-Lee, 2006).

L'acceptabilité est le jugement porté sur un traitement comme étant plus ou moins juste, approprié pour la problématique, raisonnable, intrusif et conforme à la notion de ce qu'un traitement devrait être (Kazdin, 1980). Les mères bravent des obstacles distinctifs sur le plan logistique (peu de temps et soins à offrir au bébé) ainsi que la honte et la stigmatisation entourant les difficultés psychologiques postnatales (Goodman, 2009), ce qui peut influencer l'acceptabilité des traitements et devrait être considéré dans la conception de ces derniers.

À notre connaissance, seul Favre (2014) a évalué l'efficacité d'une thérapie classique, au bureau du thérapeute, auprès de trois femmes avec un diagnostic de TAG. Aucune adaptation n'avait été effectuée pour pallier aux obstacles à la consultation postnatale. Bien que les résultats soutiennent l'efficacité du traitement, ceux-ci sont à considérer prudemment compte tenu de la très petite taille d'échantillon et de l'absence de groupe contrôle. De plus, deux mères éligibles se sont désistées et l'une des trois mères ayant entamé le traitement l'a abandonné, ce qui soulève des questionnements quant à l'acceptabilité de celui-ci. L'abandon a été motivé par une prise de conscience de l'importance des problématiques conjugales pour la mère et la décision d'aller vers une thérapie de couple. Favre souligne d'ailleurs que les enjeux de couple étaient centraux chez toutes les mères et que le traitement n'a pas amélioré la satisfaction conjugale. Elle suggère qu'une amélioration possible serait d'inclure le conjoint dans une portion de la thérapie. On note en ce sens que des thérapies postnatales assistées en totalité (p. ex., Brandon et al., 2012) ou en partie (p. ex., Coe et al., 2018) par le partenaire présentent une satisfaction élevée. Ainsi, on peut se questionner à savoir si l'inclusion du partenaire dans la thérapie en postpartum pourrait améliorer son acceptabilité.

Green et al. (2015) ont pour leur part évalué l'efficacité d'une thérapie de groupe pour les troubles anxieux périnataux auprès de 10 mères, dont sept souffraient du TAG. Pour pallier aux obstacles à la consultation postnatale, les mères pouvaient emmener leur bébé et la thérapie a été condensée en six séances. Leurs résultats, de portée limitée compte tenu du petit

échantillon et de l'absence de condition contrôle, indiquent une diminution des symptômes dépressifs et anxieux, une satisfaction élevée envers le traitement et aucun abandon.

L'acceptabilité ayant été évaluée pour le traitement dans son ensemble, il est toutefois difficile de cibler les aspects du traitement qui ont favorisé celle-ci. Il est possible que le groupe ait pu satisfaire un besoin d'obtenir du soutien d'autres nouvelles mères (Dennis & Chung-Lee, 2006), que la possibilité d'emmener le bébé en rencontre ait été facilitante ou que le format concis de la thérapie ait permis de surmonter la barrière du manque de temps.

En outre, deux études ont évalué l'auto-traitement du TAG postnatal, avec un soutien téléphonique optionnel, de manière manualisée (Rowe et al., 2014) et en ligne (Ashford et al., 2018). Ces études offrent une alternative à la thérapie classique, tenant compte du manque de temps, de l'enjeu du transport et de la honte liée aux difficultés psychologiques postnatales. Rowe et al. soulignent l'efficacité et l'acceptabilité de leur traitement. Leur taux d'abandon était cependant élevé (28 % avant et 46 % pendant le traitement) et ils n'ont pas documenté les motifs d'abandon, ce qui nous renseigne peu sur l'opinion des mères pouvant avoir moins apprécié le traitement. Les résultats d'Ashford et al. soulignent une acceptabilité mitigée de leur traitement, une problématique d'adhérence (des taux d'abandon de 43 % au premier module et de 96 % avant la fin) et ne soutiennent pas son efficacité (peusement en raison du manque d'adhérence). Les mères ont apprécié la flexibilité de la modalité (à la maison, au moment choisi) et son anonymat. Cependant, l'auto-traitement en ligne a été jugé comme difficile d'utilisation, peu concis et ayant un contenu parfois non pertinent. Ainsi, malgré les avantages de l'auto-traitement, cette modalité peut présenter une acceptabilité mitigée.

Enfin, des études de traitement des difficultés postnatales se sont intéressées à des modalités novatrices pour pallier les obstacles à la consultation. Des chercheurs ont ciblé le traitement de la dépression postnatale lors de visites à domicile (Goodman et al., 2013; Segre et al., 2010). Elles appuient l'efficacité et l'acceptabilité des séances à domicile ainsi que leur

caractère pratique, mais leur portée est limitée par les petits échantillons et l'absence de groupe contrôle. Des études ont aussi porté sur la téléthérapie postnatale. Postmontier et al. (2016) ont comparé le traitement de la dépression postnatale par téléphone à la référence à un professionnel en santé mentale. Leurs résultats soulignent l'efficacité et l'acceptabilité de la téléthérapie, considérée comme réduisant les obstacles à la consultation. Ces résultats demeurent toutefois de portée limitée par leur petit échantillon et l'assignation non aléatoire des mères. Pour leur part, Yang et al. (2019) ont comparé la thérapie pour des difficultés postnatales en présentiel seulement à celle d'une thérapie dont les rencontres étaient au choix, soit en présentiel ou en télépratique. Bien que leurs résultats soient à interpréter prudemment compte tenu de la petite taille d'échantillon, ils indiquent que l'efficacité et l'adhérence au traitement étaient comparables dans les deux groupes, mais que les mères ayant accès à la visioconférence l'utilisaient en moyenne pour la moitié des séances. La visioconférence était perçue comme permettant d'être présente à plus de séances et diminuant le coût et le temps attribuables à celles-ci. Malgré les résultats prometteurs de la thérapie à domicile et de la téléthérapie, les rares études comparatives sur le sujet indiquent que ces modalités sont seulement autant ou moins acceptables que la thérapie classique, ce qui sème un doute quant à leur acceptabilité comme modalités alternatives. En ce sens, Chabrol et al. (2004) ont comparé auprès de nouvelles mères l'acceptabilité de la thérapie classique et de la thérapie à domicile pour le traitement de la dépression postnatale. Les résultats ne démontrent pas de différence entre l'acceptabilité de la thérapie classique et celle de la thérapie à domicile. Henshaw et al. (2013) ont quant à eux demandé à des mères souffrant de symptômes dépressifs ou anxieux périnataux d'indiquer leur lieu de traitement préféré. Ils indiquent une préférence pour la thérapie classique comparativement à la thérapie à la maison, par téléphone ou en ligne.

Cette étude visait à documenter l'acceptabilité de modalités de traitement du TAG en postpartum. Plus précisément, elle visait la comparaison de l'acceptabilité de la thérapie individuelle à celle de la thérapie de groupe, de la thérapie incluant le partenaire à celle l'excluant et de différentes modalités d'administration de traitement, soit la thérapie classique, l'auto-traitement guidé, la thérapie à la maison et la téléthérapie. L'étude visait aussi à documenter l'acceptabilité d'autres modalités thérapeutiques, soit le nombre de rencontres, leur durée, leur fréquence, leur moment et les options de soins au bébé pendant celles-ci. Enfin, l'étude explorait les liens potentiels entre l'acceptabilité et diverses variables sociodémographiques et cliniques. En l'absence d'études comparatives, aucune hypothèse n'était formulée quant à l'acceptabilité de la thérapie individuelle par rapport à celle en groupe. Il était attendu que la thérapie incluant le conjoint soit plus acceptable que celle l'excluant. Il était prévu que la thérapie classique et celle à la maison soient plus acceptables que la téléthérapie, mais aucune hypothèse n'avait été formulée quant à l'auto-traitement. L'étude demeurait exploratoire en ce qui concerne les autres modalités thérapeutiques et les liens avec les variables sociodémographiques et cliniques. Les variables étudiées regroupaient celles identifiées dans la littérature comme potentiellement liées à l'acceptabilité, soit l'âge (Landreville et al., 2001), l'appartenance à une minorité ethnique, le statut conjugal (Bodnar-Deren et al., 2017), l'éducation, le statut socioéconomique (Fonseca et al., 2020), l'expérience antérieure de traitement, les connaissances ou les croyances à son sujet ainsi que leur valence (TARRIER et al., 2006; Zoellner et al., 2009). Des variables obstétriques jugées pertinentes ont aussi été ciblées (p. ex., la prématurité) ainsi que des variables cliniques et des vulnérabilités psychologiques liées à l'anxiété postnatale (p. ex., l'évitement cognitif; Viau-Guay, 2011).

Méthode

Participants et procédure

Un devis de recherche corrélational de type transversal a été utilisé. L'étude bénéficiait de l'approbation du comité d'éthique et de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Le recrutement a eu lieu par affichage sur les réseaux sociaux et aux lieux liés à la maternité (p. ex., boutiques pour bébé, centre d'activités périnatales) de juin 2019 à mars 2020. Le recrutement a été clos avant le confinement lié à la COVID-19 puisqu'il a été anticipé que celui-ci pourrait influencer l'acceptabilité des modalités de traitement et parce que la taille d'échantillon a été jugée suffisante compte tenu des analyses envisagées, du nombre de prédicteurs ciblés et des recommandations de Field (2018). Pour participer, les mères devaient avoir accouché depuis au moins trois mois et au plus 12 mois. Les résultats des 180 mères, ayant complété au moins un questionnaire d'acceptabilité, ont été conservés et 122 mères ont complété tous les outils. Une mère a été exclue en raison de multiples données aberrantes dans ses résultats. La complétion était en ligne sur une plateforme sécurisée, après lecture d'un formulaire de consentement incluant l'assentiment à ce que les données soient utilisées dans le cadre d'une publication. Après avoir lu le formulaire de consentement, les mères lisaient une mise en situation les invitant à s'imaginer souffrir des symptômes du TAG et les descriptions de chaque modalité de traitement puis en évaluaient l'acceptabilité. Enfin, elles complétaient un questionnaire sociodémographique et des échelles de mesure cliniques.

Mesures et matériel

Les variables sociodémographiques et liées à la consultation, présentées au Tableau 1, ont été évaluées à l'aide d'un outil conçu à cet effet. Les outils suivants ont aussi été utilisés.

Mise en situation et description des modalités de traitement

Une mise en situation a été créée à partir des critères du TAG du DSM-5 (APA, 2013) et des thèmes d'inquiétude fréquents en postpartum (voir Kaitz, 2007; Wenzel et al., 2003).

Une description des modalités de traitement a aussi été créée en s'inspirant d'études

antérieures (p. ex., Gaudreau et al., 2015; Tarrrier et al., 2006). On a pris soin qu'elles reflètent l'information qui serait présentée par un clinicien (descriptif, avantages et inconvénients connus). Ce matériel a été testé auprès de volontaires afin de s'assurer de son intelligibilité.

Mesures de l'acceptabilité

Une version modifiée et abrégée du *Treatment Evaluation Inventory* (TEI-m; Choinière et al., 2021), incluant 5 énoncés répondus sur une échelle de 1 à 7, a été utilisée pour évaluer l'acceptabilité des modalités. Pour chaque item, il était précisé que le traitement ciblait les symptômes anxieux de la mise en situation. L'outil est composé des cinq items du TEI-m de Landreville et Guérette (1998) qui présentaient les saturations les plus élevées. Un énoncé référant, dans sa version originale, à l'acceptabilité d'administrer le traitement a été modifié afin de référer à l'acceptabilité d'y recourir soi-même. Choinière et al. ont examiné la structure factorielle de la version abrégée du TEI-m et confirmé la structure bifactorielle identifiée par Landreville et Guérette. Les items sont répartis en deux sous-échelles référant à chaque facteur. La sous-échelle acceptabilité générale (AG) comporte trois items et réfère aux aspects plus désirables du traitement (p. ex., l'efficacité). La sous-échelle effets négatifs (EN) comporte deux items et réfère aux aspects plus indésirables (p. ex., l'inconfort). Des scores totaux correspondant aux points médians des sous-échelles indiquent une acceptabilité modérée, respectivement 12 et 8. Plus les scores augmentent, plus l'AG s'accroît et les EN diminuent. L'outil a été utilisé pour évaluer l'acceptabilité de stratégies de traitement auprès de nouvelles mères (Choinière et al.) et présentait une bonne cohérence interne pour l'AG ($\alpha = [0,85; 0,92]$) et une cohérence acceptable pour les EN ($\alpha = [0,59; 0,78]$).

Le choix forcé ou le classement par ordre de préférence a aussi été utilisé comme dans d'autres études (p. ex., Tarrrier et al., 2006). Des questions à choix forcé ont été ajoutées pour évaluer l'acceptabilité des autres modalités thérapeutiques (nombre de séances, durée, fréquence et moment). Enfin, une question avec échelle de Likert en sept points a été utilisée

pour évaluer l'acceptabilité des options de soins au bébé pendant la thérapie (présence en séance, service de gardiennage sur place ou responsabilité personnelle de trouver un gardien).

Mesure des variables potentiellement liées à l'acceptabilité : symptômes

Le *Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété* (QIA; Dugas et al., 2001) évalue la présence des critères diagnostiques du TAG à l'aide de six items cotés de 0 à 8. Un résultat de quatre ou plus aux items 2, 3, 4 et 6 et la présence de trois symptômes physiques ou plus indiquent que la personne répond aux critères diagnostiques du TAG. Le QIA possède une validité concomitante, une spécificité et une sensibilité acceptables. Le *Questionnaire maison sur les Inquiétudes et sur la Maternité* (QIM; Gosselin & Viau-Guay, 2011), évaluant la tendance à s'inquiéter à l'égard de la maternité, comporte neuf items cotés de 1 à 5. Un score total plus élevé indique une plus forte tendance à s'inquiéter. La cohérence interne et la validité convergente du QIM sont excellentes ($\alpha = 0,91$). L'*Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg* (EPDS; Cox et al., 1987) évalue les symptômes dépressifs postnataux en 10 items cotés de 0 à 3. Un score total plus élevé indique plus de symptômes dépressifs. La version française montre une bonne validité de construit et une cohérence interne convenable ($\alpha = 0,76$; Guedeney & Fermanian, 1998). Les deux items évaluant des symptômes anxieux ont été retirés pour éviter la redondance des symptômes mesurés. Deux échelles de l'*Indice de Stress Parental* (ISP; Abidin, 1995), cotées de 1 à 5, ont été utilisées pour évaluer le soutien perçu dans le couple (sept items) et l'isolement social (six items). Plus les scores totaux sont élevés, plus il y a des difficultés. L'ISP possède une validité de construit acceptable, une bonne cohérence interne (relation conjugale [$\alpha = 0,70$]; isolement social [$\alpha = 0,73$]; Loyd & Abidin, 1985) et a été validé auprès de la population québécoise (Bigras et al., 1996).

Mesure des variables possiblement liées à l'acceptabilité: cognitions et comportements

Le *Attitudes Toward Motherhood Scale* (AToM; Sockol et al., 2014) évalue les attitudes à l'égard de la maternité avec 12 items cotés de 1 à 6. Un score total plus élevé

indique plus de croyances dysfonctionnelles concernant le jugement des autres (p. ex., si je fais une erreur, les gens vont penser que je suis une mauvaise mère), la responsabilité maternelle (p. ex., je devrais me sentir plus dévouée à mon bébé) et l'idéalisation du rôle de mère (p. ex., c'est mal d'être déçue par la maternité). L'AToM a une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,86$) et une bonne validité prédictive des symptômes anxio-dépressifs. Il a été traduit de l'anglais par traduction inversée (voir Vallerand, 1989). Le *Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes* (QAP; Gosselin et al., 2005) évalue l'attitude négative face aux problèmes en 12 items cotés de 1 à 5. Plus le score total est élevé, plus la mère est pessimiste à l'égard des problèmes et de sa capacité de les affronter. Le QAP a une bonne validité et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$). L'*Inventaire de l'Intolérance à l'Incertitude-abrégé* (III; Gosselin et al., 2008) comporte une partie (A; 15 items) évaluant l'intolérance à l'incertitude (II), et une autre partie (B; 30 items) évaluant ses manifestations comportementales et cognitives, sur une échelle de 1 à 5. L'II est la tendance à trouver inacceptable la possibilité qu'un événement négatif ne se produise. Plus les scores totaux sont élevés, plus il y a d'II et de manifestations. Chaque partie a une bonne cohérence interne ($\alpha = [0,93; 0,94]$) et une bonne validité factorielle (Brisson et al., 2021). Le *Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé* (QÉC; Gosselin et al., 2002) évalue l'évitement cognitif en 15 items cotés de 1 à 5. Un score total plus élevé indique plus d'évitement des pensées anxiogènes. Le QEC a une bonne validité et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$; voir Roy et al., 2015).

Plan d'analyse des données

L'évaluation de l'acceptabilité a été réalisée séparément pour les échelles AG et EN du TEI-m. Les scores d'acceptabilité des modalités ont été situés par rapport aux points médians de l'outil. Des tests *t* appariés ont été utilisés pour comparer l'acceptabilité de la thérapie individuelle à celle de la thérapie de groupe et celle de la thérapie avec ou sans le conjoint. Pour comparer l'acceptabilité des modalités d'administration de la thérapie, puisque

les résultats étaient non normaux, des ANOVAs de Friedman ont été effectuées suivies de tests du signe des rangs de Wilcoxon en analyses post hoc (avec correction de Bonferroni). Les fréquences d'ordre de préférence des modalités d'administration ont été analysées à l'aide de khi-deux d'ajustement. En présence de différences significatives, les résidus entre les fréquences obtenues et attendues ont été analysés par leur transformation en scores z . Pour les soins au bébé, les résultats ont d'abord été situés par rapport au point médian de l'échelle d'acceptabilité. Une ANOVA à mesure répétée a ensuite été conduite pour comparer les options entre elles, suivie d'analyses post hoc avec correction de Bonferroni.

Les liens entre l'acceptabilité des modalités et les variables sociodémographiques et cliniques ont dans un premier temps été analysés à l'aide de tests t pour échantillons indépendants, d'ANOVAs univariées et de corrélations de Pearson. Le statut civil, l'appartenance à une minorité ethnique, la prématurité du bébé, l'antécédent de pertes périnatales et la valence de l'expérience de traitement psychologique n'ont pas été considérés par manque de dispersion des données. Des variables catégorielles ont été recodées en raison de la sous-représentation de catégories, soit la scolarité (niveaux primaire et secondaire jumelés) et le nombre d'enfants (devenu un ou deux et plus). Lorsque l'homogénéité des variances n'était pas respectée, les indices du test de Welch ont été rapportés. Des analyses non paramétriques ont été utilisées (tests de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis) quand les données intra-groupes n'étaient pas normales. Comme la distribution de l'AG de la thérapie classique n'était pas normale, les données ont été transformées (inversion, racine carrée et inversion) et les analyses avec et sans transformations comparées. Comme les différences observées entre les résultats étaient minimes, les résultats obtenus avec les données originales ont été retenus pour faciliter leur interprétation. Ensuite, les variables ayant un lien significatif ($p < 0,05$) avec les scores d'acceptabilité ont été utilisées comme prédicteurs dans des régressions linéaires avec entrée forcée visant à prédire l'acceptabilité, pour tenir compte de

leur effet respectif et de leur variance partagée. Le niveau de scolarité a été converti en trois variables *dummy* comparant les niveaux de scolarité au niveau de base (niveau primaire ou secondaire). Lorsque cette variable était incluse dans une régression, une régression hiérarchique était utilisée pour établir d'abord la variance expliquée par le niveau de scolarité.

Résultats

Le Tableau 1 résume les caractéristiques de l'échantillon. Une majorité de mères a étudié à l'université et considère leur situation financière satisfaisante. Elles rapportent la plupart une connaissance moyenne ou bonne des traitements psychologiques et une attitude favorable ou très favorable à ceux-ci. La majorité des mères ne rapportait pas de TAG.

Acceptabilité des modalités de traitement

Les scores d'acceptabilité des modalités de traitement sont rapportés au Tableau 2. Les scores de la thérapie individuelle et de celle en groupe sont supérieurs au seuil d'acceptabilité modérée sur la sous-échelle AG, mais la thérapie de groupe présente un score en-deçà du seuil d'acceptabilité modérée sur la sous-échelle EN. L'acceptabilité de la thérapie individuelle est supérieure à celle de la thérapie de groupe pour l'AG ($t(167) = 12,87, p < 0,001, r = 0,71$) et les EN ($t(167) = 14,08, p < 0,001, r = 0,74$). La thérapie individuelle est choisie plus fréquemment comme modalité préférée (76,20 %; $\chi^2(1, N = 166) = 72,89, p < 0,001$).

Les scores des thérapies avec et sans le conjoint sont supérieurs au seuil d'acceptabilité modérée pour les sous-échelles AG et EN. L'inclusion et l'exclusion du conjoint ne diffèrent pas pour l'AG ($t(148) = 1,813, p = 0,072$), mais plus d'EN sont liés à la thérapie avec le conjoint ($t(148) = -7,310, p < 0,001, r = 0,52$). Néanmoins, inclure le conjoint est la modalité préférée la plus fréquemment (77,90 %; $\chi^2(1, N = 149) = 46,24, p < 0,001$).

Les scores d'acceptabilité des modalités d'administration sont supérieurs au seuil d'acceptabilité modérée sur les sous-échelles AG et EN, sauf l'auto-traitement qui présente un score en-deçà du seuil d'acceptabilité modérée pour la sous-échelle AG. Les résultats des

ANOVAs soulignent que l'acceptabilité diffère entre les modalités d'administration du traitement sur la sous-échelle AG ($\chi^2(3) = 159,782, p < 0,001$) ainsi que la sous-échelle EN ($\chi^2(3) = 55,380, p < 0,001$). L'ordre des modalités d'administration en fonction de leurs scores totaux moyens aux sous-échelles AG et EN de même que les résultats des analyses post hoc ayant comparé l'acceptabilité de chaque modalité entre elles sont présentés à la Figure 1.

Les fréquences de l'ordre de préférence diffèrent quant à la modalité préférée ($\chi^2(3, N = 126) = 100,22, p < 0,001$), la majorité des mères choisissant la thérapie classique (60,30 %; $z = 7,93$). Elles diffèrent aussi pour la modalité au dernier rang ($\chi^2(3, N = 126) = 71,91, p < 0,001$), où l'auto-traitement est majoritaire (56,30 %; $z = 7,04$).

La majorité des mères préfère une thérapie entre 4 et 10 rencontres (63,50 %) à une thérapie de plus de 10 rencontres (36,50 %; $\chi^2(1, N = 126) = 9,18, p = 0,003$). Les mères choisissent majoritairement une durée de rencontre d'une heure (75,40 %) plutôt qu'une heure et demie ou plus (24,60 %; $\chi^2(1, N = 126) = 32,51, p < 0,001$). La majorité des mères préfère une séance par semaine (59,50 %) plutôt qu'une aux deux semaines (40,50 %; $\chi^2(1, N = 126) = 4,57, p = 0,004$). Les mères préfèrent ($\chi^2(2, N = 126) = 13,19, p = 0,001$) que les rencontres aient lieu le matin (48,40 %; $z = 2,93$) plutôt que l'après-midi (27,80 %; $z = -1,08$) ou le soir (23,80 %; $z = -1,85$). L'acceptabilité est supérieure au point médian de l'échelle pour chacune des options de soin au bébé pendant la séance. L'ANOVA indique que l'acceptabilité diffère entre les modalités ($F(1,862, 4,861) = 3,491, p = 0,035, \eta^2 = 0,027$)³. Planifier de faire garder son bébé par une personne de son choix ($M = 5,21, ET = 2,00$) est plus acceptable que l'idée qu'il soit gardé dans une pièce adjacente par un professionnel qualifié ($M = 4,53, ET = 2,23, p = 0,013$). Amener son bébé en rencontre ($M = 5,06,$

³ Le test de sphéricité de Mauchly indique une violation du postulat ($\chi^2(2, n = 126) = 9,582, p = 0,008$), les degrés de liberté ont donc été corrigés en utilisant l'estimation de sphéricité de Greenhouse-Geisser ($\epsilon = 0,931$).

$ET = 1,97$) n'est pas différent que de faire garder son enfant par quelqu'un de son choix ($p = 1,000$) ou par un professionnel qualifié sur place ($p = 0,175$).

Liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques

Les Tableaux A1 à A8 présentant les résultats des analyses préliminaires aux régressions sont disponibles en ligne (voir Appendice). Seuls les résultats des régressions sont ici rapportés (voir Tableau 3). Pour l'AG de la thérapie individuelle, le modèle de régression intégrant l'âge, l'attitude par rapport aux traitements psychologiques, l'expérience de consultation et l'isolement social permet de la prédire ($F(4, 125) = 3,397, p = 0,011, R^2 = 0,098$). L'isolement social permet de prédire l'AG de la thérapie individuelle, mais pas l'âge, l'attitude par rapport aux traitements et l'expérience antérieure de traitement. En ce qui concerne les EN associés à la thérapie individuelle, le modèle de régression intégrant l'âge permet de les prédire ($F(1, 178) = 6,235, p = 0,013, R^2 = 0,034$).

En ce qui concerne l'AG de la thérapie de groupe, le modèle de régression intégrant l'II permet de la prédire ($F(1, 124) = 7,806, p = 0,006, R^2 = 0,059$). Les EN associés à la thérapie de groupe ne sont liés significativement à aucune variable.

L'AG de la thérapie incluant le conjoint n'est liée significativement à aucune variable. Pour ce qui est des EN, le modèle de régression intégrant la perception de ses finances et la satisfaction conjugale permet de les prédire ($F(2, 126) = 8,261, p < 0,001, R^2 = 0,116$). La satisfaction conjugale permet de prédire les EN, mais pas la perception de ses finances.

En ce qui concerne l'AG de l'exclusion du conjoint de la thérapie, le modèle de régression intégrant l'âge et l'attitude à l'égard des traitements psychologiques permet de la prédire ($F(2, 146) = 6,799, p = 0,002, R^2 = 0,085$). L'âge et l'attitude à l'égard des traitements psychologiques sont tous deux des prédicteurs significatifs pris individuellement. Aucune variable n'était significativement liée aux EN associés à l'exclusion du conjoint de la thérapie.

En ce qui a trait à l'AG de l'auto-traitement, le modèle de régression intégrant l'expérience antérieure de traitement et les croyances dysfonctionnelles à l'égard de la maternité permet de la prédire ($F(2, 122) = 3,582, p = 0,031, R^2 = 0,055$). Toutefois, aucune des variables mentionnées n'est un prédicteur significatif prise individuellement. En ce qui concerne les EN associés à l'auto-traitement, le modèle de régression intégrant la perception de sa situation financière, l'attitude à l'égard des traitements psychologiques, la tendance à s'inquiéter par rapport à la maternité, l'attitude négative par rapport aux problèmes, les manifestations cognitives et comportementales de l'II, les symptômes dépressifs, l'isolement social, les croyances dysfonctionnelles à l'égard de la maternité, le niveau de scolarité, l'expérience antérieure de traitement et la présence des symptômes du TAG permet de les prédire ($F(13, 110) = 1,832, p = 0,047, R^2 = 0,045, \Delta R^2 = 0,133$). Toutefois, aucune des variables mentionnées n'est un prédicteur significatif lorsque prise individuellement.

En ce qui a trait à l'AG de la thérapie à domicile, le modèle de régression intégrant les symptômes du TAG et les croyances dysfonctionnelles à l'égard de la maternité permet de la prédire ($F(2, 122) = 4,624, p = 0,012, R^2 = 0,070$). Toutefois, ces variables ne sont pas des prédicteurs significatifs individuels. Pour ce qui est des EN, le modèle de régression intégrant les symptômes dépressifs, la relation conjugale et les croyances dysfonctionnelles à l'égard de la maternité ne permet pas de les prédire ($F(3, 121) = 2,423, p = 0,069$).

En ce qui a trait à l'AG de la téléthérapie, le modèle de régression intégrant le niveau de scolarité et l'attitude à l'égard des traitements psychologiques permet de la prédire ($F(4, 118) = 2,670, p = 0,036, R^2 = 0,083, \Delta R^2 = 0,035$). L'attitude à l'égard des traitements, les études collégiales et universitaires de cycles supérieurs permettent de prédire l'AG de la téléthérapie, mais pas les études de premier cycle universitaire. En ce qui a trait aux EN associés à la téléthérapie, le modèle de régression intégrant la tendance à s'inquiéter à l'égard de la maternité, l'II, la connaissance et l'attitude à l'égard des traitements psychologiques

permet de les prédire ($F(4, 129) = 4,314, p = 0,003, R^2 = 0,091$), mais aucune des variables mentionnées n'est un prédicteur significatif lorsque prise de manière individuelle.

En ce qui concerne l'AG de la thérapie classique, le modèle de régression intégrant l'attitude à l'égard des traitements psychologiques et l'expérience antérieure de traitement permet de la prédire ($F(2, 124) = 6,851, p = 0,002, R^2 = 0,100$). L'expérience antérieure permet de prédire l'AG de la thérapie classique, mais pas l'attitude à l'égard des traitements. Les EN associés à la thérapie classique ne sont liés significativement à aucune variable.

Discussion

Cette étude visait principalement à évaluer l'acceptabilité des modalités de traitement du TAG en postpartum. Les objectifs particuliers visaient à comparer l'acceptabilité de la thérapie individuelle et de groupe, l'acceptabilité de la thérapie avec et sans la participation du conjoint et l'acceptabilité de modalités d'administration de la thérapie. Elle visait aussi à documenter l'acceptabilité d'autres modalités thérapeutiques et à vérifier la présence de liens entre l'acceptabilité et des variables sociodémographiques et cliniques.

Acceptabilité des modalités de traitement

Les résultats appuient une plus grande acceptabilité de la thérapie individuelle par rapport à celle de la thérapie de groupe. Nos résultats vont ainsi à l'encontre d'études qualitatives ayant exploré l'acceptabilité d'interventions en postpartum (Dennis & Chung-Lee, 2006; Létourneau et al., 2007), qui soulignent une préférence pour la modalité de groupe, mais dans le même sens que les résultats de Goodman (2009), ayant étudié l'acceptabilité des traitements de manière quantitative chez les femmes enceintes, qui montrent aussi une préférence pour la modalité individuelle. La divergence des résultats pourrait découler de différences méthodologiques. Les études qualitatives indiquent parfois une préférence pour la thérapie en groupe sans nommer les options thérapeutiques auxquelles cette modalité a été comparée alors on ne peut savoir si la comparaison était effectuée directement avec la

thérapie individuelle. De plus, Létourneau et al. étudient la préférence pour les modalités de soutien alors que Goodman étudie celle des modalités de thérapie, ce qui pourrait référer à deux besoins distincts pour les nouvelles mères. Nos résultats montrent que la thérapie de groupe n'atteint pas le seuil modérément acceptable lorsque l'on considère ses EN, ce qui indique qu'elle semble perçue comme plus inconfortable. La méta-synthèse qualitative du traitement de la dépression postpartum de Scope et al. (2012) souligne que la thérapie de groupe permet de briser l'isolement, de se sentir soutenue et de normaliser ses symptômes, mais qu'on peut trouver difficile d'y parler ouvertement, qu'on peut s'y comparer aux autres et qu'on peut manquer de temps pour s'y ouvrir. Par ailleurs, plusieurs études soulignent que le besoin des nouvelles mères d'être vues comme parfaites et la honte entourant les difficultés psychologiques postnatales les freinent à chercher de l'aide (p. ex., Létourneau et al.). Ainsi, bien que la thérapie de groupe puisse présenter des avantages, elle apparaît moins acceptable, ce qui pourrait s'expliquer par un inconfort à parler de ses difficultés devant autrui.

À notre connaissance, aucune autre étude n'a comparé l'acceptabilité d'inclure ou d'exclure le conjoint de la thérapie. Il était attendu que l'inclusion du partenaire dans la thérapie soit plus acceptable que son exclusion. Les résultats, pouvant paraître paradoxaux, le confirment partiellement. En effet, les nouvelles mères préfèrent inclure leur partenaire dans la thérapie, mais associent toutefois cette option à plus d'EN, ce qui indique qu'elle est perçue comme plus inconfortable ou risquée. À cet égard, Scope et al. (2012) soulignent que les séances avec le partenaire suscitent davantage de tristesse et de colère. L'inclusion du partenaire demeure néanmoins l'option préférée, ce qui pourrait s'expliquer par le désir des mères d'être soutenues par leur conjoint. En ce sens, la plupart des mères perçoivent leur conjoint comme leur principale source de soutien (Logsdon et al., 1997) et des résultats d'études sur le traitement de la dépression postnatale suggèrent qu'inclure le partenaire dans la thérapie lui permet de plus facilement soutenir sa conjointe par la suite (Scope et al., 2012).

Il était attendu que les thérapies classique ou à domicile soient plus acceptables que la téléthérapie, ce que les résultats, issus du recrutement effectué avant le confinement lié à la COVID-19, confirment. Aucune hypothèse n'avait été émise par rapport à l'acceptabilité de l'auto-traitement guidé, mais les résultats indiquent qu'elle est moins acceptable que les autres modalités et qu'elle n'atteint pas le seuil modéré de l'AG. Nos résultats s'alignent sur ceux de Henshaw et al. (2013) qui indiquent une préférence pour recevoir des soins psychologiques dans une clinique plutôt qu'à la maison ou en téléthérapie.

La supériorité de la thérapie classique peut surprendre considérant les défis logistiques, en termes de déplacement et de soins à l'enfant, dûment répertoriés dans les études sur les barrières à la consultation postnatale (p. ex., Byatt et al., 2012). Cependant, le bureau du thérapeute pourrait être considéré comme un endroit plus optimal pour la thérapie que la maison, lieu de traitement associé aux autres modalités. Peu d'études ont étudié l'impact de l'environnement sur la thérapie. Toutefois, des articles traitant du passage vers la télépratique pendant la pandémie de COVID-19 soulignent la difficulté d'avoir un espace privé à domicile et de ne pas être interrompu ou distrait pendant les séances (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; Crowe et al., 2020). Ce défi pourrait être particulièrement criant chez les mères à domicile avec leur bébé et, parfois, d'autres enfants. D'un autre côté, il est possible que la thérapie classique soit plus acceptable parce qu'en présentiel, ce qu'appuierait la seconde place de la thérapie à domicile. La réticence à la télépratique chez les patients a été peu étudiée, mais certains craignent qu'elle ne mène au développement d'une relation plus impersonnelle (Bishoff et al., 2004; Rohland et al., 2000). Bien que des études soulignent l'équivalence de l'alliance thérapeutique en présentiel et en télépratique (p. ex., Watts et al., 2016), elles pourraient être biaisées par le recours à un échantillon de volontaires peut-être plus ouverts à la télépratique (Markowitz et al., 2020). Aafjes-van Doorn et al. (2020) ont toutefois interrogé des thérapeutes sur la perception de leur alliance thérapeutique après le

passage à la télépratique pendant la pandémie du COVID-19, passage forcé par le contexte. Ils rapportent se sentir moins connectés à leurs patients en télépratique bien qu'ils jugent que l'alliance demeure assez bonne. Cette étude apporte donc un bémol sur l'équivalence de l'alliance entre télépratique et présentiel, mais évalue la perception des thérapeutes qui est généralement plus critique que celle de leurs patients (Tryon et al., 2007). En somme, malgré les obstacles logistiques associés à la thérapie classique, celle-ci pourrait être plus acceptable en raison de la perception de ses bénéfices potentiels, tels l'accès à un environnement et à une alliance thérapeutique de qualité. Ces hypothèses gagneraient à faire l'objet de futures études.

La thérapie à la maison aurait pu être privilégiée, permettant de surmonter les défis logistiques de la thérapie classique et de préserver la qualité d'alliance thérapeutique attribuée au présentiel, mais elle reste moins acceptable que la thérapie classique. Flynn et al. (2010) ont mené une entrevue qualitative auprès de 23 femmes souffrant de symptômes dépressifs périnataux sur les facteurs influençant la recherche de soutien psychologique. Ils soulignent qu'une partie des mères préfère le caractère pratique de la thérapie à la maison, mais qu'une autre est préoccupée par la préparation de la maison avant la venue du thérapeute. Ainsi, la thérapie à la maison pourrait être plus pratique mais aussi plus exigeante ou anxiogène.

La faible acceptabilité de l'auto-traitement guidé peut aussi surprendre compte tenu de ses avantages logistiques. Les études qualitatives ayant testé l'acceptabilité de l'auto-traitement en postpartum (p. ex., O'Mahen et al., 2015; Pugh et al., 2015) soulignent l'avantage de la flexibilité pour les mères de pouvoir entreprendre leurs démarches à domicile aux moments choisis, mais aussi la difficulté d'être constantes dans leurs efforts par manque de temps libre et en l'absence de routine. Lorsqu'aucun soutien n'était offert en complément (O'Mahen et al.), les mères ont aussi nommé la difficulté de maintenir leur démarche sans soutien professionnel, surtout si elles perçoivent manquer de soutien en général. Elles nomment le besoin d'être encouragées et guidées pour se sentir moins isolées et dépassées.

Ainsi, malgré son caractère accommodant, l'auto-traitement est l'option de dernier choix, puisqu'elle pourrait être une modalité thérapeutique difficile à maintenir, surtout sans soutien.

En somme, il semble difficile de trouver une modalité qui s'adapte aux défis des mères (p. ex., en termes de conciliation d'horaire, de temps requis ou de déplacement) sans perdre les avantages potentiels de la thérapie classique, que ce soit en termes de qualité d'environnement et d'alliance thérapeutiques ou d'encadrement facilitant le maintien du suivi.

Aucune hypothèse n'a été émise concernant les autres modalités thérapeutiques. On observe que les mères préfèrent des thérapies de plus courte durée, soit d'une heure et de 10 séances ou moins, ce qui rejoint les résultats de Segre et al. (2010) qui ont évalué l'efficacité et l'acceptabilité de six visites d'une heure d'écoute active à domicile chez des femmes issues de minorités ethniques, à faibles revenus et souffrant de symptômes dépressifs. Ils indiquent que la majorité des mères était satisfaite avec la durée et la quantité de rencontres, bien que 42 % auraient préféré avoir des rencontres plus longues et plus nombreuses. Nos résultats rejoignent aussi ceux de Brandon et al. (2012), ayant évalué l'efficacité et l'acceptabilité d'une thérapie pour la dépression périnatale incluant les conjoints, où la durée de huit séances a été jugée adéquate par tous les couples ayant participé à l'entrevue qualitative. Le choix de suivis plus courts est cohérent avec l'importance de la barrière du manque de temps comme frein à la consultation chez les nouvelles mères (p. ex., Goodman, 2009). D'un autre côté, ces dernières préfèrent majoritairement les rencontres hebdomadaires aux rencontres aux deux semaines, ce qui peut surprendre puisque l'espacement des rencontres économiserait du temps. Il est toutefois possible qu'une fois l'horaire aménagé pour assister aux séances, il soit plus simple de le conserver que de la changer d'une semaine à l'autre. Les nouvelles mères, qui rapportent souvent ne pas avoir de temps pour prendre soin d'elles (Nicolson, 1999), pourraient aussi percevoir le besoin d'avoir un espace pour elles de manière plus régulière.

Par ailleurs, on observe que les nouvelles mères préfèrent les séances le matin, ce qui rejoint les résultats de Shaban et al. (2018) qui indiquent une préférence pour les visites postnatales entre dix heures et midi. Considérant que les soins au bébé sont un frein important à la consultation (p. ex., Byatt et al., 2012), il est surprenant que les rencontres en soirée ne soient pas préférées, où il est plus probable que le conjoint soit présent pour garder le bébé. Les motifs de la préférence pour le matin demeurent ainsi à explorer. Il est possible que les bébés y dorment souvent ou que les mères soient plus reposées à cette période de la journée.

Enfin, concernant les soins au bébé pendant les rencontres, toutes les options étudiées sont au minimum modérément acceptable. Faire garder le bébé par une personne de son choix est plus acceptable que de le faire garder par un professionnel sur place. Les raisons qui justifient cet écart seraient à explorer, mais il est probable que les mères aient plus confiance aux membres de leur entourage qu'aux professionnels inconnus, ou qu'elles craignent d'être distraites si elles entendent pleurer leur bébé dans une pièce adjacente. Dans le même ordre d'idées, emmener son bébé est aussi acceptable que de le faire garder par une personne de son choix ou un professionnel sur place. Il est possible que les mères soient aussi confortables de garder leur bébé avec elle que de le faire garder par une personne familière et aussi craintives d'être dérangées par le bébé si celui-ci est en séance que s'il est gardé dans une pièce à côté.

Liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques

Parmi les variables sociodémographiques, un âge plus avancé prédit une acceptabilité accrue de la thérapie individuelle, mesurée par la sous-échelle EN, et de la thérapie sans le conjoint, mesurée par la sous-échelle AG. Des chercheurs ont investigué l'expérience de la maternité en fonction de l'âge et soulignent que les mères plus âgées, sont mieux soutenues par leur entourage, plus matures et présentent moins de difficultés psychologiques (Camberis et al., 2014; Garcia-Blanco et al., 2017). Il est donc possible que les mères plus âgées perçoivent avoir plus de disponibilité et de ressources pour s'investir dans une thérapie. Par

ailleurs, un niveau d'éducation plus élevé prédit une AG accrue de la téléthérapie. Il est possible qu'une plus grande scolarité soit associée à davantage de confort à l'égard de la technologie, ce qui est notamment confirmé en ce qui a trait à l'attitude à l'égard des ordinateurs (Lee et al., 2019). Ainsi, les mères plus éduquées pourraient être plus confortables avec la technologie et, donc, avec son utilisation pour bénéficier d'une thérapie.

En ce qui a trait aux variables liées à la consultation, une attitude plus favorable à l'égard des traitements prédit une AG plus élevée de la thérapie sans le conjoint et de la téléthérapie. Il est possible que les mères qui perçoivent plus favorablement la thérapie ressentent moins le besoin d'être accompagnées de leur partenaire ou en présence directe d'une autre personne dans cette démarche. Il est aussi possible qu'une attitude plus favorable à l'égard de la thérapie puisse amener les mères à être plus motivées à en bénéficier et, donc, à être plus ouvertes à surmonter leurs réticences à l'égard de la télépratique. D'un autre côté, une expérience de consultation prédit une AG plus élevée de la thérapie classique. Comme il s'agit de la modalité de thérapie la plus répandue, il est probable que les mères ayant consulté l'aient fait de cette manière et qu'elles aient apprécié les bénéfices liés à cette modalité.

Sur le plan clinique, une satisfaction conjugale moindre prédit de manière modérée une association accrue d'EN à la thérapie avec le conjoint. Considérant que la relation de couple fait partie des sujets d'inquiétudes les plus fréquents chez les nouvelles mères (Kaitz, 2007), il est possible que celles qui sont moins satisfaites de leur couple sont plus inquiètes à ce sujet et se sentent moins confortables d'en parler devant de leur conjoint. En outre, un soutien social plus satisfaisant prédit une AG accrue de la thérapie individuelle. Comme l'acceptabilité de la thérapie individuelle a été évaluée en opposition à celle en groupe, il est possible que les mères qui se sentent plus soutenues par leur entourage éprouvent moins le besoin du soutien d'un groupe et considèrent donc la thérapie individuelle plus acceptable. Enfin, une plus forte II prédit une AG moindre de la thérapie de groupe. De récentes études

lient l'II et l'anxiété sociale (Prousky, 2015). Comme la réaction des autres peut être perçue incertaine en thérapie de groupe, il est possible que cette modalité en soit moins acceptable.

Forces, limites et pistes de recherches futures

Parmi les limites, des facteurs pourraient avoir affecté la généralisation des résultats. Notamment, l'échantillon comportait en majorité des mères caucasiennes, avec des études universitaires, une bonne situation financière et rapportant ne pas souffrir du TAG. Il est aussi possible que les mères aient sous-rapporté leurs difficultés psychologiques en raison de la stigmatisation associée à celles-ci, ce qui n'a pas été contrôlé par une mesure de désirabilité sociale. Par ailleurs, bien que l'invitation à s'imaginer souffrir des symptômes du TAG à partir d'une description et à évaluer l'acceptabilité des traitements si l'on devait y recourir puisse présenter une bonne validité écologique, il demeure que l'exercice d'abstraction puisse être ardu et qu'une description sommaire des symptômes ne représente pas la complexité de la réalité. De plus, on suppose que les participantes n'ont pas elles-mêmes fait l'expérience de toutes les différentes modalités et que l'expérience pourrait influencer l'acceptabilité. Il est aussi possible que la description des modalités de traitement puisse avoir induit un biais dans l'évaluation de l'acceptabilité de celles-ci. Les avantages et inconvénients présentés pourraient avoir soulevé des éléments de réflexion auxquels les mères n'auraient pas songé autrement. Un biais dans l'évaluation de l'acceptabilité pourrait aussi découler de l'ordre de présentation des modalités, celui-ci n'ayant pas été contrebalancé. Toutefois, la précaution avait été effectuée d'alterner les modalités anticipées comme plus acceptables avec celles anticipées comme moins acceptables. Enfin, la nature exploratoire de l'étude en ce qui concerne les liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques a engendré un grand nombre d'analyses, ce qui pourrait avoir augmenté le risque d'erreur de type I. D'ailleurs, ces résultats sont à considérer avec prudence puisque la grande majorité d'entre eux présente une taille d'effet faible et des petits pourcentages de variance expliqués

par les prédicteurs. De plus, les liens entre certaines variables généralement associées à l'acceptabilité (statut conjugal, origine ethnique, prématurité du bébé et valence de l'expérience de psychothérapie) et l'acceptabilité des modalités n'ont pu être étudiés en raison de la sous-représentation de certaines catégories.

Malgré ses limites, cette étude présente de nombreuses forces. Il s'agit à notre connaissance de la première étude qui s'intéresse spécifiquement aux modalités de traitements du TAG postnatal, les rares études effectuées en postpartum ciblant davantage les symptômes dépressifs. En outre, par la documentation de l'acceptabilité de plusieurs modalités, l'utilisation d'un instrument avec une structure bifactorielle validée et l'exploration des liens potentiels entre l'acceptabilité et des variables sociodémographiques et cliniques, la présente étude se distingue par une méthode qui a permis d'avoir une vision plus nuancée et détaillée de l'acceptabilité que ce qui est habituellement observé dans les études sur le sujet. Enfin, la combinaison de l'évaluation de l'acceptabilité par questionnaires et par classement en ordre de préférence ou par choix forcé a pu pallier aux biais que peuvent induire ces méthodes de mesure prises individuellement. D'ailleurs, le choix forcé n'a pas été utilisé dans l'exploration de l'acceptabilité des options de soins à l'enfant pendant la thérapie, ce qui limite les conclusions possibles à ce sujet et gagnerait à être investigué ultérieurement.

Plusieurs pistes de recherches découlent de cette étude. Notons d'abord que la collecte de données s'est déroulée avant l'éclosion de la pandémie de COVID-19 qui a engendré un virage vers l'offre des psychothérapies en télépratique (Pierce et al., 2020). Bien que la littérature à ce sujet soit grandissante, les études ont surtout abordé les enjeux technologiques et systémiques associés à la télépratique, l'évolution de l'attitude des thérapeutes à son égard et les impacts de la télépratique sur la supervision (Inchausti et al., 2020). L'évolution de son acceptabilité chez les patients demeure donc peu étudiée, mais il est probable que le contexte actuel ait eu des répercussions sur l'acceptabilité de la téléthérapie et des autres modalités de

traitement, ce qui souligne la nécessité de répliquer cette étude. Il serait aussi pertinent de répliquer l'étude auprès d'une population clinique et d'une population de mères en situation de vulnérabilité. Ensuite, l'évaluation de modalités de traitement combinées, telles que l'offre de thérapie en partie en présentiel et en partie en téléthérapie, gagnerait à être effectuée. Il pourrait aussi être intéressant d'évaluer si une variation de la sévérité des symptômes présentés dans la vignette pourrait influencer l'acceptabilité, comme d'autres études l'ont fait (p. ex., Gaudreau et al., 2015). L'étude actuelle a également ouvert un horizon d'hypothèses pour expliquer la variance de l'acceptabilité des modalités qui gagnerait à être exploré. Les liens soulevés avec les variables sociodémographiques et cliniques pourraient faire l'objet de nouvelles études pour s'assurer de leur récurrence et approfondir leur compréhension. Par ailleurs, il pourrait être pertinent de mener une étude de nature qualitative pour approfondir la compréhension de l'acceptabilité des modalités de traitement chez les nouvelles mères par l'accès à leur expérience subjective à cet égard et à leur perception des liens entre les variables ciblées et l'acceptabilité. Une telle étude pourrait aussi permettre de dégager d'autres variables qui pourraient potentiellement expliquer la variabilité de l'acceptabilité.

En conclusion, cette étude était la première à documenter l'acceptabilité de diverses modalités de traitement pour le TAG auprès de nouvelles mères. Elle souligne que l'acceptabilité de la thérapie individuelle est supérieure à celle en groupe. Elle conclut aussi à la préférence pour l'inclusion du partenaire dans la thérapie, bien qu'elle soit associée à plus d'EN que son exclusion. En ce qui a trait aux modalités d'administration de la thérapie, la thérapie classique apparaît comme l'option la plus acceptable, suivie de la thérapie à domicile, de la téléthérapie et de l'auto-traitement. On observe aussi que les mères préfèrent des thérapies courtes, hebdomadaires, en matinée et en confiant la garde de leur bébé à une personne de leur choix. Ces éléments gagneraient à être considérés dans l'élaboration des traitements pour le TAG postnatal afin de maximiser l'acceptabilité, l'initiation et l'adhérence

à ceux-ci. Des variables sociodémographiques et cliniques ont aussi été identifiées comme prédicteurs de l'acceptabilité des modalités de traitement, bien que les tailles d'effet observées soient pour la majorité modestes. Ces variables pourraient être à considérer afin de cibler les mères susceptibles d'être plus réticentes à l'égard de certaines modalités de traitement.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références

- Aafjes van-Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use videotherapy again? *Counselling Psychology Quarterly*.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1773404>
- Abidin, R. R. (1995). *The Parenting Stress Index* (3^e éd.). Psychological Assessment Resources.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). American Psychiatric Association.
- Ashford, M. T., Olander, E. K., Rowe, H., Fisher, J. R. W., & Ayers, S. (2018). Feasibility and acceptability of a web-based treatment with telephone support for postpartum women with anxiety: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 5.
<https://doi.org/10.2196/mental.9106>
- Békés, V., & Aafjes van-Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 238-247.
<https://doi.org/10.1037/int0000214>
- Bigras, M., Lafrenière, P. J., & Abidin, R. R. (1996). *Indice de Stress Parental: Manuel francophone en complément à l'édition américaine*. Multi-Health Systems.
- Bishoff, R. J., Hollist, C. S., Smith, C. W., & Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of a behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy*, 26, 179-198.
- Bodnar-Deren, S., Benn, E. K. T., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2017). Stigma and postpartum depression treatment acceptability among black and white women in the first six-months postpartum. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 1457-1468.
<https://doi.org/10.1007/s10995-017-2263-6>

Brandon, A. R., Ceccotti, N., Hynan, L. S., Shivakumar, G., Johnson, N., & Jarrett, R. B.

(2012). Proof of concept: Partner-assisted interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Archives of Women Mental Health, 15*, 469-480.

<https://doi.org/10.1007/s00737-012-0311-1>

Brisson, M., Kowalczyk, J. M., Bax-D'Auteuil, C., & Gosselin, P. (2021, mai). *Évaluation de l'intolérance à l'incertitude chez les aînés : validation d'une version courte de l'Inventaire de l'intolérance à l'incertitude* [communication par affiche]. 88^e Congrès de l'Acfas, Sherbrooke, QC.

Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety, 25*, 793-800. <https://doi.org/10.1002/da.20325>

Byatt, N., Simas, T. A. M., Lundquist, R. S., Johnson, J. V., & Ziedonis, D. M. (2012).

Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 33*, 143-161.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.728649>

Camberis, A.-L., McMahon, C. A., Gibson, F. L., & Boivin, J. (2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among english-speaking australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology, 50*, 2154-2164.

<https://doi.org/10.1037/a0037301>

Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Danel, M., & Walburg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 22*, 5-12.

<https://doi.org/10.1080/02646830310001643094>

Choinière, M., Gosselin, P., Landreville, P., & Brault-Labbé, A. (2021). Acceptabilité de la thérapie cognitive comportementale et de ses stratégies pour le traitement du trouble d'anxiété généralisée en postpartum. Manuscrit soumis pour publication.

- Coo, S., Somerville, S., Matacz, R., & Shannon, B. (2018). Development and preliminary evaluation of a group intervention targeting maternal mental health and mother-infant interactions: A combined qualitative and case series report. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 36*, 327-343. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1443435>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*, 782–786.
- Crowe, M., Inder, M., Farmar, R., & Carlyle, D. (2020). Delivering psychotherapy by video conference in the time of COVID-19: Some considerations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 0*, 1-2. <https://doi.org/10.1111/jpm.12659>
- Dennis, C.-L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth, 33*, 323-331. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété: validation dans des échantillons non cliniques et cliniques. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 11*, 31-36.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty: Investigating in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 551-558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Favre, V. (2014). *Traitement des inquiétudes excessives et de l'anxiété généralisée chez les femmes primipares en période post-partum* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke.
- Field, A. P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5^e éd.). Sage.

- Flynn, H. A., Henshaw, E., O'Mahen, H., & Forman, J. (2010). Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: A qualitative study. *General Hospital Psychiatry, 32*, 9-16.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.07.005>
- Fonseca, A., Alves, S., Monteiro, F., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2020). Be a mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: Results from a pilot randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 51*, 616-633.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.09.007>
- Garcia-Blanco, A., Monferrer, A., Grimaldos, J., Hervas, D., Balanza-Martinez, V., Diago, V., Vento, M., & Chafer-Pericas, C. (2017). A preliminary study to assess the impact of maternal age on stress-related variables in healthy nulliparous women. *Psychoneuroendocrinology, 78*, 97-104.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.01.018>
- Gaudreau, C., Landreville, P., Carmichael, P.-H., Champagne, A., & Camateros, C. (2015). Older adults' rating of the acceptability of treatments for generalized anxiety disorder. *Clinical Gerontologist, 38*, 68-87. <https://doi.org/10.1080/07317115.2014.970319>
- Gjerdingen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., & Center, B. (2009). Stepped care treatment of postpartum depression: Impact on treatment, health, and work outcomes. *Women's Health Issues, 18*, 44-52. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.05.080192>
- Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth, 36*, 60-69. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x>
- Goodman, J. H., Guarino, A. J., & Prager, J. E. (2013). Perinatal dyadic psychotherapy: Design, implementation, and acceptability. *Journal of Family Nursing, 19*, 295-323.
<https://doi.org/10.1177/1074840713484822>

- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1427-1439.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.005>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie: Le Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15, 141-153.
[https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(05\)81235-2](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(05)81235-2)
- Gosselin, P., Langlois, F., Freston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QÉC): développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.
- Gosselin, P., & Viau-Guay, L. (2011). *Predictors of postnatal worry and parental adaptation in primiparous women*. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Toronto, Canada.
- Green, S. M., Haber, E., Frey, B. N., & McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: A pilot study. *Archives of Women Mental Health*, 18, 631-638. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0498-z>
- Grigoriadis, S., de Camps Meschino, D., Barrons, E., Bradley, L., Eady A., Fishell, A., Mamisachvili, L., Cook, G. S., O'Keefe, M., Romans, S., & Ross, L. E. (2011). Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Archives of Women Mental Health*, 14, 325-333.
<https://doi.org/10.1007/s00737-011-0223-5>

- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the french version of the Edinburg Postnatal Depression Scale: New results about use and psychometrics properties. *European Psychiatry, 13*, 83-89.
- Henshaw, E., Sabourin, B., & Warning, M. (2013). Treatment-seeking behaviors and attitudes survey among women at risk for perinatal depression or anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 42*, 168-177. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12014>
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I., & Dimaggio, G. (2020). Telepsychotherapy in the age of COVID-19: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*, 394-405. <https://doi.org/10.1037/int0000222>
- Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: Care, Health and Development, 33*, 720-727. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00729.x>
- Kazdin, A. E. (1980). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 259-273.
- Landreville, P., & Guérette, A. (1998). Psychometric properties of a modified version of the Treatment Evaluation Inventory for assessing the acceptability of treatments for geriatric depression. *Canadian Journal on Aging, 17*, 415-424.
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guérette, A., & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology, 56B*, 285-291.
- Lee, C. C., Czaja, S. J., Moxley, J. H., Sharit, J., Boot, R. W., Charness, N., & Rogers, W. A. (2019). Attitudes toward computers across adulthood from 1994 to 2013. *The Gerontologist, 59*, 22-33. <https://doi.org/10.1093/geront/gny081>
- Létourneau, N., Duffet-Léger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mother's perceived support needs during postpartum

- depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36, 441-449.
<https://doi.org/10.1111/J.1152-6909.2007.00174.x>
- Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W., & Jiang, H. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 848-856.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.028>
- Logsdon, C. M., Birkimer, J. C., & Barbee, A. P. (1997). Social support providers for postpartum women. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 89-102.
- Loyd, B. H., & Abidin, R. R. (1985). Revision of the Parenting Stress Index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 169-177.
- Markowitz, J. C., Milrod, B., Heckman, T. G., Bergman, M., Amsalem, D., Zalman, H., Ballas, T., & Neria, Y. (2020). Psychotherapy at a distance. *American Journal of Psychiatry in Advance*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20050557>
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. *Canadian Psychology*, 40, 162-178.
- O'Mahen, H. A., Grieve, H., Jones, J., McGinley, J., Woodford, J., & Wilkinson, E. L. (2015). Women's experiences of factors affecting treatment engagement and adherence in internet delivered behavioural activation for postnatal depression. *Internet Interventions*, 2, 84-90. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.11.003>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B., & Watson, J. D. (2020). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S.

mental health care delivery. *American Psychologist*.

<https://doi.org/10.1037/amp0000722>

Postmontier, B., Neugebauer, R., Stuart, S., Chittams, J., & Shaughnessy, R. (2016).

Telephone-administered interpersonal psychotherapy by nurse-midwives for postpartum depression. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61, 456-466.

<https://doi.org/10.1111/jmwh.12411>

Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., Rapa, E., & Stein,

A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and Anxiety*, 30, 506-514. <https://doi.org/10.1002/da.22040>

Prousky, J. (2015). Intolerance of uncertainty: A cognitive vulnerability related to the etiology

of social anxiety disorder. *Ethical Human Psychology and Psychiatry: An*

International Journal of Critical Inquiry, 17, 159-165. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.17.3.159>

Pugh, N. E., Hadjistavropoulos, H. D., Hampton, A. J. D., Bowen, A., & Williams, J. (2015).

Client experiences of guided internet cognitive behavior therapy for postpartum depression: A qualitative study. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 209-219.

<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0449-0>

Rees, S., Channon, S., & Waters, C. S. (2018). The impact of maternal prenatal and postnatal

anxiety on children's emotional problems: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1173-5>

Rohland, B. M., Saleh, S. S., Rohrer, J. E., & Romitti, P. A. (2000). Acceptability of

telepsychiatry to a rural population. *Psychiatric Services*, 51, 672-674.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.5.672>

- Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 1285-1298.
<https://doi.org/10.4088/JCP.v67n0818>
- Rowe, H. J., Calcagni, S. C., Galgut, S., Michelmore, J., & Fisher, J. R. W. (2014). Self-management of mild to moderate anxiety in women who have recently given birth: Development and acceptability of a theoretically sound complex intervention. *International Journal of Mental Health Promotion, 16*, 308-319.
<https://doi.org/10.1080/14623730.2014.964050>
- Roy, P., Langlois, F., Gosselin, P., Rhéaume, J., & Dugas, M. (2015). *Le questionnaire d'évitement cognitif (QEC) : Analyses confirmatoires et relations avec des symptômes anxio-dépressifs*. Document inédit, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Scope, A., Booth, A., & Sutcliffe, P. (2012). Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: A qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing, 68*, 1909-1919.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05954.x>
- Segre, L. S., Stasik, S. M., O'Hara, M. W., & Arndt, S. (2010). Listening visits: An evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. *Psychotherapy Research, 20*, 712-721.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2010.518636>
- Shaban, I. A., Al-Awamreh, K., Mohammad, K., & Gharaibeh, H. (2018). Postnatal women's perspectives on the feasibility of introducing postpartum home visits: A Jordanian study. *Home Health Care Services Quarterly, 37*, 247-258.
<https://doi.org/10.1080/01621424.2018.1454865>

- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review, 31*, 839-849.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.009>
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women Mental Health, 17*, 199-212.
<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0424-9>
- Tarrier, N., Liversidge, T., & Gregg, L. (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1643-1656.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.11.012>
- 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 Mental Health, 17*, 433-442.
<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0423-x>
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*, 629-642. <https://doi.org/10.1080/10503300701320611>
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne, 30*, 662-680.
- Viau-Guay, L. (2011). Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période périnatale (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke.
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., & Bombardier, M. (2016). L'alliance thérapeutique lors d'une télépsychothérapie par vidéoconférence pour un trouble du spectre anxieux:

recension systématique des écrits. *Revue québécoise de psychologie*, 37, 277-302.

<https://doi.org/10.7202/1040171ar>

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety disorders*, 19, 295-311.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.001>

Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 43-49.

<https://doi.org/10.1007/s00737-002-0154-2>

Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25, 375-383.

<https://doi.org/10.1037/a0023790>

Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the Maternal Health Study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 75-83.

<https://doi.org/10.1007/s00737-009-0049-6>

Yang, R., Vigod, S. N., & Hensel, J. M. (2019). Optional web-based videoconferencing added to office-based care for women receiving psychotherapy during the postpartum period: Pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21.

<https://doi.org/10.2196/13172>

Zoellner, L. A., Feeny, N. C., & Bittinger, J. N. (2009). What you believe is what you want: Modeling PTSD-related treatment preferences for sertraline or prolonged exposure.

Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40, 455-467.

<https://doi.org/10.1016/j.btep.2009.06.001>

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes*

Variables sociodémographiques			
Variables continues		<i>M (ET)</i>	<i>n</i>
Âge		29,58 (4,17)	180
Variables catégorielles		<i>n</i>	%
Scolarité			
Primaire ou secondaire		18	10,00 %
Collégial		64	35,60 %
1 ^{er} cycle universitaire		63	35,00 %
Cycles supérieurs universitaires		35	19,40 %
Statut civil			
En couple		170	94,40 %
Célibataire		10	5,60 %
Situation financière			
Très satisfaisante		19	10,60 %
Satisfaisante		92	51,10 %
Acceptable		57	31,70 %
Insatisfaisante		10	5,60 %
Très insatisfaisante		2	1,10 %
Minorité ethnique			
Oui		2	1,10 %
Non		178	98,90 %
Nombre d'enfants			
Un		106	58,90 %
Deux ou plus		74	41,10 %
Prématurité			
Oui		11	6,10 %
Non		169	93,90 %
Variables liées à la consultation			
Connaissance des traitements			
Excellente		16	8,90 %
Bonne		64	35,60 %
Moyenne		70	38,90 %
Faible		26	14,40 %
Très faible		4	2,20 %
Attitude par rapport aux traitements			
Très favorable		67	37,20 %
Favorable		88	48,90 %
Neutre		22	12,20 %
Défavorable		3	1,70 %
Très défavorable		0	0 %
Expérience de consultation			
Oui		112	62,20 %
Non		68	37,80 %

Variables liées à la consultation			
Expérience positive de consultation			
Oui	105	94,59 %	
Non	6	5,41 %	
Expérience négative de consultation			
Oui	20	18,02 %	
Non	91	81,98 %	
Variables cliniques			
QIA			
TAG	31 %	40	
Non TAG	69 %	89	
Variables continues		<i>M (ET)</i>	<i>n</i>
QIM		24,81 (8,74)	129
EPDS		6,82 (4,39)	129
ISP			
Relation conjugale		19,39 (5,18)	130
Isolement social		15,15 (4,93)	130
ATOM		40,91 (13,74)	128
QAP		27,99 (10,71)	127
III partie A		24,13 (8,42)	127
III partie B		34,86 (11,45)	127
QEC		31,76 (11,53)	126

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de

Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes

Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III =

Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

Tableau 2*Acceptabilité des modalités de traitement*

	Acceptabilité générale			Effets négatifs		
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>n</i>
Présence de pairs						
Thérapie individuelle	18,33	3,04	168	10,85	2,41	168
Thérapie de groupe	12,88	4,26	168	7,68	2,30	168
Présence du partenaire						
Thérapie avec le conjoint	17,07	3,81	149	8,73	2,48	149
Thérapie sans le conjoint	16,18	4,01	149	10,77	2,50	149
Modalités d'administration du traitement						
Auto-traitement	10,10	5,10	127	8,45	3,46	127
Thérapie à la maison	15,69	5,18	127	9,35	2,78	127
Téléthérapie	12,50	5,37	127	9,24	3,11	127
Thérapie classique	18,71	2,92	127	11,13	2,23	127

Note. Les médianes sont de 12 pour la sous-échelle acceptabilité générale et de 8 pour la sous-échelle effets négatifs.

Auto-traitement									
Expérience de consultation	-1,42	-0,14	-1,56	-0,14	<u>Étape 1</u>				
ATOM	-0,06	-0,17	-1,94	-0,17	Scolarité				
CONSTANTE	13,60				Collégial	0,15	0,02	0,13	0,01
					1 ^{er} cycle universitaire	0,75	0,10	0,63	0,06
					Cycles supérieurs universitaires	2,00	0,24	1,60	0,14
					CONSTANTE	7,70			
					<u>Étape 2</u>				
					Scolarité				
					Collégial	-0,57	-0,08	-0,47	-0,05
					1 ^{er} cycle universitaire	0,07	0,01	0,05	0,01
					Cycles supérieurs universitaires	0,55	0,07	0,39	0,04
					Situation financière	-0,20	-0,04	-0,42	-0,04
					Attitude par rapport aux tx	-0,65	-0,15	-1,42	-0,13
					Expérience de consultation	-1,21	-0,17	-1,80	-0,17
					QIA	-0,19	-0,03	-0,20	-0,02
					QIM	-0,05	-0,12	-0,82	-0,08
					EPDS	0,06	0,07	0,50	0,05
					Isolement social	-0,17	-0,24	-1,94	-0,18
					ATOM	0,04	0,15	1,08	0,10
					QAP	-0,06	-0,18	-1,09	-0,10
					III partie B	0,02	0,08	0,50	0,05
					CONSTANTE	13,53			

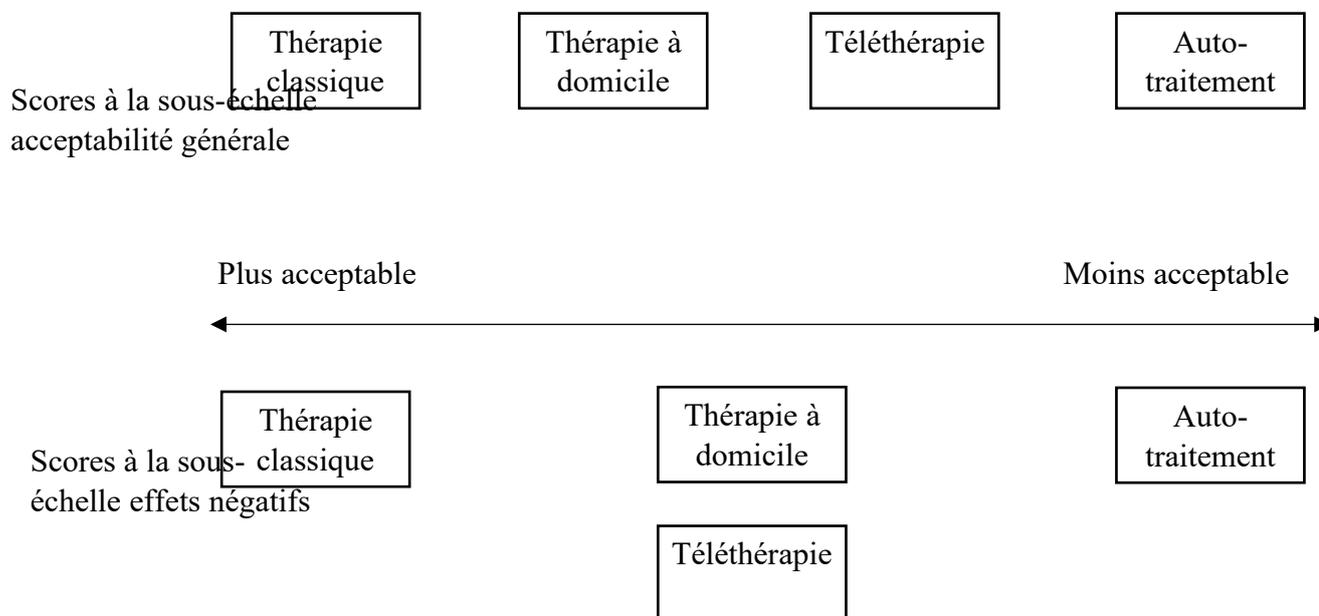
Thérapie à la maison									
QIA	-2,16	-0,19	-1,95	-0,17	EPDS	-0,04	-0,06	-0,56	-0,05
ATOM	-0,04	-0,11	-1,10	-0,10	Relation conjugale	-0,07	-0,13	-1,29	-0,12
CONSTANTE	18,09				ATOM	-0,02	-0,11	-1,04	-0,09
					CONSTANTE	11,88			
Téléthérapie									
<u>Étape 1</u>					Connaissance des tx	-0,52	-0,15	-1,56	-0,14
Scolarité					Attitude par rapport aux tx	-0,46	-0,11	-1,14	-0,11
Collégial	3,92	0,35	2,33*	0,20	ATOM	0,01	0,04	0,36	0,03
1 ^{er} cycle universitaire	3,79	0,33	2,22*	0,19	III partie A	-0,07	-0,19	-1,78	-0,16
Cycles supérieurs universitaires	6,10	0,47	3,39**	0,29	CONSTANTE	12,74			
CONSTANTE	8,42								
<u>Étape 2</u>									
Scolarité									
Collégial	3,98	0,36	2,40*	0,21					
1 ^{er} cycle universitaire	3,33	0,29	1,96	0,17					
Cycles supérieurs universitaires	5,37	0,41	2,98**	0,25					
Attitude par rapport aux tx	-1,41	-0,20	-2,27*	-0,20					
CONSTANTE	11,24								
Thérapie classique									
Attitude par rapport aux tx	-0,60	-0,16	-1,78	-0,16					
Expérience de consultation	1,44	0,24	2,76**	0,24					
CONSTANTE	18,93								

Note. Tx = Traitement; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.

Figure 1

Ordre des modalités d'administration du traitement en fonction des scores aux sous-échelles acceptabilité générale et effets négatifs



Note. Les stratégies qui se superposent n'ont pas de différences significatives entre elle selon les analyses post hoc avec correction de Bonferroni, tandis que celles qui ne se superposent pas présentent une différence significative ($p < 0,05$).

Appendice

Matériel supplémentaire en ligne

Tableau A1

Acceptabilité de la thérapie individuelle en fonction des caractéristiques des participantes

Variables sociodémographiques								
Variables continues	Acceptabilité générale				Effets négatifs			
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	0,159	0,033*	180		0,184	0,013*	180	
Situation financière	-0,143	0,055	180		-0,080	0,285	180	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	16,61	3,68	0,060 ^a	18	10,56	2,33	0,141 ^b	18
Collégial	18,13	3,32		64	10,38	2,80		64
1er cycle universitaire	18,56	2,66		63	11,05	2,07		63
Cycles supérieurs universitaires	19,31	2,18		35	11,49	2,03		35
Nombre d'enfants								
Un	18,44	3,20	0,640	106	10,90	2,41	0,729	106
Deux ou plus	18,23	2,71		74	10,77	2,38		74
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	-0,039	0,606	180		-0,025	0,742	180	
Attitude par rapport aux traitements	-0,277	<0,001**	180		-0,117	0,117	180	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	18,88	2,58	0,005*** ^b	112	10,95	2,32	0,464	112
Non	17,50	3,45		68	10,68	2,52		68
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	18,78	2,88	0,594	40	11,25	2,49	0,329	40
Non TAG	18,48	2,86		89	10,79	2,48		89
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	0,025	0,780	129		-0,041	0,642	129	
EPDS	-0,045	0,610	129		-0,013	0,887	129	
ISP								
Relation conjugale	-0,104	0,237	130		-0,102	0,248	130	

	Variables cliniques					
Isolement social	-0,199	0,023*	130	-0,108	0,219	130
ATOM	-0,050	0,575	128	-0,106	0,233	128
QAP	-0,048	0,591	127	-0,062	0,490	127
III partie A	0,052	0,561	127	0,048	0,589	127
III partie B	0,040	0,657	127	0,070	0,435	127
QEC	0,022	0,805	126	0,031	0,732	126

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de

Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes

Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III =

Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-

abrégé.

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

^a Statistique du test de Kruskal-Wallis.

^b Statistique de Welch.

Tableau A2*Acceptabilité de la thérapie de groupe en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Variables continues	Acceptabilité générale			Effets négatifs			<i>n</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
Âge	0,032	0,678	168	0,067	0,391	168		
Situation financière	-0,093	0,231	168	-0,097	0,213	168		
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	10,41	3,69	0,079	17	7,41	3,30	0,254 ^a	17
Collégial	13,21	4,92		61	7,38	2,30		61
1er cycle universitaire	12,89	4,00		57	7,68	1,94		57
Cycles supérieurs universitaires	13,48	3,26		33	8,36	2,22		33
Nombre d'enfants								
Un	13,17	4,54	0,284	98	7,79	2,32	0,476	98
Deux ou plus	12,46	3,82		70	7,53	2,28		70
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,030	0,701	168		-0,021	0,790	168	
Attitude par rapport aux traitements	0,073	0,346	168		0,109	0,161	168	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	12,73	4,20	0,573	102	7,64	2,23	0,773	102
Non	13,11	4,36		66	7,74	2,41		66
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	11,93	4,92	0,205	40	7,78	2,72	0,661	40
Non TAG	12,99	4,12		88	7,58	2,14		88
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	-0,131	0,140	128		-0,110	0,218	128	
EPDS	-0,082	0,360	128		-0,050	0,573	128	
ISP								
Relation conjugale	0,035	0,692	129		0,056	0,527	129	
Isolement social	-0,161	0,068	129		-0,085	0,336	129	
ATOM	-0,163	0,066	127		-0,100	0,262	127	
QAP	-0,103	0,250	126		-0,134	0,135	126	
III partie A	-0,243	0,006**	126		-0,153	0,087	126	
III partie B	-0,076	0,399	126		-0,031	0,727	126	
QEC	-0,127	0,158	125		-0,130	0,148	125	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de

Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau A3

Acceptabilité de la thérapie avec participation du conjoint en fonction des caractéristiques des participantes

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	-0,147	0,064	160		-0,098	0,218	160	
Situation financière	0,009	0,911	160		-0,171	0,030*	160	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	17,71	4,83	0,815	14	9,29	2,95	0,478	14
Collégial	17,17	4,12		59	8,78	2,67		59
1er cycle universitaire	16,73	3,17		55	8,40	2,40		55
Cycles supérieurs universitaires	17,22	3,66		32	9,13	1,96		32
Nombre d'enfants								
Un	17,17	3,84	0,703	93	8,61	2,35	0,369	93
Deux ou plus	16,94	3,70		67	8,97	2,63		67
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,055	0,486	160		0,111	0,162	160	
Attitude par rapport aux traitements	0,012	0,876	160		0,061	0,443	160	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	16,65	4,04	0,064 ^a	97	8,46	2,35	0,058	97
Non	17,73	3,24		63	9,22	2,61		63
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	16,55	4,10	0,356	40	8,58	2,55	0,848	40
Non TAG	17,23	3,71		88	8,67	2,63		88
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	-0,115	0,195	128		-0,063	0,481	128	
EPDS	-0,064	0,474	128		-0,145	0,104	128	
ISP								
Relation conjugale	-0,118	0,184	129		-0,307	<0,001**	129	
Isolement social	-0,097	0,276	129		-0,160	0,071	129	
ATOM	-0,062	0,491	127		-0,042	0,636	127	
QAP	-0,100	0,267	126		-0,148	0,099	126	
III partie A	-0,065	0,471	126		-0,081	0,365	126	
III partie B	-0,057	0,527	126		-0,031	0,731	126	
QEC	-0,076	0,398	125		-0,107	0,234	125	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau A4

Acceptabilité de l'absence de participation du conjoint à la thérapie en fonction des caractéristiques des participantes

Variables sociodémographiques								
Variables continues	Acceptabilité générale			Effets négatifs			<i>n</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
Âge	0,227	0,005**	149	0,146	0,075	149		
Situation financière	-0,064	0,435	149	0,027	0,742	149		
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	14,77	5,13	0,138	13	10,69	3,61	0,464 ^a	13
Collégial	15,55	4,32		55	10,36	2,84		55
1er cycle universitaire	16,65	3,63		51	11,12	1,91		51
Cycles supérieurs universitaires	17,17	3,25		30	10,97	2,16		30
Nombre d'enfants								
Un	16,30	3,97	0,688	84	10,88	2,39	0,547	84
Deux ou plus	16,03	4,07		65	10,63	2,66		65
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	-0,108	0,188	149		-0,135	0,100	149	
Attitude par rapport aux traitements	-0,211	0,010*	149		-0,144	0,080	149	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	16,42	4,05	0,347	91	10,69	2,58	0,629	91
Non	15,79	3,93		58	10,90	2,39		58
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	16,43	4,17	0,842	40	10,95	2,74	0,986	40
Non TAG	16,28	3,64		86	10,94	2,18		86
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	-0,057	0,525	126		-0,115	0,200	126	
EPDS	-0,140	0,118	126		-0,060	0,507	126	
ISP								
Relation conjugale	-0,017	0,847	127		-0,035	0,694	127	
Isolement social	-0,130	0,145	127		-0,084	0,348	127	
ATOM	-0,064	0,482	125		-0,119	0,188	125	
QAP	-0,007	0,935	124		-0,063	0,484	124	
III partie A	-0,080	0,379	124		-0,140	0,120	124	
III partie B	0,004	0,969	124		-0,039	0,667	124	

Variables cliniques						
QEC	-0,066	0,468	123	-0,130	0,153	123

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau A5*Acceptabilité de l'auto-traitement en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Variables continues	Acceptabilité générale			Effets négatifs			<i>n</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		
Âge	0,115	0,171	144	0,149	0,075	144		
Situation financière	-0,115	0,169	145	-0,168	0,044*	144		
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	8,33	6,30	0,146	12	7,75	4,20	0,029*	12
Collégial	9,43	5,68		54	7,44	3,77		54
1er cycle universitaire	10,50	4,85		48	8,77	3,14		48
Cycles supérieurs universitaires	11,77	4,71		30	9,73	3,25		30
Nombre d'enfants								
Un	10,00	5,57	0,646	81	8,45	3,75	0,797	81
Deux ou plus	10,41	5,02		63	8,30	3,37		63
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,049	0,559	144		-0,156	0,061	144	
Attitude par rapport aux traitements	-0,042	0,618	144		-0,185	0,026*	144	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	9,39	4,96	0,031*	86	7,87	3,69	0,034*	86
Non	11,34	5,66		58	9,16	3,29		58
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	9,08	4,94	0,125	39	7,51	3,48	0,045*	39
Non TAG	10,56	5,02		87	8,85	3,40		87
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	-0,122	0,174	126		-0,269	0,002**	126	
EPDS	-0,050	0,578	126		-0,259	0,003**	126	
ISP								
Relation conjugale	-0,030	0,734	127		-0,139	0,119	127	
Isolement social	-0,044	0,622	127		-0,304	0,001**	127	
ATOM	-0,191	0,033*	125		-0,199	0,026*	125	
QAP	-0,087	0,334	124		-0,250	0,005**	124	
III partie A	-0,172	0,056	124		-0,143	0,113	124	
III partie B	-0,137	0,130	124		-0,180	0,045*	124	
QEC	-0,135	0,136	123		-0,169	0,062	123	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété

généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de

Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

Tableau A6*Acceptabilité de la thérapie à la maison en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	0,056	0,508	141		0,037	0,661	141	
Situation financière	-0,093	0,274	141		-0,038	0,656	141	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	17,00	4,57	0,260	12	10,50	2,81	0,384 ^a	12
Collégial	14,70	5,73		54	8,89	3,49		54
1er cycle universitaire	16,33	4,97		45	9,44	2,16		45
Cycles supérieurs universitaires	16,50	4,72		30	9,63	2,57		30
Nombre d'enfants								
Un	16,03	5,17	0,562	80	9,31	3,01	0,817	80
Deux ou plus	15,51	5,31		61	9,43	2,72		61
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,054	0,526	141		-0,003	0,972	141	
Attitude par rapport aux traitements	-0,154	0,067	141		-0,101	0,233	141	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	15,26	5,35	0,121	86	8,99	2,82	0,054	86
Non	16,65	4,93		55	9,95	2,90		55
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	13,82	5,72	0,008**	39	8,82	3,20	0,174	39
Non TAG	16,47	4,75		87	9,55	2,56		87
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	-0,124	0,167	126		-0,121	0,177	126	
EPDS	-0,172	0,054	126		-0,181	0,043*	126	
ISP								
Relation conjugale	-0,048	0,594	127		-0,193	0,030*	127	
Isolement social	-0,090	0,313	127		-0,162	0,069	127	
ATOM	-0,204	0,023*	125		-0,183	0,041*	125	
QAP	-0,126	0,163	124		-0,113	0,212	124	
III partie A	-0,091	0,314	124		-0,059	0,518	124	
III partie B	-0,079	0,382	124		-0,020	0,821	124	
QEC	0,019	0,838	123		0,007	0,937	123	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau A7*Acceptabilité de la téléthérapie en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Acceptabilité générale					Effets négatifs			
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Âge	0,108	0,214	134		0,107	0,218	134	
Situation financière	-0,152	0,079	134		-0,153	0,078	134	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	8,42	3,99	0,002**a	12	9,00	4,20	0,260 ^a	12
Collégial	12,34	6,30		50	8,78	3,47		50
1er cycle universitaire	12,21	4,35		43	9,02	2,42		43
Cycles supérieurs universitaires	14,52	4,84		29	10,31	3,29		29
Nombre d'enfants								
Un	12,32	5,45	0,804	76	9,21	3,19	0,995	76
Deux ou plus	12,55	5,41		58	9,21	3,28		58
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
Connaissance des traitements	0,063	0,467	134		-0,173	0,046*	134	
Attitude par rapport aux traitements	-0,232	0,007**	134		-0,224	0,009**	134	
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	12,56	5,30	0,702	82	9,22	3,06	0,962	82
Non	12,19	5,63		52	9,19	3,48		52
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	12,29	5,59	0,812	38	8,71	3,01	0,220	38
Non TAG	12,54	5,33		87	9,46	3,17		87
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	
QIM	-0,147	0,101	125		-0,183	0,041*	125	
EPDS	-0,111	0,220	125		-0,102	0,256	125	
ISP								
Relation conjugale	0,050	0,575	126		-0,027	0,762	126	
Isolement social	-0,125	0,163	126		-0,163	0,069	126	
ATOM	-0,107	0,239	124		-0,107	0,235	124	
QAP	0,001	0,988	123		-0,089	0,329	123	
III partie A	-0,115	0,205	123		-0,178	0,049*	123	
III partie B	-0,057	0,531	123		-0,136	0,134	123	
QEC	-0,085	0,354	122		-0,122	0,182	122	

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

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

^a Statistique de Welch.

Tableau A8*Acceptabilité de la thérapie classique en fonction des caractéristiques des participantes*

Variables sociodémographiques								
Variables continues	Acceptabilité générale			Effets négatifs			<i>n</i>	<i>n</i>
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>			
Âge	0,091	0,308	127	-0,045	0,612	127		
Situation financière	0,000	0,996	127	-0,056	0,530	127		
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Scolarité								
Primaire ou secondaire	18,18	2,75	0,660 ^a	11	11,45	2,50	0,926	11
Collégial	18,31	3,61		48	11,13	2,29		48
1er cycle universitaire	18,95	2,55		41	10,98	1,94		41
Cycles supérieurs universitaires	19,26	2,03		27	11,22	2,49		27
Nombre d'enfants								
Un	18,54	3,30	0,840 ^b	70	11,09	2,18	0,822	70
Deux ou plus	18,91	2,39		57	11,18	2,30		57
Variables liées à la consultation								
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Connaissance des traitements	-0,051	0,566	127	-0,083	0,356	127		
Attitude par rapport aux traitements	-0,210	0,018*	127	-0,126	0,158	127		
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Expérience de consultation								
Oui	19,37	1,97	0,015* ^b	76	11,16	1,99	0,852 ^c	76
Non	17,73	3,75		51	11,08	2,55		51
Variables cliniques								
Variables catégorielles	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
QIA								
TAG	18,84	3,40	0,473 ^b	38	11,21	2,33	0,827	38
Non TAG	18,69	2,73		87	11,11	2,21		87
Variables continues	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
QIM	-0,013	0,883	125	-0,066	0,467	125		
EPDS	-0,080	0,378	125	-0,035	0,699	125		
ISP								
Relation conjugale	-0,151	0,091	126	-0,102	0,254	126		
Isolement social	-0,070	0,435	126	-0,061	0,501	126		
ATOM	-0,046	0,615	124	-0,052	0,568	124		
QAP	-0,032	0,721	123	-0,069	0,448	123		
III partie A	-0,014	0,875	123	-0,014	0,875	123		
III partie B	0,034	0,706	123	0,025	0,784	123		
QEC	0,033	0,716	122	0,052	0,572	122		

Note. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; QIM = Questionnaire sur les Inquiétudes et sur la Maternité; EPDS = Échelle de Dépression Post-natale D'Édimbourg; ISP = Indice de Stress Parental; ATOM = Attitudes Toward Motherhood Scale; QAP = Questionnaire d'Attitude Face aux Problèmes; III = Inventaire d'Intolérance à l'Incertitude-abrégé; QEC = Questionnaire d'Évitement Cognitif-abrégé.

* $p < 0,05$.

^a Statistique du test de Kruskal-Wallis.

^b Statistique du test de Mann-Whitney.

^c Statistique de Welch.

Discussion générale

La présente thèse avait pour objectif de documenter l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum. À cette fin, le premier article visait l'exploration de l'acceptabilité de la TCC et de différentes stratégies de traitement issues de cette approche pour le traitement du TAG en période postnatale. Quant à lui, le deuxième article avait pour but d'étudier l'acceptabilité de modalités d'application de la thérapie chez les nouvelles mères souffrant du TAG. Les deux articles visaient également à explorer les liens entre l'acceptabilité observée et des variables sociodémographiques et cliniques jugées pertinentes. Les résultats de ces articles seront discutés dans la section suivante.

Acceptabilité de la TCC

Le premier article posait d'abord l'hypothèse que la TCC serait au minimum modérément acceptable pour le traitement du TAG en postpartum. Cette hypothèse est confirmée en ce qui a trait à l'échelle de mesure globale de l'acceptabilité et de chacune de ses dimensions, soit l'acceptabilité générale (AG) et les effets négatifs (EN). Tel qu'abordé dans l'article, ces résultats concordent avec les études qui soulignent l'acceptabilité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux. Tout d'abord, les auteurs ayant évalué l'acceptabilité d'interventions basées sur la TCC en périnatalité rapportent généralement des niveaux d'acceptabilité élevés (p. ex., Coe et al., 2018; Loughnan et al., 2019; Rowe et al., 2014). Ensuite, on observe également que la TCC présente une acceptabilité au minimum modérée dans la seule autre étude qui a, à notre connaissance,

évalué l'acceptabilité de diverses interventions pour le traitement du TAG (Gaudreau et al., 2015), bien que celle-ci ait été effectuée auprès d'une population aînée. Enfin, des études comparant l'acceptabilité de différents traitements pour les troubles anxieux soulignent aussi l'acceptabilité supérieure de la TCC en comparaison avec la médication et d'autres approches psychologiques (Deacon & Abramowitz, 2005; Mohlman, 2012). L'acceptabilité de la TCC pour le traitement du TAG en postpartum semble donc s'inscrire plus largement dans l'acceptabilité de cette approche pour le traitement des troubles anxieux.

Acceptabilité des stratégies de traitement issues de la TCC

La seconde hypothèse du premier article proposait que la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'activation comportementale et la résolution de problèmes seraient plus acceptables que l'exposition cognitive, l'exposition in vivo et l'entraînement à l'affirmation. Cette hypothèse est partiellement confirmée par les résultats. Les résultats vont dans le sens attendu en ce qui a trait à la dimension de l'AG des stratégies de traitement, soit la dimension qui réfère à leurs aspects positifs comme son efficacité. L'hypothèse se confirme aussi lorsqu'on observe la préférence pour les stratégies de traitement, les deux préférées étant la restructuration cognitive et la psychoéducation et les deux moins appréciées étant l'exposition in vivo et les devoirs. Les résultats obtenus quant à la dimension des EN, soit la dimension qui réfère à l'inconfort ou aux effets secondaires attribués aux stratégies, vont également de manière générale dans le sens attendu, mais présentent une exception, l'entraînement à l'affirmation n'étant pas moins

acceptable que la psychoéducation et la résolution de problèmes. Ainsi, l'entraînement à l'affirmation semble moins inconfortable que prévu. Il était anticipé que cette stratégie puisse susciter davantage d'inconfort puisqu'elle invitait les mères à exposer leurs besoins et à chercher de l'aide, ce qui implique de se montrer plus vulnérable et de se mettre en action par rapport à ses problèmes relationnels. Il est possible que cette stratégie soit apparue moins inconfortable que prévue puisqu'en moyenne notre échantillon de mères ne rapportait pas de difficultés sur le plan de la relation conjugale et du soutien social. Il pourrait donc être moins inconfortable d'apprendre à s'affirmer et à rechercher du soutien auprès d'un entourage que l'on juge soutenant.

La troisième hypothèse du premier article stipulait que l'acceptabilité des devoirs serait inférieure à celle de toutes les autres stratégies de traitement, ce que les résultats confirment partiellement. Lorsqu'on observe l'ordre de préférence des stratégies, les devoirs apparaissent en effet comme la stratégie mise le plus fréquemment en dernière position. Toutefois, les devoirs présentent une acceptabilité mitoyenne en comparaison aux autres stratégies, autant sur le plan de l'AG que celui des EN. On peut en déduire que les nouvelles mères peuvent percevoir les devoirs comme pertinents, efficaces et peu susceptibles de susciter de l'inconfort, mais qu'elles peuvent tout de même demeurer réticentes à l'utilisation de cette stratégie.

Tel que mentionné dans l'article, les présents résultats rejoignent ceux des rares études ayant comparé l'acceptabilité de différentes stratégies de traitement entre elles. En effet, dans l'étude de Smith et al. (2013), qui comparait les stratégies de traitement utilisées dans

une thérapie de groupe pour le traitement des troubles anxieux, la restructuration cognitive avait été jugée la stratégie de traitement la plus aidante en comparaison avec l'exposition in vivo et les devoirs. La psychoéducation présentait une acceptabilité mitoyenne dans cette étude qui n'était jugée différente ni de la restructuration cognitive, ni de l'exposition in vivo, ni des devoirs. Les observations de Tarrier et al. (2006), qui ont comparé l'acceptabilité de stratégies de traitement du trouble de stress post-traumatique, soulignaient quant à elles que la restructuration cognitive était la stratégie de traitement la plus acceptable suivie de l'exposition cognitive, de la psychoéducation et de l'exposition in vivo pour le traitement du trouble de stress post-traumatique. Ainsi, les résultats de la présente étude rejoignent ceux de la littérature quant à la forte acceptabilité de la restructuration cognitive et de la psychoéducation tout comme l'acceptabilité moindre de l'exposition in vivo et des devoirs. Il est aussi intéressant de noter que l'acceptabilité plus grande de l'exposition cognitive en comparaison à celle de l'exposition in vivo apparaît récurrente au travers de cette étude et des autres s'étant intéressées à l'acceptabilité des stratégies thérapeutiques. Diverses hypothèses seront avancées pour expliquer les variances observées entre l'acceptabilité des stratégies.

L'hypothèse de l'inconfort

Un premier élément qui pourrait expliquer les différences d'acceptabilité entre les stratégies de traitement proposées est l'inconfort associé à celles-ci. En ce sens, on observe généralement que les stratégies qui sont le plus susceptibles d'engendrer des émotions négatives, telles que les stratégies d'exposition, sont moins acceptables que celles qui sont

peu susceptibles d'en susciter, comme l'activation comportementale, la psychoéducation ou la restructuration cognitive. En appui à cette idée, les tailles d'effet des différences d'acceptabilité entre les stratégies sont moins fortes en ce qui a trait à la sous-échelle AG (taille d'effet modérée) qu'à celle des EN (taille d'effet forte). Cette hypothèse rejoindrait d'ailleurs différentes observations effectuées dans l'histoire de l'étude de l'acceptabilité. Lorsqu'on observe les revues de littérature sur l'acceptabilité (Carter, 2007; Miltenberger, 1990), on constate d'abord que cette variable a surtout été utilisée pour comparer des stratégies de traitement comportementales visant à réduire les troubles de comportements. Ces études soulignent que les interventions axées sur le renforcement positif présentaient généralement une acceptabilité plus forte que les interventions utilisant la punition. Carter considère que ces interventions divergeaient par leur caractère plus ou moins intrusif, mais on pourrait aussi supposer qu'elles divergeaient par leur caractère plus ou moins déplaisant.

La faible acceptabilité des stratégies d'exposition pourrait justement s'expliquer par son caractère inconfortable, ce que suggère son faible score d'acceptabilité à la sous-échelle EN. En ce sens, des études ont souligné que, malgré l'aspect central de l'exposition dans la TCC, peu de cliniciens, utilisant cette approche pour le traitement des troubles anxieux, incluent l'exposition dans leurs stratégies thérapeutiques en comparaison avec d'autres approches comme la restructuration cognitive ou l'entraînement à la relaxation (Freiheit, Vye, Swan, & Cady, 2004; Hipol & Deacon, 2012; Wolitzky-Taylor et al., 2019). Les études chez les patients soulignent toutefois qu'une majorité d'entre eux pourrait être favorable à l'exposition malgré son caractère inconfortable. Cox, Fergus et

Swinson (1994) ont étudié l'acceptabilité des stratégies de traitement utilisées au sein d'une thérapie (en groupe ou au téléphone) pour le trouble panique avec agoraphobie. Ils soulignent que l'exposition, la psychoéducation et l'entraînement à la relaxation étaient perçus comme aussi utiles, mais que l'exposition était moins appréciée que les deux autres stratégies. Les auteurs avancent que l'exposition était considérée comme un « traitement amer », mais efficace. Bien qu'intéressante, cette étude a été effectuée auprès de patients ayant bénéficié de l'exposition et ne nous renseigne donc pas sur le point de vue de patients réticents à s'engager dans une thérapie utilisant cette stratégie. Des études analogues nous renseignent davantage sur ce point. Devilly et Hunter (2008) ont étudié l'acceptabilité de la restructuration cognitive et de l'exposition pour le traitement du stress post-traumatique auprès d'une population d'étudiants universitaires. Leurs résultats soulignent que l'exposition est perçue comme plus inconfortable que la restructuration cognitive. Cependant, les deux stratégies étaient approuvées de manière similaire ce qui suggère aussi qu'un certain inconfort peut être jugé tolérable afin d'améliorer la condition psychologique. Becker, Darius et Schaumberg (2007) ont pour leur part étudié l'acceptabilité de plusieurs interventions pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (dont l'exposition et la restructuration cognitive) aussi par le biais d'une étude analogue auprès d'étudiants universitaires. L'option thérapeutique privilégiée était l'exposition (51 %) suivie de la restructuration cognitive (22 %). Toutefois, la différence observée était réduite lorsque l'on observait uniquement les résultats des participants présentant des symptômes de stress post-traumatique (alors 36 % pour l'exposition et 27 % pour la restructuration cognitive). Ainsi, l'exposition pourrait apparaître moins

acceptable chez les personnes en difficulté psychologique que chez leurs homologues. D'ailleurs, les études précédentes ayant été effectuées auprès d'une population non clinique, la généralisation de leurs résultats auprès d'une population clinique n'est pas garantie. Wolitzky-Taylor et al. ont pour leur part évalué l'expérience de patients recevant une thérapie pour leur trouble anxieux, leur perception de l'exposition et des barrières perçues à l'adhésion à leur thérapie. Les patients considéraient faire davantage de restructuration cognitive et d'entraînement à la relaxation que d'exposition. Bien que la majorité des patients percevait l'exposition anxiogène (56 %), plusieurs pensaient que l'exposition pouvait être aidante (69 %) et environ la moitié accepterait de s'engager dans cette stratégie (51 %). Il est aussi à noter qu'un quart des patients soulève avoir l'impression que la crainte de confronter leurs peurs pouvait nuire à leur adhérence à la thérapie. Ainsi, les résultats demeurent contradictoires en ce qui concerne les liens entre l'acceptabilité de l'exposition et son caractère inconfortable. Certains patients semblent percevoir cette stratégie comme un mal nécessaire alors que d'autres ne semblent pas prêts à payer le prix d'un inconfort transitoire pour un mieux-être ultérieur.

Aucune étude n'apporte en ce moment un éclairage sur ce qui distingue les patients qui s'engageraient dans une stratégie thérapeutique plus inconfortable comme l'exposition de ceux qui l'évitent. On peut toutefois avancer l'hypothèse que les nouvelles mères qui se sentent souvent fragiles en postpartum pourraient être plus réticentes à l'idée de s'exposer à l'inconfort. L'étude qualitative de Barclay, Everitt, Rogan, Schmied et Wyllie (1997) sur l'expérience de la maternité souligne que les nouvelles mères se sentent épuisées physiquement (en raison du manque de sommeil, de la récupération post-

accouchement et des demandes fréquentes du nouveau-né) et émotionnellement (en raison de l'adaptation et de l'incertitude liées au changement). Elles pourraient ainsi ne pas se sentir assez solides pour affronter l'inconfort suscité par des stratégies thérapeutiques plus éprouvantes comme l'exposition. L'importance du sentiment de confiance en sa capacité à apporter des changements pourrait d'ailleurs trouver du soutien dans les études qui suggèrent que l'entretien motivationnel pourrait favoriser l'adhérence aux thérapies utilisant l'exposition (Westra, Arkowitz, & Dozois, 2009; Westra & Dozois, 2006), en s'attardant notamment à ce sentiment (Slage & Gray, 2007). Ainsi, les nouvelles mères bravant déjà de nombreux bouleversements dans leur vie pourraient se sentir moins confiantes quant à leur capacité de faire face à des stratégies de traitement plus éprouvantes, ce qui pourrait influencer leur acceptabilité de même que celle de stratégies perçues comme moins inconfortables.

L'hypothèse du temps

Un deuxième élément qui pourrait avoir influencé l'acceptabilité des diverses stratégies de traitement est le temps nécessaire à leur implantation. On observe que les stratégies qui s'implantent rapidement, comme la psychoéducation, semblent plus acceptables que les stratégies qui nécessitent davantage d'investissement de temps, comme les devoirs. Cette hypothèse pourrait d'ailleurs expliquer pourquoi les devoirs représentent la stratégie de dernier choix malgré leur position mitoyenne sur les mesures d'acceptabilité. Les nouvelles mères pourraient ainsi concevoir qu'il s'agit d'une stratégie pertinente et peu inconfortable, mais être réticentes à investir du temps dans leur

cheminement thérapeutique à l'extérieur des rencontres de suivi. Une réticence à l'égard des stratégies qui nécessitent davantage de temps pourrait aussi contribuer à expliquer pourquoi les stratégies d'exposition sont moins acceptables que les autres. Ces stratégies ont en effet été présentées comme nécessitant un investissement de temps considérable pour mener des séances d'exposition de façon régulière.

L'hypothèse de l'importance du temps est soutenue par la littérature sur les barrières à la consultation postnatale qui répertorie largement que le manque de temps est un frein important à la consultation (p. ex., Byatt et al., 2012; Dennis & Chung-Lee, 2006; Gjerdingen et al., 2009; Kim et al., 2010). Il s'agissait d'ailleurs de l'obstacle à la consultation pour des difficultés psychologiques en péripartum le plus fréquent selon l'étude de Goodman (2009). Lorsqu'interrogées sur l'expérience du passage à la maternité, les nouvelles mères rapportent de manière systématique la perte du temps qu'elles avaient auparavant pour prendre soin d'elles ou de leurs relations (Aber, Weiss, & Fawcett, 2013; Barclay et al., 1997; Nicolson, 1990, 1999). Ainsi, s'il apparaît déjà difficile pour les nouvelles mères d'avoir du temps pour elles-mêmes, il apparaît logique qu'il soit ardu d'en dégager pour s'investir dans une thérapie. Dans le même ordre d'idées, les stratégies de traitement qui demandent plus d'investissement hors des séances peuvent apparaître comme plus laborieuses à mettre en place et leur acceptabilité en être affectée.

L'hypothèse de la pertinence

Un troisième élément qui pourrait expliquer une partie de la variance observée dans l'acceptabilité des stratégies de traitement est la pertinence accordée à celles-ci. Cette hypothèse pourrait expliquer pourquoi l'entraînement à l'affirmation présente une AG moins élevée que les autres stratégies. Des études soulignent l'importance des besoins de soutien chez les nouvelles mères et leur difficulté à chercher de l'aide, ce qui suggère la pertinence d'une stratégie thérapeutique visant à aider les mères à exprimer leur besoin de soutien à leur entourage (Negron, Martin, Almog, Balbierz, & Howell, 2013; O'Mahen et al., 2012). Toutefois, il est possible que l'entraînement à l'affirmation ne soit pas pertinent pour toutes les mères. Comme mentionné précédemment, l'échantillon de nouvelles mères de la présente étude ne présentait en moyenne pas de difficulté dans leur évaluation du soutien conjugal et social reçu. Il est donc possible que ces mères aient jugé moins pertinente une stratégie qui vise à résoudre des difficultés qui semblent peu présentes pour elles.

À l'inverse, la forte acceptabilité de l'activation comportementale pourrait s'expliquer par sa pertinence. De prime abord la pertinence de l'activation comportementale pouvait être questionnable puisque cette stratégie thérapeutique ne cible pas directement les symptômes anxieux. Toutefois, cette stratégie de traitement pourrait être particulièrement appropriée pour répondre aux besoins spécifiques des nouvelles mères. En ce sens, les études sur le passage à la maternité soulignent qu'un sentiment de perte est répandu chez les nouvelles mères (Barclay et al., 1997; Nicolson, 1999). Bien qu'elles décrivent

différentes pertes, comme la perte de l'apparence physique, de la sexualité, de l'occupation professionnelle ou de la liberté, la perte du temps pour prendre soin de soi en raison des soins quasi constants à fournir au bébé ressort comme une thématique majeure. L'étude de O'Mahen et al. (2012) corrobore d'ailleurs que les nouvelles mères sont souvent submergées par leurs tâches quotidiennes et ont de la difficulté à s'engager dans des activités plaisantes. Les auteurs en concluent que les interventions en postpartum gagneraient à travailler la croyance chez les mères comme quoi il est attendu qu'elles s'oublient pour la maternité et à les aider à avoir un horaire davantage équilibré entre les tâches et les moments de plaisir. Ainsi, les objectifs de l'activation comportementale pourraient correspondre à un besoin répandu chez les nouvelles mères de retrouver un équilibre dans leur mode de vie, ce qui pourrait en faire une stratégie de traitement plus pertinente et donc plus acceptable pour elles.

La pertinence pourrait aussi venir expliquer en partie l'acceptabilité moindre de l'exposition *in vivo*. Des auteurs ont souligné que l'application de cette stratégie pour le traitement du TAG est moins claire que pour les autres troubles anxieux considérant la nature souvent moins concrète ou moins spécifique des stimuli déclencheurs de l'anxiété (Ballenger et al., 2001; Deacon & Abramowitz, 2004; Overholser & Nasser, 2000). Toutefois, le TAG est associé à des comportements d'évitement de l'inquiétude qui lui sont propres, soit l'évitement de situations ou d'informations anxiogènes, l'adoption de comportements sécurisants (agir avec une grande prudence ou planifier abondamment) et la recherche de réassurance auprès des autres (Beesdo-Baum, Jenjahn, Höfler, Lueken, Becker, & Hoyer, 2012). Ces comportements d'évitement sont malgré tout souvent plus

subtils que ceux observés dans d'autres troubles anxieux, ce qui pourrait amener les nouvelles mères à avoir de la difficulté à concevoir ce à quoi elles pourraient s'exposer et à douter de la pertinence de l'exposition in vivo. Somme toute, il est possible que la pertinence attribuée aux stratégies de traitement influence l'acceptabilité de certaines stratégies thérapeutiques auprès des nouvelles mères.

En résumé, on observe que l'acceptabilité varie entre les différentes stratégies de traitement du TAG en postpartum. La présente étude ne nous renseigne pas directement sur les causes possibles de ces variations, mais permet de soulever diverses hypothèses explicatives. Il est ainsi proposé que le désir de limiter l'inconfort ressenti et l'investissement de temps ainsi que la pertinence attribuée aux stratégies de traitement puissent être liés à l'acceptabilité des stratégies thérapeutiques chez les nouvelles mères.

Acceptabilité des modalités de traitement

La thérapie individuelle et la thérapie de groupe

Le premier objectif du deuxième article était de documenter et de comparer l'acceptabilité de la thérapie individuelle et celle de la thérapie de groupe. Aucune hypothèse n'avait été avancée en raison du peu de littérature comparative sur le sujet, mais les résultats indiquent unanimement une plus grande acceptabilité de la thérapie individuelle. Tel que mentionné dans l'article, ces résultats s'inscrivent en contradiction avec les études qui soulignent le désir des nouvelles mères de recevoir du soutien et de pouvoir partager leur vécu avec d'autres mères qui traversent ou ont traversé leurs

difficultés (Dennis & Chung-Lee, 2006; Hadfield & Wittkowski, 2017). D'ailleurs, une revue qualitative des interventions de groupe pour la dépression postnatale souligne que les mères ont trouvé cette modalité avantageuse puisqu'elle leur a permis de briser leur isolement et de normaliser leur vécu auprès d'autres nouvelles mères (Scope, Booth, & Sutcliffe, 2012). Dans le même ordre d'idées, les résultats de la présente thèse vont à l'encontre de ceux de Létourneau et al. (2007), qui ont mené une étude qualitative sur les besoins de soutien des nouvelles mères souffrant de symptômes dépressifs. Bien qu'ils soulignent généralement une préférence des nouvelles mères pour l'obtention d'un soutien individuel, les auteurs notent que les mères qui se considèrent anxieuses rapportent plutôt une préférence pour le soutien en groupe. Il est avancé que les mères anxieuses recherchent moins de soutien instrumental (centré sur l'aide aux soins à l'enfant ou aux tâches) et plus de soutien émotionnel (axé sur la transmission d'informations ou sur la validation de leurs difficultés), ce qui pourrait plus facilement se répondre en groupe par le biais du partage de son expérience avec d'autres mères ayant un vécu similaire. Ainsi, la préférence pour la thérapie individuelle étonne quand on considère que la thérapie de groupe pourrait répondre à un besoin chez les nouvelles mères de se sentir moins isolées et de normaliser leur vécu en le comparant à celui d'autres mères partageant leur réalité.

D'un autre côté, les résultats du deuxième article rejoignent ceux de la seule étude ayant comparé l'acceptabilité de la thérapie individuelle et de la thérapie de groupe chez des nouvelles mères à l'aide d'un choix forcé (Goodman, 2009). L'auteur avance que la thérapie de groupe pourrait être moins acceptable en raison de l'absence de flexibilité de cette modalité (les rencontres étant généralement fixes) et de la stigmatisation entourant

les difficultés psychologiques postnatales. Le caractère moins accessible des rencontres en groupe est confirmé dans les conclusions de l'étude d'Ugarriza (2004), qui a étudié l'efficacité d'une thérapie de groupe pour la dépression postnatale. L'auteur souligne la difficulté de trouver un moment de rencontre qui convenait à l'ensemble des participantes. La crainte associée à la stigmatisation comme frein à la consultation en groupe pourrait expliquer pourquoi la thérapie de groupe n'atteint pas le seuil d'acceptabilité modérée à la sous-échelle EN. Ainsi, les nouvelles mères considèrent cette modalité comme plus à risque d'être inconfortable, ce qui pourrait s'expliquer par une crainte à l'égard du jugement des autres. En ce sens, la revue de Scope et al. (2012) souligne que certaines mères ne se sentaient pas à l'aise de discuter ouvertement de leurs difficultés et pouvaient avoir tendance à se comparer négativement aux autres. Dans le même ordre d'idées, Lefebvre-Chanson, Boissou-Bonnet et Rolland (2017) ont évalué l'expérience de thérapie de groupe de mères souffrant de dépression postpartum. Ils notent aussi que les nouvelles mères craignaient à prime abord de ne pas oser s'exprimer, ce qui pourrait être lié à une crainte du jugement.

En somme, bien que la thérapie de groupe pourrait permettre aux nouvelles mères de briser l'isolement et de normaliser leur vécu, la thérapie individuelle demeure plus acceptable selon les mères interrogées dans cette étude. Les raisons expliquant la préférence de la thérapie individuelle demeurent à investiguer, mais il est possible que cette dernière soit associée à une plus grande flexibilité en ce qui a trait aux moments des rencontres et à la limitation des craintes associées à la stigmatisation. Ces hypothèses rejoindraient la littérature sur les barrières à la consultation en postpartum. En ce sens, les

barrières logistiques pour les nouvelles mères, en termes de temps et de soins à l'enfant (Byatt et al., 2012), pourraient être plus faciles à surmonter dans un cadre de travail plus flexible que ce que la thérapie de groupe permet. La barrière de la stigmatisation, qui souligne que les difficultés psychologiques postnatales sont perçues comme honteuses pour les nouvelles mères et souvent interprétées comme un signe qu'elles sont de mauvaises mères (p. ex., Denis & Chung-Lee, 2006; Grissette, Spratling, & Aycock, 2018; Hadfield & Wittkowski, 2017; McCarthy & McMahon, 2008), pourrait aussi être moins présente en thérapie individuelle qu'en thérapie de groupe. Ainsi, la thérapie de groupe, bien que pertinente, pourrait être moins pratique et plus inconfortable, ce qui pourrait être lié à son acceptabilité moindre.

La thérapie avec et sans la participation du partenaire

Le deuxième objectif du deuxième article était de documenter et de comparer l'acceptabilité de faire participer le partenaire à quelques rencontres de la thérapie et l'acceptabilité de ne pas solliciter le partenaire. L'hypothèse avancée était que l'inclusion du partenaire serait plus acceptable, ce qui a été confirmé uniquement partiellement par les résultats. En fait, l'inclusion du partenaire est l'option préférée par les nouvelles mères, mais elle est considérée aussi acceptable que l'exclusion du partenaire en ce qui a trait à la sous-échelle AG et moins acceptable que l'exclusion du partenaire sur la sous-échelle EN. On en comprend donc que les nouvelles mères préfèrent que leur partenaire participe à leur thérapie, bien que sa présence soit associée à davantage de risques ou d'inconfort.

L'inconfort à l'idée d'inclure le partenaire dans les rencontres rejoint les études qui soulignent une réticence chez les nouvelles mères à aborder leurs difficultés psychologiques avec leur partenaire (p. ex., Dennis & Chung-Lee, 2006; McIntosh, 1993). Ces études soulèvent que les mères ont l'impression que leur partenaire pourrait s'attendre à ce qu'elles s'adaptent à la maternité, qu'elles ne veulent pas devenir un fardeau pour celui-ci et qu'elles se sentent honteuses de leurs difficultés. On pourrait ainsi percevoir à nouveau un lien entre la réticence des mères à inclure d'autres personnes dans leur thérapie et la crainte des mères entourant la stigmatisation perçue des difficultés psychologiques postnatales abordée précédemment. Dans un autre ordre d'idées, Bouchard (2014) rapporte que l'ajustement dyadique diminue significativement après le passage à la maternité selon les mères. De plus, les difficultés conjugales font partie des inquiétudes fréquentes chez les nouvelles mères (Kaitz, 2007; Wenzel et al., 2003). Il est donc probable que les mères consultant pour des symptômes anxieux souhaitent aborder des préoccupations conjugales, ce qui pourrait être moins confortable à effectuer devant leur partenaire. En ce sens, des revues d'études qualitatives sur la prévention (Scope, Booth, Morrell, Sutcliffe, & Cantrell, 2017) et le traitement (Scope et al., 2012) de la dépression postpartum rapportent que, bien que l'inclusion du partenaire soit généralement appréciée, certaines mères sont plus inconfortables avec sa participation. Ces études soulignent aussi que, lors de ces séances, la relation entre les partenaires semblait tendue et qu'on dénotait davantage d'émotions négatives. À la lumière de ces informations, on peut comprendre les mères anticipent un inconfort à l'idée d'inclure leur partenaire dans la thérapie.

D'un autre côté, l'étude de Logsdon, Birkimer et Barbee (1997) souligne que les nouvelles mères considèrent leur partenaire comme leur principale source de soutien pour la nette majorité de leurs besoins. Toutefois, les nouvelles mères semblent souvent peu satisfaites du soutien reçu de la part de leur partenaire (Barclay et al., 1997) et peuvent se sentir déconnectées de celui-ci (Paris & Dubus, 2005). L'étude de Létourneau et al. (2007) souligne aussi que des nouvelles mères souffrant de symptômes dépressifs peuvent avoir l'impression que leurs partenaires sont limités dans leur capacité à leur offrir du soutien par manque de connaissance à l'égard de leurs difficultés. Ainsi, bien qu'inconfortable, l'inclusion du partenaire dans la thérapie pourrait répondre à un besoin chez les nouvelles mères d'être mieux soutenues dans leurs difficultés par leur partenaire, compte tenu de l'importance de ce dernier dans leur vie. D'ailleurs, les études ayant inclus le partenaire dans les traitements pour les difficultés psychologiques postnatales soulignent un impact positif sur la communication dans le couple et la capacité du partenaire à comprendre et à soutenir la nouvelle mère (Alves, Martins, Fonseca, Canavarro, & Pereira, 2018; Lefebvre-Chanson et al., 2017; Scope et al., 2012).

À la lumière des résultats concernant l'acceptabilité de la thérapie individuelle et celle de l'inclusion du partenaire dans la thérapie, il est intéressant de noter la possible tension chez les nouvelles mères entre le besoin d'être soutenues, comprises et validées et la crainte d'être perçue comme une mauvaise mère en raison de leurs difficultés psychologiques. Cette tension semble se conclure par une préférence pour la thérapie individuelle sans les pairs, mais avec l'inclusion du partenaire. Il pourrait a priori sembler contradictoire que les mères priorisent le besoin d'être soutenue dans une situation, mais

pas dans l'autre. Toutefois, bien que la thérapie de groupe et l'inclusion du partenaire présentent plus d'EN que leur modalité de comparaison, l'inclusion du partenaire présente une aussi forte AG que l'idée de l'exclure tandis que la thérapie de groupe présente une AG plus faible que la thérapie individuelle. Ainsi, les nouvelles mères pourraient percevoir moins de bénéfices à la thérapie de groupe. Diverses hypothèses peuvent expliquer cette différence. Il est d'abord possible que le besoin d'être soutenue et validée soit plus criant à l'égard du partenaire puisqu'il s'agit de la principale source de soutien de la mère et qu'elle vit souvent avec celui-ci. En ce sens, l'inclusion du partenaire pourrait s'attarder à une problématique du quotidien pour la mère, soit la difficulté d'être soutenue par son partenaire, plutôt que d'apporter plus modestement une source de validation ponctuelle par des pairs. D'une autre part, il est possible que les mères aient davantage de doutes quant à l'efficacité d'une thérapie de groupe où l'attention du thérapeute sera divisée en permanence entre toutes les mères plutôt que d'être centrée sur elles en particulier. Cette dernière hypothèse rejoindrait d'ailleurs les conclusions de la synthèse qualitative de Scope et al. (2012) qui indique que plusieurs mères ont trouvé ne pas avoir eu suffisamment de temps en thérapie de groupe et ont l'impression qu'elles auraient tiré davantage de bénéfices d'une thérapie individuelle. Ainsi, l'inclusion du partenaire à la thérapie pourrait être perçue comme plus importante que l'obtention de soutien par les pairs et certains doutes pourraient émaner sur la capacité de la thérapie de groupe à répondre aux besoins des nouvelles mères.

Les modalités d'administration de la thérapie

Le troisième objectif du deuxième article était de documenter et de comparer l'acceptabilité des modalités d'administration de la thérapie pour le TAG en postpartum. L'hypothèse était soulevée que la thérapie classique et la thérapie à domicile seraient plus acceptables que la téléthérapie, ce que les résultats confirment partiellement. En fait, la thérapie classique apparaît constamment au travers des résultats comme la forme de thérapie la plus acceptable pour les nouvelles mères. La thérapie à domicile présente en effet une plus grande AG que la téléthérapie, mais des EN comparables. En somme, les résultats de la présente thèse rejoignent ceux de Henshaw et al. (2013) qui indiquent que les nouvelles mères préfèrent recevoir une thérapie dans un centre de santé mentale plutôt qu'à la maison et préfèrent les recevoir à la maison plutôt qu'au téléphone ou en ligne. Aucune hypothèse n'avait été formulée quant à l'acceptabilité de l'auto-traitement. Les résultats indiquent toutefois qu'il s'agit de la stratégie la moins acceptable, qu'elle ne présente pas une AG au minimum modérée et qu'elle est en majorité une option de dernier choix pour les mères.

Bien que ces résultats aient été anticipés à la lumière de la littérature sur l'acceptabilité, il peut demeurer surprenant que les nouvelles mères considèrent la thérapie classique comme la modalité la plus acceptable alors qu'il s'agit de celle qui présente le plus de défis sur le plan logistique. Elle implique en effet que la nouvelle mère se déplace au bureau du thérapeute, ce qui nécessite davantage de temps et implique soit d'emmener le bébé, soit de trouver un gardien. Comme mentionné plus tôt, ces éléments logistiques

ressortent comme des obstacles majeurs à la consultation en péripartum (p. ex., Goodman, 2009; Kim et al., 2010). La thérapie classique est aussi associée à une crainte d'être stigmatisée pour ses difficultés psychologiques, un autre frein à la consultation important en postpartum (p. ex., Létourneau et al., 2007; Woolhouse et al., 2009). D'ailleurs, les données qualitatives sur la thérapie à domicile (Segre et al., 2010), la téléthérapie (Postmontier et al., 2016) et l'auto-traitement (Ashford et al., 2018, O'Mahen et al., 2015, Pugh et al., 2015) soulignent que les mères sont souvent satisfaites par ces modalités alternatives justement parce qu'elles réduisent les obstacles logistiques à la consultation et minimisent la crainte d'être stigmatisée. Ainsi, d'autres hypothèses doivent être avancées pour comprendre la forte acceptabilité de la thérapie classique, malgré son caractère moins accessible et moins anonyme.

L'hypothèse du besoin de soutien. Un premier élément qui pourrait expliquer les variances d'acceptabilité observées entre les modalités d'administration est le besoin des nouvelles mères de se sentir soutenues dans leurs démarches thérapeutiques. Cette hypothèse pourrait expliquer pourquoi l'auto-traitement, une modalité qui offre moins d'encadrement et exige plus d'autonomie, est la modalité la moins acceptable chez les nouvelles mères, même s'il s'agit de celle qui offre le plus de flexibilité pour surmonter les obstacles logistiques associés à la consultation. En ce sens, l'auto-traitement n'atteignait pas le seuil modéré d'acceptabilité sur la sous-échelle AG, ce qui pourrait indiquer que les nouvelles mères perçoivent plus difficilement pouvoir tirer des bénéfices de cette modalité. La série de travaux de l'équipe de O'Mahen sur l'auto-traitement de la dépression illustre bien l'importance du soutien thérapeutique pour les nouvelles mères.

Leur première étude proposait un auto-traitement avec soutien optionnel sous forme de clinique virtuelle et a souffert d'un taux élevé de désistement (63 %) et d'abandons (45 %; O'Mahen et al., 2013). Les auteurs ont donc mené une étude qualitative auprès d'une partie de leurs participantes afin de mieux comprendre ce qui pourrait avoir affecté l'acceptabilité du traitement (O'Mahen et al., 2015). La majorité des mères auraient souligné manquer de soutien de la part de leur entourage, ce qui les auraient menées à se sentir isolées et dépassées par les demandes de la maternité et du traitement. Elles auraient ressenti le besoin d'être soutenues et encouragées pour accomplir leurs tâches et s'engager dans le traitement. Les mères suggéraient pour ce faire d'ajouter un soutien téléphonique régulier avec un thérapeute pour les guider tout au long du traitement. À la lumière de ces résultats, O'Mahen et al. (2014) ont fait une nouvelle étude de traitement en offrant cette fois-ci un auto-traitement guidé et ont observé une meilleure adhérence (2 % de désistement et 8 % d'abandons), ce qui souligne finalement l'importance du soutien thérapeutique pour les nouvelles mères. De plus, d'autres études soulignent que le soutien de la part d'un thérapeute est un des éléments des auto-traitements les plus appréciés par les nouvelles mères (Danaher et al., 2013; Rowe et al., 2014). Ainsi, l'offre d'un soutien thérapeutique semble influencer l'acceptabilité des auto-traitements lorsqu'on les compare entre eux. Il pourrait donc être possible que la perception de l'auto-traitement, comme une modalité qui offre potentiellement moins de soutien à la nouvelle mère, influence aussi son acceptabilité lorsqu'on la compare à d'autres modalités d'administration des traitements possiblement jugées plus encadrantes.

Néanmoins, certains auto-traitements non guidés présentent une bonne acceptabilité auprès des nouvelles mères (p. ex., Loughnan et al., 2019), ce qui indique que le besoin de soutien ne serait pas le seul élément pouvant influencer l'acceptabilité de cette modalité. Loughnan et al. ne s'avancent pas sur ce qui a pu justifier la forte acceptabilité de leur traitement pour les nouvelles mères, mais on peut poser l'hypothèse que son format très concis (trois modules) pourrait avoir répondu à un besoin chez les nouvelles mères qui manquent de temps pour elles. Par ailleurs, certaines études soulèvent d'autres limites quant à l'acceptabilité des auto-traitements guidés. Pugh et al. (2015) soulignent que, bien que les mères aient apprécié le soutien thérapeutique accompagnant leur auto-traitement pour des symptômes dépressifs, elles ont trouvé difficile de s'investir de manière continue dans l'auto-traitement par manque de temps en raison des demandes associées à la maternité. Ashford et al. (2018) ont observés quant à eux des problèmes d'adhérence importants à leur auto-traitement des symptômes anxieux avec soutien téléphonique optionnel. Bien que les commentaires des participantes suggèrent que peu d'accent était mis sur le soutien disponible, ils soulignent surtout le manque de convivialité, de pertinence et de concision du traitement. Pour conclure, le besoin de soutien pourrait influencer l'acceptabilité des auto-traitements, mais leur caractère bref et convivial semble aussi important à considérer dans l'explication de la variabilité de leur acceptabilité.

L'hypothèse de l'alliance thérapeutique. Un deuxième élément qui pourrait expliquer la variabilité de l'acceptabilité des modalités d'administration entre elles est la perception de leur impact sur la qualité de la relation avec le thérapeute. Cette hypothèse pourrait permettre de comprendre pourquoi la thérapie classique et la thérapie à domicile,

deux modalités impliquant un contact thérapeutique en présentiel, sont plus acceptables que la téléthérapie et l'auto-traitement, deux modalités qui impliquent un contact thérapeutique à distance. Il serait ainsi probable que les mères perçoivent la possibilité de développer une meilleure alliance thérapeutique en présentiel qu'en thérapie à distance. Cette hypothèse irait à l'encontre des nombreuses études qui ont comparé la qualité de l'alliance thérapeutique en présentiel et en télépratique et qui concluaient que celles-ci sont équivalentes pour les patients (p. ex., Watts, Marchand, Bouchard, & Bombardier, 2016; Watts et al., 2020). Il importe toutefois de noter que ces études ont évalué la perception de participants ayant bénéficié d'un traitement en télépratique, ce qui soulève certains biais. D'une part, l'alliance a été évaluée chez des participants qui consentaient dès le départ à recevoir potentiellement une thérapie en télépratique. Il est probable que ceux-ci étaient moins réticents à l'idée d'utiliser cette modalité et que les études ne rapportent donc pas le point de vue potentiellement plus négatif de ceux qui ont refusé la possibilité d'utiliser cette modalité. D'autre part, l'alliance ayant été évaluée au cours du traitement ou après celui-ci, les études ne rendent pas compte des préjugés qui pouvaient être présents avant l'obtention du traitement. Peu d'études se sont intéressées aux préjugés à l'égard de la télépratique, mais celles-ci apportent des pistes de réflexion quant aux préjugés qui pourraient être présents chez les nouvelles mères. Rohland, Saleh, Rohrer et Romitti (2000) ont investigué l'intérêt et les réticences d'une population rurale à l'égard de l'offre de services psychiatriques en télépratique. Ils soulignent qu'un tiers des participants n'était pas intéressé par la télépratique et que le motif le plus fréquemment cité était l'anticipation que le contact soit impersonnel. Dans le même sens, Bischoff,

Hollist, Smith et Flack (2004) ont réalisé une étude qualitative de l'offre d'une thérapie en télépratique pour les habitants de milieux ruraux. Ils soulignent l'inconfort initial de leurs participants à l'égard de la télépratique, notamment à l'égard de la relation thérapeutique qui pouvait sembler plus impersonnelle. Ainsi, il serait possible que les nouvelles mères anticipent une relation au thérapeute plus impersonnelle dans les modalités qui offrent un soutien à distance, ce qui pourrait influencer leur acceptabilité. Par ailleurs, Tullio, Perrone, Bilotta, Lanzarone et Argo (2020), dans leur analyse des enjeux entourant la télépratique en temps de confinement lié à la COVID-19, suggéraient que le besoin du contact thérapeutique en présentiel pouvait être davantage criant compte tenu de l'isolement auxquels la population faisait face à ce moment. Cet élément de réflexion pourrait potentiellement se transposer chez les nouvelles mères qui souffrent souvent d'un sentiment d'isolement et de déconnexion (Paris & Dubus, 2005). Elles pourraient ainsi percevoir davantage le besoin d'avoir un contact thérapeutique en présentiel pour briser l'isolement, ce qui pourrait aussi être lié à l'acceptabilité qu'elles accordent aux modalités d'administration des traitements.

L'hypothèse de l'espace thérapeutique. Un troisième élément potentiel à considérer dans les fluctuations d'acceptabilité observées entre les modalités d'administration pourrait être le besoin d'avoir un espace thérapeutique. Cette hypothèse pourrait expliquer en quoi la thérapie classique demeure plus acceptable que la thérapie à domicile, bien que toutes deux soient en présentiel. Tel que mentionné dans l'article, aucune étude ne semble avoir étudié précisément les qualités d'un environnement thérapeutique optimal. Toutefois, les recommandations du guide de télépratique émis par l'Ordre des

psychologues du Québec (2013) et de différents guides d'autres régions (McCord, Bernhard, Walsh, Rosner, & Console, 2020) encouragent le psychologue à porter une attention particulière à l'environnement dans lequel le patient bénéficiera des services. Ils suggèrent que cet endroit doit être confortable, propice au progrès, calme et à l'abri des distractions ou des interruptions. Dans le même ordre d'idées, la pandémie de la COVID-19 a récemment entraîné une transition massive de l'offre de thérapies classiques vers les thérapies en télépratique (Pierce, Perrin, Tyler, McKee, & Watson, 2020). Peu d'études ont porté sur l'impact de ce changement d'environnement thérapeutique, mais Crowe, Inder, Farmer et Carlyle (2020) ont interrogé les participants de leur étude sur l'efficacité d'une thérapie pour les troubles de l'humeur à propos du passage vers la télépratique engendré par le confinement. Les participants relevaient qu'il pouvait être difficile de trouver un endroit privé à la maison où ils ne seraient pas interrompus ou ne craindraient pas d'être écoutés. Ils soulignaient aussi la perte de l'espace de transition que constitue le déplacement à l'aller et au retour des séances de psychothérapie, espace servant à se préparer aux rencontres de thérapie, à réfléchir par la suite au contenu abordé dans celles-ci et à se préparer émotionnellement à retourner à leurs activités. Pour les nouvelles mères, le domicile pourrait difficilement offrir un endroit calme où la mère ne sera pas interrompue puisque celle-ci est souvent à la maison avec son bébé et, parfois, d'autres enfants. Si le partenaire ou un proche est à la maison pour s'occuper du bébé pendant la rencontre, les mères pourraient tout de même demeurer préoccupées par la confidentialité de leurs échanges avec le thérapeute. Ainsi, quitter le domicile pour rejoindre le thérapeute à son bureau pourrait assurer aux mères un endroit plus propice pour se centrer sur elles

sans risque de distraction et sans crainte. De plus, la littérature concernant les nouvelles mères met bien en évidence leur difficulté à trouver un espace pour elles et leurs besoins au travers des demandes associés à la maternité (Barclay et al., 1997; Nicolson, 1999). L'espace de transition que constitue le déplacement avant et après les rencontres de thérapie pourrait en ce sens être d'une importance cruciale pour elles puisqu'il semble peu probable qu'elles bénéficient de cet espace à la maison.

Dans un autre ordre d'idées, Flynn et al. (2010) ont interrogé des mères enceintes ou en postpartum présentant des symptômes dépressifs sur leur préférence en termes de lieux de traitement. Ils notent que les avis sont partagés quant à la thérapie à domicile, certaines mères la préférant pour son caractère pratique, d'autres préférant l'éviter, étant préoccupées à l'idée de préparer la maison à recevoir des visiteurs. Cet aspect étant peu élaboré dans l'article, il est difficile de statuer sur la nature de ces préoccupations. Il serait toutefois possible que les mères soient préoccupées à l'idée de préparer la maison par manque de temps et d'énergie, une réalité commune aux nouvelles mères (Aber et al., 2013). Il serait aussi possible qu'elles craignent d'être jugées quant à l'état de leur domicile, les nouvelles mères ressentant souvent le besoin d'être parfaite et craignant d'être perçues comme de mauvaises mères (Létourneau et al., 2007). En somme, la possibilité d'offrir un espace thérapeutique favorisant la centration sur soi pour les nouvelles mères, sans crainte d'être distraites ou écoutées et sans préoccupation à l'égard de l'état de son domicile, pourrait être liée à l'acceptabilité attribuée aux différentes modalités d'administration des traitements.

Les autres modalités thérapeutiques

Le quatrième objectif du deuxième article était de documenter l'acceptabilité d'autres modalités thérapeutiques, soit la durée des rencontres, leur nombre, leur fréquence, le moment où celles-ci ont lieu et les options de soins au bébé pendant celles-ci. Aucune hypothèse n'avait été formulée à ce sujet puisqu'il a été peu abordé dans la littérature. Les résultats indiquent que les mères préfèrent des séances d'une heure et choisissent généralement des suivis de 4 à 10 rencontres plutôt que des suivis plus longs. Tel que mentionné dans l'article, les résultats observés vont dans le sens des rares études ayant documenté le sujet. Segre et al. (2010) soulignaient que la majorité des nouvelles mères, ayant bénéficié de visites d'écoute active pour leurs symptômes dépressifs, n'auraient pas changé la durée des rencontres (une heure) ou leur nombre (six). Brandon et al. (2012) soulignaient pour leur part que les couples, ayant bénéficié d'une thérapie interpersonnelle pour les symptômes dépressifs en postpartum chez la mère, étaient satisfaits de la durée de la thérapie, soit huit rencontres. De ces résultats, on peut observer que les mères semblent préférer des modalités de thérapie plus succinctes, soit des rencontres moins longues et un moins grand nombre de rencontres. Considérant les nombreuses études qui soulignent l'enjeu pour les nouvelles mères de trouver du temps pour consulter en cas de difficultés psychologiques (p. ex., Goodman, 2009; Kim et al., 2010), une préférence chez les nouvelles mères pour des thérapies plus courtes n'apparaît pas surprenante.

Les résultats indiquent aussi que les mères préfèrent les thérapies hebdomadaires aux thérapies aux deux semaines, ce qui pourrait surprendre puisqu'une thérapie avec des

rencontres plus espacées pourrait mieux répondre à la difficulté des nouvelles mères de trouver du temps pour consulter. D'autres facteurs pourraient ainsi être à considérer pour expliquer cette préférence. D'une part, une fois la routine aménagée afin que les mères puissent avoir le temps de consulter, il est possible que de maintenir ces aménagements à chaque semaine ne demande pas d'effort supplémentaire. D'autre part, les mères ayant souvent peu de temps pour elles (Barclay et al., 1997; Nicolson, 1999), il est possible qu'elles anticipent avoir moins de temps pour poursuivre leur travail thérapeutique entre les séances et préfèrent consulter de manière plus rapprochée. Ainsi, bien que l'enjeu du temps semble amener les mères à préférer des thérapies plus succinctes, certains éléments semblent les inciter à préférer avoir des rencontres plus rapprochées dans le temps.

Les résultats soulignent également une préférence des nouvelles mères pour les consultations le matin, ce qui rejoint les résultats de Shaban, Al-Awamreh, Mohammad et Ghareibeh (2018) qui notaient que les mères ciblaient de manière récurrente entre dix heures et midi comme meilleur moment pour des visites postnatales. La préférence des nouvelles mères pour les rencontres le matin peut surprendre. Comme les soins au bébé représentent une barrière à la consultation fréquente chez les nouvelles mères (p. ex., Byatt et al., 2012; Goodman, 2009), il aurait pu être logique que les mères préfèrent consulter en soirée, où il est plus probable que le conjoint ou un membre de la famille soit disponible pour prendre soin du bébé. D'autres éléments viennent donc probablement justifier cette préférence. Il serait possible que les bébés soient plus calmes ou dorment plus fréquemment pendant cette période. Il serait aussi possible que les mères aient un sommeil

plus récupérateur la nuit et se sentent plus énergiques et disposées le matin. Ces hypothèses gagneraient toutefois à être investiguées.

En ce qui a trait aux soins au bébé, les résultats indiquent que les mères considèrent que l'option la plus acceptable est de faire garder son bébé par une personne de son choix, suivie de l'emmener en rencontre ou de le faire garder sur place. Toutefois, les trois options sont au minimum modérément acceptable et l'acceptabilité d'emmener son bébé en thérapie n'est pas significativement différente de celle des deux autres options. Il est intéressant de constater qu'il apparaît moins acceptable pour les mères de bénéficier d'un service de gardiennage sur place que d'avoir à trouver elles-mêmes un gardien pour leur bébé. Ces résultats peuvent contraster avec ceux d'Ugarriza (2004) qui souligne que l'offre d'un service de gardiennage pendant les séances de thérapie de groupe pour des mères souffrant de dépression postpartum a été appréciée. L'auteur note toutefois que plusieurs mères quittaient régulièrement la séance pour aller voir leur bébé, ce qui pourrait témoigner d'un certain inconfort pour les nouvelles mères à l'idée de laisser leur bébé aux soins d'un étranger. Cette hypothèse pourrait également trouver appui dans les études qui se sont intéressées aux thèmes récurrents dans les inquiétudes présentes en postpartum et qui soulignent que la prédominance de l'inquiétude en lien avec le retour au travail et la séparation du bébé (Goldfinger et al., 2020; Kaitz, 2007). Les nouvelles mères pourraient éprouver moins d'inquiétudes à l'idée de confier leur bébé à une personne de leur entourage puisqu'elles y ont davantage été exposées et habituées. Il est toutefois intéressant de noter que de garder le bébé avec soi n'est pas significativement plus acceptable que de le confier à un gardien sur place, ce qui irait à l'encontre de l'hypothèse

précédente. Il est donc possible que d'autres éléments influencent l'acceptabilité d'emmener le bébé avec soi en thérapie. En ce sens, les nouvelles mères pourraient craindre d'être distraites par ce dernier pendant la rencontre. Dans le même ordre d'idées, les nouvelles mères pourraient aussi ressentir le besoin d'avoir un espace entièrement pour elles, loin des contraintes de la maternité, ce qui pourrait affecter négativement l'acceptabilité d'avoir le bébé avec elles en séances. Ainsi, les inquiétudes quant à l'idée de laisser son bébé avec un étranger, la crainte d'être distraite en thérapie et le besoin d'avoir un espace thérapeutique uniquement pour soi pourraient influencer l'acceptabilité des options de soins au bébé pendant les séances, mais ces hypothèses restent à étudier.

Liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques et cliniques

Le dernier objectif de chacun des deux articles était d'investiguer la présence de liens potentiels entre l'acceptabilité perçue et différentes variables sociodémographiques et cliniques jugées pertinentes. Aucune hypothèse n'avait été formulée compte tenu de la littérature restreinte à ce sujet. Les résultats permettent de dégager différents prédicteurs de l'acceptabilité des traitements pour les nouvelles mères.

Liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques

Les résultats soulignent dans un premier temps qu'un âge plus avancé chez les nouvelles mères permet de prédire une plus grande acceptabilité de la TCC (sous-échelle EN), de la psychoéducation (sous-échelle EN), de la thérapie individuelle (sous-échelle EN) et de la thérapie sans le conjoint (sous-échelle AG). En raison du nombre grandissant

de grossesses plus tardives, des auteurs se sont penchés sur l'évolution de l'expérience de la maternité en fonction de l'âge. Garcia-Blanco et ses collaborateurs (2017) rapportent que les symptômes dépressifs, anxieux et le stress parental tendent à observer une courbe en forme de U, à être moins élevés chez les mères à l'âge de 30 ans, mais à être plus élevés chez les jeunes mères ou les mères plus vieilles. Ils observent aussi qu'à partir de 30 ans, il y aurait un meilleur fonctionnement familial, des attitudes plus positives à l'égard de la maternité et davantage de soutien social. Camberis, McMahon, Gibson et Boivin (2014) ont pour leur part validé un modèle qui expliquerait l'impact positif de l'âge, par le biais de la maturité psychologique (mesurée par le niveau de développement de l'ego, de la résilience et du courage), sur l'ajustement pendant la grossesse et la période postnatale. Les mères plus âgées pourraient ainsi percevoir avoir davantage les ressources psychologiques nécessaires pour s'investir dans une thérapie et pour bénéficier de stratégies moins interventionnistes comme la psychoéducation. Le fait qu'elles semblent bénéficier d'un meilleur soutien social pourrait aussi contribuer à ce qu'elles considèrent plus acceptables des thérapies qui n'impliquent ni les pairs ni le conjoint.

Dans un deuxième temps, les résultats indiquent qu'une situation financière perçue comme plus satisfaisante permet de prédire une plus grande acceptabilité de la TCC (sous-échelle AG), de l'exposition cognitive (sous-échelles AG et EN) et de l'activation comportementale (sous-échelle EN). Kim et al. (2010) soulignent que les coûts associés à la thérapie et la présence d'assurances sont à la fois des barrières ou des facilitateurs à la consultation importants pour les nouvelles mères. Ainsi, il est possible que la satisfaction à l'égard de sa situation financière influence la perception de la capacité des nouvelles

mères à pouvoir déboursier des frais de consultation et, par le fait même, influence l'acceptabilité de la psychothérapie. Cette hypothèse pourrait être particulièrement utile pour comprendre le lien entre la perception de sa situation financière et l'activation comportementale. Comme cette stratégie invite les nouvelles mères à s'engager dans davantage d'activités satisfaisantes pour elles, il est possible que celles qui perçoivent avoir un moins bon revenu anticipent davantage les coûts qui seront associés à ces activités ou qui devront être déboursées pour un service de gardiennage pendant celles-ci, ce qui pourrait alors influencer l'acceptabilité de l'activation comportementale.

Dans un troisième temps, les résultats soulignent qu'un niveau d'éducation plus élevé permet de prédire une plus faible acceptabilité de la psychoéducation (sous-échelle AG), une plus forte acceptabilité de l'entraînement à l'affirmation (sous-échelle EN) et une plus forte acceptabilité de la téléthérapie (sous-échelle AG). L'étude de Kronmuller et al. (2006) indique qu'un niveau d'éducation plus élevé est associé chez les patients souffrant de symptômes dépressifs à une meilleure connaissance de leur problématique. Ils avancent notamment comme hypothèse qu'ils pourraient différer dans leurs comportements de recherche d'informations. Il est donc possible que les nouvelles mères qui ont un niveau d'éducation plus élevé se soient davantage renseignées sur leurs symptômes et considèrent avoir une bonne connaissance de ceux-ci, ce qui pourrait influencer négativement l'AG de la psychoéducation pour elles. Par ailleurs, Lee et al. (2019) soulignent que les personnes qui ont un plus haut niveau d'éducation se sentent davantage confortables avec l'utilisation d'un ordinateur, confiants quant à leur capacité de l'utiliser et présentent davantage d'intérêt à utiliser l'ordinateur et à en apprendre plus sur celui-ci. Ainsi, les

nouvelles mères ayant un niveau d'éducation plus élevé pourraient avoir plus d'intérêt à l'égard de l'utilisation de l'ordinateur comme médium thérapeutique et se sentir plus confiantes quant à leur capacité de l'utiliser, ce qui pourrait être lié positivement à l'acceptabilité de la télépratique. Dans un autre ordre d'idées, il est possible que les nouvelles mères qui ont un plus haut niveau d'éducation soient moins inconfortables à l'égard de l'entraînement à l'affirmation, soit à l'idée d'apprendre à mieux partager son vécu et à exprimer son besoin d'aide. De nombreuses études soulignent que les nouvelles mères cherchent à être parfaites, ont honte de leurs difficultés psychologiques et craignent d'être perçues comme de mauvaises mères (Hadfield & Wittkowsky, 2017; Létourneau et al., 2007). Dans certains cas, les mères craignent même d'être hospitalisées et de perdre la garde de leurs enfants si elles demandent de l'aide (Létourneau et al.; Sword et al., 2008). Il est possible que ces craintes soient accentuées chez les nouvelles mères qui ont moins d'éducation et qu'elles influencent l'acceptabilité qu'elles accordent à l'entraînement à l'affirmation.

Dans un dernier temps, les résultats indiquent que la primiparité permet de prédire une acceptabilité plus faible des devoirs (sous-échelle AG). Des chercheurs se sont penchés sur les différentes expériences postnatales des mères primipares et multipares et les résultats sont contradictoires. Certaines études soulignent que les mères primipares ont une moins bonne qualité de sommeil, davantage de symptômes dépressifs et anxieux en postpartum (Britton, 2005; Calcagni, Bei, Milgrom, & Trinder, 2012; Paul et al., 2013). D'autres études rapportent à l'inverse que les mères multipares présentent davantage de symptômes anxieux ou dépressif (Bell et al., 2016; Dennis et al., 2016; Grant et al., 2008).

L'étude de Krieg (2007) souligne que les mères primipares et multipares ont un sentiment de compétence parentale et un niveau de stress équivalents. Les mères primipares seraient plus satisfaites à l'égard de leur relation de couple. Elles éprouveraient toutefois un plus grand écart quant à la division des tâches dans le couple et de leur satisfaction à cet égard entre avant et après l'arrivée du bébé, la répartition des tâches devenant plus inégalitaire et la satisfaction diminuant. Les mères multipares, quant à elles, demeureraient plus stables quant à leur perception de la répartition des tâches et de leur satisfaction à cet égard après l'arrivée d'un autre bébé. Ces résultats suggèrent que les mères multipares, ayant déjà vécu la transition à la parentalité, pourraient espérer moins de partage de tâches dans le couple et être moins surprises par l'ampleur des tâches qui leur reviennent. À l'inverse, les mères primipares pourraient anticiper un partage de tâches plus égalitaires et se sentir davantage dépassées par la charge de tâches à laquelle elles en viennent à faire face. Dans ce contexte, il est possible que l'idée d'ajouter des devoirs à l'ampleur des nouvelles tâches à effectuer apparaisse moins acceptable pour les mères primipares.

Liens entre l'acceptabilité et les variables liées à la consultation

En ce qui concerne les variables liées à la consultation, une attitude plus favorable à l'égard des traitements psychologiques permet de prédire une plus forte acceptabilité de la thérapie sans le conjoint sur la sous-échelle AG. Il est possible que les nouvelles mères qui perçoivent d'emblée de manière plus favorable la psychothérapie ressentent moins le besoin d'être accompagnées dans leur démarche par leur principale source de soutien, soit leur partenaire. À l'inverse, les mères qui sont moins favorables à la thérapie ont peut-être

des craintes à l'égard de celles-ci et pourraient être moins enclines à les surmonter sans la présence d'une figure de soutien importante pour elles, ce qui pourrait influencer l'acceptabilité de la thérapie sans la présence du conjoint. Une attitude plus favorable à l'égard de la psychothérapie permet aussi de prédire une plus grande acceptabilité de la téléthérapie sur la sous-échelle AG. Comme les résultats de cette étude indiquent que la téléthérapie est significativement moins acceptable que la thérapie classique, on peut en conclure que les mères ont généralement plus de réticences à son égard. Il est possible que les mères qui sont très favorables à l'idée d'avoir une psychothérapie soient plus enclines à surmonter leurs réticences à l'égard de la téléthérapie pour pouvoir bénéficier d'une thérapie malgré les obstacles à la consultation associés à la maternité.

Une meilleure connaissance des traitements psychologiques permettrait pour sa part de prédire une acceptabilité plus faible de la restructuration cognitive sur la sous-échelle EN. Cette stratégie serait donc perçue comme plus inconfortable chez les mères qui sont plus familières avec les traitements psychologiques et, potentiellement, avec la restructuration cognitive. Contrairement à d'autres stratégies thérapeutiques, telles les stratégies d'exposition, la restructuration cognitive pourrait apparaître de prime abord comme une manière peu anxiogène de s'attarder à ses inquiétudes, ce qui pourrait amener les mères qui ont une moins bonne connaissance de cette stratégie à la percevoir plus favorablement. À l'inverse, les mères plus familières avec cette stratégie pourraient percevoir que de s'attarder à ses inquiétudes soit tout de même anxiogène, ce qui pourrait être lié chez elles à une acceptabilité plus faible de cette stratégie.

Enfin, avoir eu au moins une expérience de consultation psychologique est associé à une plus grande acceptabilité de la thérapie classique (sous-échelle AG), de la restructuration cognitive (sous-échelle AG) et de l'activation comportementale (sous-échelle EN). Il est fort probable que les mères qui ont bénéficié d'une thérapie l'aient reçue sous la forme d'une thérapie classique, puisqu'il s'agit de la modalité d'administration de la thérapie la plus fréquente (ou du moins s'agissait de la modalité la plus fréquente avant le virage récent vers la télépratique engendré par la pandémie de la COVID-19). Ces dernières pourraient donc considérer cette modalité de traitement plus acceptable parce qu'elles l'ont appréciée et en ont tiré des bénéfices. Cette hypothèse rejoindrait les études qui soulignent que l'acceptabilité est souvent liée à l'efficacité perçue d'un traitement (p. ex., Botella et al., 2009). Bien qu'on ne sache pas si les mères ayant une expérience de thérapie antérieure ont expérimenté la restructuration cognitive et l'activation comportementale, il est aussi possible qu'elles en aient fait l'expérience et retiré des bénéfices, ce qui pourrait aussi être lié à une plus forte acceptabilité. Cette hypothèse serait d'ailleurs soutenue par les études de traitement qui soulignent la satisfaction des participants à l'égard de la restructuration cognitive pour le traitement de symptômes anxieux (Shikatani, Fredborg, Cassin, Kuo, & Antony, 2019; Smith et al., 2013) et à l'égard de l'activation comportementale pour le traitement de symptômes dépressifs (Dimidjian et al., 2017; Funderburk, Pigeon, Shepardson, & Maisto, 2019). Il est toutefois possible que les mères qui ont fait l'expérience de ces stratégies les aient non seulement perçues comme efficaces, mais aussi comme agréables puisqu'il s'agit de stratégies de traitement moins confrontantes que d'autres comme l'exposition. Ainsi, l'expérience de

thérapie pourrait être liée à une acceptabilité accrue des stratégies ou modalités de traitement expérimentées vécues comme agréables et perçues comme efficaces.

Liens entre l'acceptabilité et les variables cliniques

Une première variable clinique liée à l'acceptabilité est la présence de symptômes du TAG cliniquement significatifs (selon un questionnaire auto-rapporté). Elle serait liée à une plus grande acceptabilité de la TCC sur la sous-échelle AG. Ce résultat va à l'encontre de ce qui a été observé jusqu'à présent dans les études sur l'acceptabilité où la sévérité des symptômes ne présente généralement pas de liens avec l'acceptabilité (p. ex., Chabrol et al., 2004) ou un lien inverse, soit une acceptabilité moindre en présence de symptômes plus sévères (p. ex., Botella et al., 2009). Des différences méthodologiques pourraient toutefois expliquer pourquoi les résultats de cette étude divergent de ce qui est habituellement observé. Cette étude est à notre connaissance la seule ayant évalué le lien entre la présence de symptômes cliniquement significatifs et l'acceptabilité, les autres études ayant davantage étudié les liens entre l'acceptabilité et la sévérité des symptômes. Il est possible qu'une variance dans la sévérité des symptômes ne soit pas liée à l'acceptabilité, mais que la présence d'un ensemble de symptômes associés à une interférence ou une détresse cliniquement significative induise un plus grand besoin de prendre en charge ses symptômes et influence par le fait même la perception des traitements. En ce sens, les nouvelles mères qui présentent les symptômes du TAG pourraient s'être reconnues dans la mise en situation, ce qui pourrait leur avoir permis de mettre un nom sur leurs difficultés psychologiques et de découvrir l'existence d'une

thérapie réputée efficace pour le traitement de celles-ci. Cette découverte pourrait avoir créé un soulagement chez elles, les difficultés psychologiques postnatales induisant souvent un sentiment de honte chez les nouvelles mères qui ont l'impression qu'elles devraient vivre la maternité de manière plus positive (Grissette et al., 2018), ce qui pourrait être lié à une acceptabilité accrue de la TCC.

Une deuxième variable clinique liée à l'acceptabilité est la sévérité des symptômes dépressifs. Des symptômes dépressifs plus sévères permettent de prédire une plus forte acceptabilité de l'activation comportementale (sous-échelle AG). Si l'on considère que l'activation comportementale a été décrite comme une stratégie ciblant davantage les symptômes dépressifs, il est possible que les mères qui souffrent davantage de ces symptômes perçoivent cette stratégie comme plus pertinente pour elles et que cela soit lié à son acceptabilité. Des symptômes dépressifs plus sévères permettent aussi de prédire une plus forte acceptabilité de la résolution de problèmes sur la sous-échelle AG. Ces résultats rejoignent ceux de la méta-analyse des traitements de la dépression de Cuijpers, van Straten, Andersson et van Oppen (2008) qui indiquent que la thérapie centrée sur la résolution de problèmes présente significativement moins d'abandons que les autres types de thérapie. Les auteurs avancent qu'il peut être plus concret pour les patients souffrant de symptômes dépressifs de travailler directement sur leurs problèmes, qu'ils considèrent souvent à la base de leurs symptômes dépressifs, que sur des mécanismes plus abstraits comme les pensées. Comme les symptômes dépressifs postnataux sont souvent liés chez les mères à un sentiment qu'elles sont incompétentes dans leur rôle de mère (Beck 2002), il est possible que l'idée de travailler sur les obstacles à leur capacité d'assumer leur rôle

de mère comme elles le souhaiteraient rejoigne ainsi leur objectif et soit lié à une perception plus favorable de la résolution de problèmes. Finalement, des symptômes dépressifs plus importants permettent aussi de prédire une acceptabilité plus faible de l'exposition cognitive sur la sous-échelle EN. Les ruminations dépressives, bien que découlant d'un processus commun aux inquiétudes, se distinguent généralement de celles-ci par leur contenu pessimiste, davantage orienté vers des pertes ou des échecs passés, visant à comprendre pourquoi ils se sont produits, sans avoir la perception de pouvoir agir sur leurs répercussions et suscitant des émotions de déprime (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Smith & Alloy, 2009). Ainsi, si les mères qui présentent davantage de symptômes dépressifs s'imaginent réfléchir longuement par exemple à l'idée d'être une mauvaise mère, il pourrait être perçu que l'exposition cognitive soit davantage à risque d'exacerber leurs symptômes dépressifs que d'être aidante. Cela pourrait être lié à une acceptabilité plus faible de cette stratégie pour elles.

Une troisième variable clinique liée à l'acceptabilité est l'évitement cognitif. Une plus grande tendance à l'évitement cognitif permet de prédire une plus grande acceptabilité de la psychoéducation et de l'entraînement à l'affirmation sur la sous-échelle AG. Il est possible que les mères qui tendent davantage à utiliser l'évitement cognitif pour gérer leur anxiété, soit l'évitement d'images mentales menaçantes et de la forte anxiété qui les accompagne (Borkovec et al., 1998), perçoivent plus positivement des stratégies qui leur permettent de maintenir son utilisation. En ce sens, la psychoéducation et l'entraînement à l'affirmation pourraient être des stratégies qui confrontent moins les mères à leurs inquiétudes que d'autres comme l'exposition ou la restructuration cognitive. La

psychoéducation pourrait alors être perçue comme une transmission d'informations générales qui n'invitent pas nécessairement à se pencher sur ses propres inquiétudes. L'entraînement à l'affirmation pourrait aussi être une stratégie permettant d'éviter de se confronter à des sujets d'inquiétudes plus importants si l'on considère qu'en moyenne l'échantillon de mères de cette étude ne présentait pas de problèmes de soutien conjugal ou social. Ainsi, la tendance à l'évitement cognitif pourrait être liée à une plus grande acceptabilité de stratégies de traitement perçues comme moins susceptibles de confronter les mères à leurs inquiétudes.

Une quatrième variable clinique liée à l'acceptabilité est l'intolérance à l'incertitude. La présence d'une plus forte intolérance à l'incertitude permet de prédire une plus faible acceptabilité de la thérapie de groupe sur la sous-échelle AG. L'intolérance à l'incertitude était auparavant considérée comme une vulnérabilité psychologique propre au TAG, mais est de plus en plus considérée comme transdiagnostique aux troubles anxieux et même à la dépression (Mahoney & McEvoy, 2012). Des niveaux comparables d'intolérance à l'incertitude ont été observés entre des personnes souffrant d'un TAG et d'autres souffrant d'anxiété sociale, l'anxiété sociale étant particulièrement liée à une tendance à l'inhibition dans les situations incertaines (Carleton, Collimore, & Asmundson, 2020). Il est donc possible que les mères qui présentent une plus forte intolérance à l'incertitude ressentent davantage d'anxiété sociale et pressentent qu'elles pourraient être plus inhibées en groupe, un contexte thérapeutique qui pourrait impliquer de l'incertitude quant à la réaction des autres à leur égard. Ces mères pourraient ainsi se sentir moins propices à bénéficier d'une thérapie de groupe, ce qui pourrait être lié à une plus faible acceptabilité de cette modalité.

Une cinquième variable clinique liée à l'acceptabilité est l'isolement social. Plus d'isolement social permet de prédire une acceptabilité plus faible de la thérapie individuelle sur la sous-échelle AG. Les nouvelles mères qui se considèrent comme davantage isolées pourraient ressentir davantage le besoin de briser l'isolement et de tisser des liens avec leurs pairs. Comme l'acceptabilité de la thérapie individuelle a été évaluée en comparaison avec celle de la thérapie en groupe, il est possible que les nouvelles mères qui se sentent plus isolées aient l'impression que cette modalité pourrait moins bien répondre à leurs besoins et que cela se reflète dans l'évaluation de son acceptabilité.

La dernière variable clinique liée à l'acceptabilité est la relation conjugale. Une satisfaction moindre à l'égard du soutien reçu dans la relation conjugale permet de prédire, avec une taille d'effet modérée, une acceptabilité plus faible de l'inclusion du partenaire de la thérapie (sous-échelle EN). D'une part, il est possible que les nouvelles mères qui se sentent généralement moins soutenues par leur partenaire le perçoivent comme moins réceptifs à leurs besoins émotionnels et se sentent plus inconfortables à l'idée de parler de leurs vulnérabilités en sa présence. D'autre part, il est aussi possible que le manque de soutien perçu dans la relation de couple s'inscrive chez la mère dans une insatisfaction plus générale à l'égard de la relation de couple. Dans ce cas, il peut apparaître plus inconfortable de discuter de ses insatisfactions conjugales en présence du partenaire, ce qui pourrait être lié à une acceptabilité plus faible de cette modalité.

En somme, les résultats des deux articles soulignent que plusieurs variables sociodémographiques (âge, perception de sa situation financière, niveau de scolarité et

primiparité), liées à la consultation (connaissance et attitude à l'égard des traitements psychologiques, expérience antérieure de traitement) et cliniques (présence des symptômes du TAG, sévérité des symptômes dépressifs, évitement cognitif, intolérance à l'incertitude, isolement social et soutien reçu dans la relation conjugale) ressortent comme prédicteurs de l'acceptabilité.

Retombées scientifiques

Cette étude a permis un avancement théorique important en matière d'acceptabilité des traitements pour le TAG en postpartum, un domaine négligé jusqu'à présent dans la littérature. D'abord, le premier article documente avec minutie l'acceptabilité du potentiel contenu d'un traitement pour le TAG en postpartum. En ce sens, les résultats documentent l'acceptabilité de la TCC chez les nouvelles mères, soit l'approche qui a le plus d'appuis empiriques pour le traitement des symptômes anxieux dans la période postnatale. De manière plus précise, ils documentent également l'acceptabilité de diverses stratégies thérapeutiques pouvant être utilisées au sein de cette approche pour les traitements des symptômes anxieux postnataux. Ensuite, le deuxième article documente de manière exhaustive l'acceptabilité du médium à travers lequel le traitement du TAG en postpartum peut être administré. En ce sens, les résultats documentent l'acceptabilité chez les nouvelles mères de la thérapie individuelle, de la thérapie de groupe, de l'inclusion du partenaire dans la thérapie, de l'exclusion du partenaire de la thérapie, de l'auto-traitement, de la thérapie à la maison, de la téléthérapie et de la thérapie classique. Ils documentent aussi la préférence des nouvelles mères concernant la durée, la fréquence, le

moment et le nombre de séances ainsi que l'acceptabilité des modalités de soins au bébé pendant les rencontres. De plus, l'utilisation d'un questionnaire avec une structure bifactorielle validée a permis de documenter avec finesse les facettes de la TCC, des stratégies thérapeutiques et des modalités de traitement qui sont plus ou moins acceptables, soit les aspects plus désirables (AG) ou indésirables (EN) de celles-ci. En outre, l'exploration des liens entre l'acceptabilité et des variables sociodémographiques, des variables liées à la consultation et des variables cliniques a permis de dégager des variables pertinentes à considérer dans la variabilité de l'acceptabilité. En somme, cette étude a apporté des connaissances détaillées sur l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum chez les nouvelles mères, un domaine peu exploré jusqu'à présent.

De manière plus globale, la présente thèse vient s'ajouter au mince corpus de recherches ayant étudié l'acceptabilité de manière prospective. Elle vient donc soutenir la pertinence de s'attarder à la perception des bénéficiaires potentiels d'un traitement dans l'élaboration de celui-ci. En comparaison avec les autres études prospectives, qui tendent à documenter le point de vue d'un bénéficiaire potentiel uniquement sur un traitement ou une approche dans sa globalité, cette thèse se distingue toutefois par l'exhaustivité de sa documentation multifacette de l'acceptabilité. Elle apporte ainsi un exemple de l'utilité d'obtenir des informations précises sur l'acceptabilité des différentes composantes potentielles d'un traitement avant même d'élaborer celui-ci, afin de cibler d'emblée les éléments qui pourraient nuire à son acceptabilité.

Par ailleurs, le premier article a validé une adaptation du TEI-m, en une version complète et en une version abrégée (voir Appendice D). Pour les deux versions, les résultats soutiennent la présence de deux composantes identiques à la structure bifactorielle de l'instrument original, soit l'AG et les EN. Les instruments conservent également de bonnes propriétés psychométriques similaires à celles de la version originale. Ainsi, on observe que la modification d'un item, mesurant à l'origine l'acceptabilité d'administrer le traitement à autrui afin qu'il réfère plutôt à l'acceptabilité de l'utiliser pour soi, ne semble pas avoir affecté les propriétés psychométriques de l'instrument original tout en permettant d'améliorer sa validité apparente. Par ailleurs, la création d'une version abrégée de l'outil s'avère un apport fort pertinent dans le domaine d'étude de l'acceptabilité des traitements, où les études analogues impliquent souvent la passation répétée d'un tel questionnaire. Un outil plus court peut ainsi permettre de comparer l'acceptabilité de plusieurs traitements en minimisant le temps de passation des questionnaires et ses effets potentiellement néfastes sur les résultats obtenus.

Retombées cliniques

Une principale retombée de l'étude réside dans la possibilité d'adapter les traitements offerts aux nouvelles mères souffrant d'un TAG en postpartum en fonction de ce qui apparaît le plus acceptable pour elles, afin de maximiser leur intérêt et leur adhésion à l'égard de ceux-ci. Selon les résultats de la présente étude, une TCC axée principalement sur la psychoéducation, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes et l'activation comportementale serait à privilégier pour offrir une thérapie plus acceptable

pour le traitement du TAG postnatal. L'entraînement à l'affirmation n'apparaîtrait pas comme une stratégie à privilégier d'emblée dans le traitement du TAG en postpartum. À la suite des conclusions de cette étude, l'hypothèse a été soulevée que cette stratégie pourrait être moins pertinente chez les mères qui se sentent soutenues par leur entourage ou ne considèrent pas avoir de difficultés d'affirmation. Ainsi, les cliniciens gagneraient probablement à évaluer la pertinence pour leur cliente spécifiquement de recourir à cette stratégie plutôt que de l'inclure systématiquement dans leur plan de traitement.

L'adaptation des traitements en fonction de l'acceptabilité des stratégies thérapeutiques se complique toutefois lorsque l'on s'attarde aux devoirs et aux stratégies d'exposition (cognitive et in vivo). Ces stratégies sont souvent reconnues comme favorisant l'efficacité de la TCC pour le traitement des troubles anxieux (p. ex., Glenn et al., 2013; Kazantis, Whittington, & Dattilio, 2010), alors il peut être difficile de les retirer du plan de traitement ou de limiter leur utilisation sans se soucier que cela n'affecte l'efficacité du traitement offert aux nouvelles mères. Toutefois, ce n'est pas parce que l'utilisation de ces stratégies thérapeutiques maximisent l'efficacité des traitements que les traitements ne sont nécessairement plus efficaces si elles les excluent. En ce sens, la méta-analyse de Kazantis et al. souligne que les thérapies qui n'ont pas eu recours aux devoirs ont tout de même eu une efficacité d'une taille d'effet modérée ($d = 0,63$). Dans leur méta-analyse sur le traitement des troubles anxieux, Norton et Price (2007) soulignent quant à eux qu'il n'y aurait pas de différence entre l'efficacité de thérapies basées sur la restructuration cognitive, l'exposition, une combinaison des deux stratégies et une thérapie combinée avec ajout d'entraînement à la relaxation. Dans le même sens, la méta-

analyse sur le traitement des troubles anxieux de Carpenter et al. (2018) souligne que les thérapies comportementales présenteraient de plus grandes tailles d'effet quant à leur efficacité en comparaison avec les thérapies cognitives ou combinées, mais que cette différence ne serait pas statistiquement significative. Ces constatations soulèvent le questionnement à savoir s'il serait cliniquement préférable de retirer ou de limiter l'utilisation de stratégies thérapeutiques moins acceptables afin de s'assurer qu'un traitement rejoigne davantage de nouvelles mères, même si cela affecte l'efficacité de ce traitement. On peut toutefois considérer que l'idée de maximiser l'utilisation des stratégies thérapeutiques les plus acceptables et de limiter ou d'écartier celles qui le sont moins gagnerait à ne pas être écartée avant d'avoir vérifié l'impact de ces ajustements sur l'efficacité du traitement.

Par ailleurs, une alternative au retrait des stratégies de traitement les moins acceptables pourrait aussi être de s'attarder à ce qui pourrait maximiser leur acceptabilité. Diverses études se sont attardées au manque d'adhérence aux devoirs et ont formulé des recommandations pour favoriser leur complétion. On retient généralement que les devoirs gagnent à être considérés comme pertinents et faisables (Thase & Callan, 2006). Pour s'assurer qu'ils soient perçus comme pertinents, il apparaît important de présenter le rationnel derrière l'utilisation de ceux-ci dans la thérapie (Thase & Callan), de déterminer les devoirs en collaboration (Dozois, 2010) et d'aligner ceux-ci avec ce qui est important pour le client (Jensen et al., 2020). Il faut également vérifier que le client ait les ressources nécessaires pour réaliser le devoir (Dozois). Lorsqu'on s'attarde à la réalité des nouvelles mères, comme nommé précédemment, une ressource qui semble manquer pour elles est le temps. En plus de suivre les recommandations générales quant à l'administration des

devoirs, il apparaîtrait donc comme judicieux pour le clinicien travaillant auprès de cette population de minimiser le temps nécessaire à l'exécution des devoirs proposés et de s'assurer auprès de leurs clientes que ceux-ci apparaissent réalisables en fonction de leur réalité particulière. Les recommandations pour maximiser l'acceptabilité de l'exposition rejoignent celles des devoirs en ce qui concerne l'idée de présenter le rationnel derrière l'utilisation de cette stratégie. Plusieurs études soulignent que la présentation du rationnel théorique derrière l'utilisation de l'exposition améliore sa crédibilité, l'utilisation de l'exposition et l'efficacité du traitement (Ahmed & Westra, 2009; Arch, Twohig, Deacon, Landy, & Bluett, 2015; Bluett, Landy, Twohig, & Arch, 2016). La littérature sur les devoirs et l'exposition suggère aussi de s'attarder à la motivation et à l'espoir à l'égard du changement par l'utilisation de l'entretien motivationnel (Dozois). L'entretien motivationnel vise le travail de l'ambivalence afin de favoriser le développement d'une dissonance entre l'état psychologique actuel et l'état désiré et de renforcer sa croyance en sa capacité de changer (Slage & Gray, 2007). Cette stratégie a été typiquement utilisée au départ dans le traitement des troubles d'usage de substances, mais il a été suggéré de l'utiliser pour aborder l'ambivalence à l'égard des stratégies d'exposition souvent perçues comme efficaces mais aversives. Différentes études ont souligné que l'ajout de l'entretien motivationnel à la TCC pour le traitement des troubles anxieux permet d'accroître la perception que sa capacité à gérer son anxiété peut changer, d'obtenir un plus grand engagement à l'égard des devoirs et une plus grande amélioration des symptômes anxieux (Westra & Dozois, 2006; Westra et al., 2009). En somme, un soin particulier dans la détermination des devoirs afin de s'assurer qu'ils soient pertinents et réalisables pour la

nouvelle mère, la présentation d'un rationnel théorique convaincant pour introduire les devoirs ou les stratégies d'exposition et l'ajout d'un volet d'entretien motivationnel à la TCC semblent des stratégies prometteuses pour améliorer l'acceptabilité et l'adhérence à ces stratégies efficaces mais impopulaires auprès des nouvelles mères.

Les résultats de l'étude soulignent aussi que certaines modalités de traitement semblent plus susceptibles d'être acceptables pour les nouvelles mères souffrant d'un TAG. Ainsi, privilégier l'offre d'une thérapie individuelle, en présentiel, au bureau du thérapeute et incluant le partenaire dans quelques rencontres pourrait maximiser l'acceptabilité. Des suivis de quatre à dix rencontres hebdomadaires d'une heure et en matinée pourraient aussi être à favoriser. En ce qui a trait aux soins au bébé, il pourrait être judicieux de laisser le choix à la nouvelle mère d'emmener son bébé avec elle en rencontre ou de le faire garder par une personne de son choix. L'offre d'un service de garde sur place n'apparaissait pas comme particulièrement recommandée pour faciliter l'accès des nouvelles mères à la psychothérapie, cette option étant ressortie comme moins acceptable pour les nouvelles mères que de faire garder le bébé par une personne de leur choix. Ainsi, les traitements pour le TAG en postpartum pourraient gagner à favoriser ces modalités afin d'optimiser l'acceptabilité, l'initiation et l'adhérence au traitement chez les nouvelles mères.

Une dernière retombée clinique de cette étude découle des liens observés entre l'acceptabilité et certaines variables sociodémographiques, liées à la consultation et cliniques. Les liens répertoriés suggèrent qu'il pourrait être pertinent d'investiguer la présence des variables liées à l'acceptabilité auprès des nouvelles mères avant la thérapie,

afin d'identifier les mères qui risqueraient de percevoir comme moins acceptable la TCC, certaines stratégies thérapeutiques ou certaines modalités de traitement. D'une part, repérer ces mères permettrait d'investiguer d'emblée leur perception de la thérapie ou de ses stratégies, d'aborder directement leurs réticences à cet égard et de prendre soin de celles-ci afin de minimiser les risques d'abandon. Par exemple, les résultats indiquent que la TCC apparaît moins acceptable chez les mères plus jeunes, moins satisfaites de leur situation financière et sans expérience de traitement. Il pourrait donc être important de discuter avec les mères présentant une ou plusieurs de ces caractéristiques de leur perception de la TCC afin de mieux comprendre leurs réticences et de discuter avec elles de ce qui pourrait les aider à les surmonter. Dans le même sens, une discussion sur les préoccupations possibles des mères avec un moins haut niveau de scolarité à l'égard de l'entraînement à l'affirmation pourrait aussi être judicieuse. Il pourrait également être particulièrement pertinent de miser sur l'utilisation des techniques abordées plus tôt pour favoriser l'acceptabilité de stratégies moins populaires auprès des mères pour qui celles-ci semblent encore moins acceptables. En ce sens, comme les mères primipares semblent généralement trouver les devoirs moins acceptables, il pourrait être spécifiquement important de miser sur les stratégies abordées précédemment pour favoriser l'acceptabilité des devoirs auprès de celles-ci. D'une autre part, il pourrait être intéressant d'adapter les traitements offerts selon ce qui est le plus susceptible d'être acceptable pour les mères en fonction de leurs caractéristiques. Par exemple, la psychoéducation apparaissant comme moins acceptable chez les mères plus jeunes ou plus éduquées, il pourrait être judicieux de mettre moins d'accent sur cette stratégie thérapeutique auprès de cette population ou

de l'inclure davantage au fil du traitement plutôt qu'en bloc au début de celui-ci. Lorsqu'il y a présence de symptômes dépressifs importants, il pourrait être pertinent d'accorder davantage de place à l'activation comportementale et à la résolution de problèmes, des stratégies plus acceptables en présence de symptômes dépressifs plus sévères. À l'inverse, comme l'exposition cognitive apparaît moins acceptable en présence de symptômes dépressifs importants, le traitement pourrait mettre moins d'accent sur cette stratégie auprès des mères plus déprimées ou porter une attention particulière à les aider à distinguer leurs pensées anxieuses de leurs pensées dépressives afin qu'elles utilisent l'exposition cognitive uniquement dans le contexte approprié. Il pourrait aussi être pertinent de ne pas inclure d'emblée le partenaire dans la thérapie en présence d'une insatisfaction conjugale marquée, celle-ci étant liée à une acceptabilité moindre de l'inclusion du partenaire dans la thérapie. Dans un autre ordre d'idées, des interventions pourraient aussi cibler de prime abord les variables qui sont liées à une acceptabilité moindre. Par exemple, comme un plus grand isolement social semble lié à une acceptabilité moindre de la thérapie individuelle, une des premières cibles de la thérapie chez les mères isolées pourrait être de les aider à briser l'isolement. Ainsi, l'investigation de la présence des variables liées à l'acceptabilité pourrait permettre de cibler des nouvelles mères avec lesquelles il pourrait être particulièrement indiqué de discuter d'emblée de leur perception de la thérapie, de miser sur des interventions qui visent à promouvoir l'acceptabilité, d'adapter le traitement en fonction de ce qui pourrait être le plus acceptable pour elles et d'ajouter des interventions visant à traiter prioritairement les variables qui pourraient nuire à l'acceptabilité du traitement pour elles.

Forces, limites et pistes de recherches futures

Comme mentionné précédemment, cette étude apporte une contribution scientifique importante aux recherches sur l'acceptabilité des traitements en postpartum, en s'étant intéressée de manière rigoureuse et détaillée à celle des traitements du TAG tandis que la plupart des études en période postnatale ont plutôt porté sur le traitement de la dépression. Cette étude présente également des forces méthodologiques considérables en comparaison avec ce qui est habituellement observé dans les études sur l'acceptabilité. L'étude actuelle ne s'est pas limitée à étudier l'acceptabilité d'un traitement de manière globale, mais s'est aussi intéressée à l'acceptabilité des stratégies qui le composent, aux modalités à travers lesquelles il peut être offert et aux variables qui peuvent y être liées. De plus, l'utilisation d'une mise en situation plutôt que celle d'une vignette clinique dépeignant un patient fictif a favorisé la validité écologique de l'étude puisque les nouvelles mères devaient évaluer l'acceptabilité d'un traitement si elles avaient à y recourir personnellement. En outre, l'utilisation d'un instrument de mesure de l'acceptabilité avec une structure bifactorielle validée a permis d'obtenir des précisions intéressantes quant aux variations d'acceptabilité. Cela a permis, par exemple, de nuancer que l'exposition in vivo semble davantage inacceptable en ce qui a trait à la dimension des effets négatifs qu'à celle de l'acceptabilité générale. Enfin, la combinaison de l'évaluation de l'acceptabilité par questionnaire et par classement en ordre de préférence ou choix forcé est aussi une force de l'étude puisqu'elle permet de pallier aux limites propres à chacune de ces méthodes et de valider les résultats obtenus en les croisant entre eux.

Cette étude comporte tout de même certaines limites dont on peut tenir compte dans l'élaboration des pistes de recherches futures. Tout d'abord, l'échantillon était composé majoritairement de mères caucasiennes, avec des études universitaires, une bonne situation financière, un bon soutien conjugal et social et rapportant ne pas souffrir du TAG, ce qui limite la généralisation des résultats. Il serait important de répliquer cette étude auprès d'une population plus vulnérable puisque certaines variables pourraient influencer l'évaluation de l'acceptabilité. Par exemple, il est possible que les nouvelles mères qui se sentent moins soutenues et perçoivent rencontrer des difficultés financières puissent considérer plus compliqué de trouver par elles-mêmes un gardien pour le bébé, ce qui pourrait influencer l'acceptabilité des modalités de soins au bébé pendant les rencontres. Sur le plan méthodologique, bien que l'utilisation d'une mise en situation permette une bonne validité écologique, il demeure que cette méthode implique un exercice d'abstraction qui peut être ardu pour les nouvelles mères et que la mise en situation rend difficilement compte de la complexité de la réalité. De plus, bien qu'une attention particulière ait été portée afin de s'assurer que les descriptions de la TCC, des stratégies thérapeutiques et des modalités de traitement présentent les mêmes éléments et soient balancées en termes d'avantages et d'inconvénients, il est possible que les descriptions aient influencé le jugement des nouvelles mères. Les descriptions ont aussi été validées auprès d'un comité de trois cliniciens utilisant la TCC, mais on ne peut garantir que les informations fournies reflétaient celles auxquelles les mères auraient eu accès si elles s'étaient renseignées sur cette forme de traitement et les stratégies qu'elle comporte. Les descriptions pourraient ainsi avoir induit ou omis des éléments de réflexion nuisant alors

à la validité écologique des résultats. Il est aussi possible que l'acceptabilité ait été influencée par l'ordre de présentation des stratégies et des modalités de traitement, ce qu'on ne peut affirmer ou infirmer avec certitude puisque l'ordre de présentation n'a pas été contrebalancé. Toutefois, une attention particulière avait été portée dans l'ordre de présentation afin qu'il y ait alternance entre des stratégies et modalités anticipées comme plus ou moins acceptables. Le choix avait aussi été effectué de présenter la thérapie classique en dernier parmi les modalités d'administration afin d'éviter d'induire cette modalité plus connue comme point de comparaison pour les autres modalités plus innovatrices. Par ailleurs, l'utilisation unique d'échelles de mesure de l'acceptabilité des différentes modalités de soins au bébé pendant la thérapie permet difficilement de distinguer la modalité qui serait préférée par les nouvelles mères. L'étude de cette modalité pourrait être répliquée avec l'utilisation d'un classement en ordre de préférence afin de pouvoir mieux départager les modalités entre elles. Enfin, la nature exploratoire de l'étude quant aux liens entre l'acceptabilité et les variables sociodémographiques, liées à la consultation et cliniques a mené à l'inclusion d'un grand nombre de variables et à la multiplication du nombre d'analyses, ce qui augmente le risque d'erreur de type I. Des études ultérieures gagneraient à investiguer de manière plus spécifique les liens ressortis comme significatifs afin de s'assurer de leur récurrence.

Ensuite, bien que cette thèse se démarque par le caractère exhaustif de son évaluation de l'acceptabilité, on note tout de même certains aspects qui gagneraient à faire l'objet de recherches futures. La présente étude s'est centrée uniquement sur l'étude de l'approche et des stratégies thérapeutiques les plus répandues pour le traitement de l'anxiété

postnatale. L'évaluation de l'acceptabilité d'approches émergentes dans le traitement des troubles anxieux, comme celles de la thérapie d'acceptation et d'engagement ou de la thérapie basée sur la pleine conscience, pourrait être pertinente. Celle de l'acceptabilité d'autres stratégies thérapeutiques pour le traitement de l'anxiété comme l'entraînement à la relaxation pourrait l'être également. Par ailleurs, la présente étude a permis de documenter l'acceptabilité de la TCC, de ses stratégies thérapeutiques, de différentes modalités de traitement ainsi que des liens entre différentes variables et l'acceptabilité. Toutefois, la nature de ce qui peut influencer l'acceptabilité ou son lien avec diverses variables demeure hypothétique. Il pourrait ainsi s'avérer très pertinent de mener des études qualitatives sur l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum afin d'accéder à la perception subjective des nouvelles mères sur le sujet et de potentiellement mieux comprendre les motifs sous-jacents aux variations observées quant à l'acceptabilité. À titre d'exemple, il pourrait être intéressant de documenter le point de vue des nouvelles mères quant à l'inclusion du partenaire dans la thérapie compte tenu des résultats paradoxaux observés à ce sujet. On pourrait ainsi potentiellement mieux cerner la plus-value accordée à l'inclusion du partenaire, les effets négatifs anticipés et les facteurs propres à la relation de couple qui pourraient influencer l'acceptabilité de cette modalité.

Par ailleurs, les conclusions de la présente étude dirigent le clinicien vers des modalités de traitement plus acceptables pour les nouvelles mères (thérapie individuelle et au bureau du thérapeute) qui ne tiennent pas nécessairement compte des besoins particuliers de cette population ou des obstacles à la consultation qui lui sont propres. D'une part, la thérapie individuelle pourrait moins répondre aux besoins des nouvelles mères de briser

l'isolement et de normaliser leurs symptômes auprès de leurs pairs (Dennis & Chung-Lee, 2006; Létourneau et al., 2007). Il pourrait ainsi être pertinent de réfléchir à des moyens d'aider les nouvelles mères à être en contact avec d'autres mères partageant leur difficulté, même si ce n'est pas au sein d'une thérapie. En ce sens, l'idée d'offrir des forums de discussion pour les nouvelles mères semble une avenue pertinente pour leur permettre de briser l'isolement et de normaliser leur expérience (Pugh et al., 2015). Son utilisation en conjugaison avec une thérapie individuelle pour le TAG en postpartum gagnerait à être investiguée. D'autre part, la thérapie au bureau du thérapeute soulève des obstacles logistiques importants pour les nouvelles mères qui manquent de temps et peuvent trouver ardu de se déplacer avec un nouveau-né (Byatt et al., 2012; Goodman, 2009). Afin de respecter la préférence des nouvelles mères pour cette modalité d'administration de la thérapie, mais d'accroître la souplesse de cette modalité à l'égard des défis de leur quotidien, il pourrait être pertinent d'envisager des thérapies de modalités hybrides comme l'ont fait Yang et ses collaborateurs (2019). Cette étude souligne que l'offre d'une thérapie hybride avec des rencontres au choix en présentiel ou en télépratique présentait des bénéfices considérables pour les nouvelles mères et était satisfaisant pour elles. Cette étude est toutefois la seule à avoir investigué l'offre d'une thérapie hybride et elle gagnerait à être répliquée auprès d'un échantillon de nouvelles mères souffrant du TAG.

Dans un autre ordre d'idées, comme la pandémie de la COVID-19 a entraîné une conversion massive des suivis en présentiel vers la télépratique (Pierce et al., 2020), il est possible que cet événement ait changé la perception de la population à l'égard de cette modalité. Aucune étude n'a actuellement porté directement sur l'évolution de la

perception des clients à l'égard de la télépratique depuis l'arrivée de la COVID-19, mais certaines études permettent de croire que la pandémie a engendré une perception plus positive à l'égard de celle-ci (Aafjes-van Doorn, Békés, & Prout, 2020; Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; Yellowlees et al., 2020). Comme le recrutement de cette thèse a été effectué avant l'arrivée du confinement, il serait crucial de répliquer cette étude afin d'évaluer si l'acceptabilité des modalités de traitement chez les nouvelles mères s'est trouvée changée à la suite de ce bouleversement mondial.

Enfin, cette étude ouvre la voie à un ensemble de recherches qui pourraient viser à élaborer un traitement plus acceptable pour le TAG en postpartum tout en maintenant son efficacité. Pour ce faire, il pourrait être pertinent que des études évaluent l'impact d'accorder une importance moindre ou de retirer des stratégies de traitement moins acceptables, comme les devoirs ou l'exposition, sur l'adhérence et l'efficacité des traitements du TAG en postpartum. Un courant d'études pourrait aussi s'intéresser à l'impact de l'ajout d'interventions visant la promotion de l'acceptabilité de la TCC et de ses stratégies thérapeutiques, comme l'entretien motivationnel, sur l'adhésion et l'efficacité du traitement du TAG postnatal.

Conclusion

Les études réalisées dans le cadre de la présente thèse doctorale avaient pour objectif de documenter l'acceptabilité de la TCC, des stratégies thérapeutiques qui la composent, de ses différentes modalités d'administration ainsi que leurs liens avec des variables sociodémographiques, liées à la consultation et cliniques jugées pertinentes. Les résultats obtenus permettent de conclure en l'acceptabilité de la TCC comme approche thérapeutique pour le traitement du TAG en période postnatale. Les résultats confirment généralement l'hypothèse selon laquelle la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'activation comportementale et la résolution de problèmes apparaissent plus acceptables que l'entraînement à l'affirmation, l'exposition cognitive, l'exposition in vivo et les devoirs. En ce qui a trait aux modalités de traitement, une thérapie individuelle, avec l'inclusion du partenaire dans quelques séances et offerte au bureau du thérapeute semble préférée par les nouvelles mères. Les résultats soulignent aussi une préférence chez les nouvelles mères pour un suivi de quatre à dix rencontres, hebdomadaires, d'une heure, en matinée, accompagnées de leur bébé ou en l'ayant confié à une personne de leur choix pendant la séance. L'âge, la situation financière, le niveau d'éducation et le nombre d'enfants ressortent comme des variables sociodémographiques liées à l'acceptabilité. L'attitude à l'égard des traitements psychologiques, la connaissance et l'expérience de ceux-ci apparaissent aussi liés à l'acceptabilité. Sur le plan des variables cliniques, la présence des symptômes du TAG par questionnaire, la sévérité des symptômes dépressifs,

la satisfaction à l'égard du soutien reçu dans le couple, l'isolement social, l'intolérance à l'incertitude et l'évitement cognitif ressortent comme des prédicteurs de l'acceptabilité.

En somme, la présente thèse souligne que l'acceptabilité varie entre les différentes stratégies et modalités de traitement possibles et, ce, en lien avec différentes variables sociodémographiques et cliniques. Ainsi, lorsqu'on s'intéresse au problème d'initiation et d'adhérence au traitement chez les nouvelles mères, s'attarder à la composition du traitement offert, à la modalité de son administration et à la personnalisation possible en fonction des caractéristiques des mères semble une piste pertinente. Dans cet ordre d'idées, cette étude permet aux cliniciens soucieux d'offrir un traitement plus acceptable à leur clientèle souffrant d'un TAG en postpartum de se baser sur des informations empiriques fiables ainsi que des recommandations claires. Les conclusions de cette thèse permettront aussi d'orienter les efforts des prochaines études de traitement du TAG en postpartum afin d'élaborer un traitement acceptable et efficace, qui pourra pallier les problèmes d'initiation et d'adhérence aux traitements répandus en période postnatale.

Cette thèse a aussi permis de relever différents enjeux qui pourraient être liés à l'acceptabilité des traitements chez les nouvelles mères. On note en ce sens que l'inconfort anticipé à l'égard de certaines stratégies ou modalités de traitement, le manque de temps pour consulter, la pertinence variable des interventions, la honte de partager ses difficultés psychologiques et l'accessibilité des soins psychologiques soulèvent des défis dans la période postnatale. Bien que ces enjeux potentiels gagnent à faire l'objet de pistes de

recherches futures, il demeure souhaitable que les cliniciens soient sensibles à ces enjeux lorsqu'ils interviennent auprès de nouvelles mères.

Cette thèse apporte également une contribution notable dans le domaine peu développé des études prospectives de l'acceptabilité des traitements. D'une part, elle vient documenter de manière précise l'acceptabilité des traitements du TAG en postpartum, un domaine peu exploré jusqu'à présent. D'autre part, cette thèse offre un exemple de la pertinence d'effectuer une évaluation détaillée de l'acceptabilité en amont du développement d'interventions psychologiques. De plus, la validation d'une version courte du TEI-m propose un outil bref avec de bonnes propriétés psychométriques qui pourrait être utilisé dans les prochaines études sur l'acceptabilité.

Enfin, bien que de s'attarder à l'acceptabilité des traitements apparaisse à la lumière de cette thèse comme une voie pertinente pour favoriser la consultation chez les nouvelles mères, on ne peut passer sous silence d'autres enjeux qui pourraient y faire obstacle. En ce sens, la banalisation de l'anxiété postnatale peut rendre difficile pour les nouvelles mères la détection de leurs symptômes et la recherche d'aide pour ceux-ci. Ainsi, une meilleure éducation des nouvelles mères à l'égard de cette problématique pourrait favoriser chez elles une reconnaissance de leurs symptômes. La mise en place d'un système de dépistage et de référencement systématique de l'anxiété postnatale pourrait aussi favoriser la prise en charge des mères qui en ont besoin. Néanmoins, la stigmatisation des difficultés psychologiques postnatales risque de cloisonner les mères souffrantes dans un sentiment de honte qui pourrait les amener à se priver de services

potentiellement aidants pour elles. D'un point de vue macroscopique, il serait donc aussi bénéfique d'informer davantage la population générale quant à la problématique de l'anxiété postnatale pour permettre sa déstigmatisation. Les mères pourraient ainsi être plus confortables à l'idée de rechercher l'aide dont elles pourraient avoir besoin.

Références

Aafjes van-Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use videotherapy again? *Counselling Psychology Quarterly*. doi:10.1080/09515070.2020.1773404

Aber, C., Weiss, M., & Fawcett, J. (2013). Contemporary women's adaptation to motherhood: The first 3 to 6 weeks postpartum. *Nursing Science Quarterly*, 26, 344-351. doi:10.1177/0894318413500345

Agrati, D., Browne, D., Jonas, W., Meaney, M., Atkinson, L., Steiner, M., & Fleming, A. S. (2015). Maternal anxiety from pregnancy to 2 years postpartum: Transactional patterns of maternal early adversity and child temperament. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 693-705. doi:10.1007/s00737-014-0491-y

Ahmed, A., Feng, C., Bowen, A., & Muhajarine, N. (2018). Latent trajectory groups of perinatal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to early postpartum and their antenatal risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 689-698. doi:10.1007/s00737-018-0845-y

Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 314-322. doi:10.1007/s10608-008-9182-1

Alves, S., Martins, A., Fonseca, A., Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2018). Preventing and treating women's postpartum depression: A qualitative systematic review on partner-inclusive interventions. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 1-25. doi:10.1007/s10826-017-0889-z

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7^e éd.). Washington, DC: American Psychological Association.

Arch, J. J., Twohig, M. P., Deacon, B. J., Landy, L. N., & Bluett, E. J. (2015). The credibility of exposure therapy: Does the theoretical rationale matter? *Behaviour Research and Therapy*, 72, 81-92. doi:10.1016/j.brat.2015.05.008

- Arnold, M., & Kalibatseva, Z. (2020). Are superwomen without social support at risk for postpartum depression and anxiety? *Women and Health*. doi:10.1080/03630242.2020.1844360
- Ashford, M. T., Ayers, S., & Olander, E. K. (2017). Interest in web-based treatments for postpartum anxiety: An exploratory survey. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35, 394-409. doi:10.1080/02646838.2017.1320364
- Ashford, M. T., Olander, E. K., Rowe, H., Fisher, J. R. W., & Ayers, S. (2018). Feasibility and acceptability of a web-based treatment with telephone support for postpartum women with anxiety: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 5. doi:10.2196/mental.9106
- Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: Case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 177-184. doi:10.1080/01674820601142957
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, ... Wittchen, H. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 53-58.
- Ballestrem, C.-L., v., Straub, M., & Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany: Implications for the utilization of treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 29-35. doi:10.1007/s00737-005-0068-x
- Banken, D. M., & Wilson, G. L. (1992). Treatment acceptability of alternative therapies for depression: A comparative analysis. *Psychotherapy*, 29, 610-619.
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother: An analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 719-728.
- Beck, C. T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12, 453-472.
- Becker, C. B., Darius, E., & Schaumberg, K. (2007). An analog study of patient preferences for exposure versus alternative treatments for posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2861-2873. doi:10.1016/j.brat.2007.05.006
- Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lueken, U., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29, 948-957. doi:10.1002/da.21955

- Békés, V., & Aafjes van-Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*, 238-247. doi:10.1037/int0000214
- Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., ... Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: A prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health, 19*, 219-227. doi:10.1007/s00737-015-0555-7
- Bienvenu, J. O., Nestadt, G., & Eaton, W. (1998). Characterizing generalized anxiety: Temporal and symptomatic thresholds. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 51-56.
- Bischoff, R. J., Hollist, C. S., Smith, C. W., & Flack, P. (2004). Addressing the mental health needs of the rural underserved: Findings from a multiple case study of a behavioral telehealth project. *Contemporary Family Therapy, 26*, 179-198.
- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry, 198*, 373-378. doi:10.1193/bjp.bp.110.083105
- Bluett, E. J., Landy, L. L., Twohig, M. P., & Arch, J. J. (2016). Does the theoretical perspective of exposure framing matter? Acceptance, fear reduction/cognitive reappraisal, and values-framing of exposure for social anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 30*, 77-93. doi:10.1891/0889-8391.30.2.77
- Bodnar-Deren, S., Benn, E. K. T., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2017). Stigma and postpartum depression treatment acceptability among black and white women in the first six-months postpartum. *Maternal and Child Health Journal, 21*, 1457-1468. doi:10.1007/s10995-017-2263-6
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 561-576.
- Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Baños, R. M., Quero, S., & Alcañiz, M. (2009). The acceptability of an Internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance and Counselling, 37*, 297-311. doi:10.1080/03069880902957023
- Bouchard, G. (2014). The quality of the parenting alliance during the transition to parenthood. *Canadian Journal of Behavioural Science, 46*, 20-28. doi:10.1037/a0031259

- Brandon, A. R., Ceccotti, N., Hynan, L. S., Shivakumar, G., Johnson, N., & Jarrett, R. B. (2012). Proof of concept: Partner-assisted interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 15*, 469-480. doi:10.1007/s00737-012-0311-1
- Britton, J. R. (2005). Pre-discharge anxiety among mothers of well newborns: Prevalence and correlates. *Acta Paediatrica, 94*, 1771-1776. doi:10.1080/08035250500192664
- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety, 25*, 793-800.
- Britton, J. R. (2011). Infant temperament and maternal anxiety and depressed mood in the early postpartum period. *Women and Health, 51*, 55-71. doi:10.1080/03630242.2011.540741
- Buist, A., Gotman, N., & Yonkers, K. A. (2011). Generalized anxiety disorder: Course and risk factors in pregnancy. *Journal of Affective Disorders, 131*, 277-283. doi:10.1016/j.jad.2011.01.003
- Byatt, N., Simas, T. A. M., Lundquist, R. S., Johnson, J. V., & Ziedonis, D. M. (2012). Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 33*, 143-161. doi:10.3109/0167482X.2012.728649
- Calcagni, S. C., Bei, B., Milgrom, J., & Trinder, J. (2012). The relationship between sleep and mood in first-time and experienced mothers. *Behavioral Sleep Medicine, 10*, 167-179. doi:10.1080/15402002.2012.668147
- Camberis, A.-L., McMahon, C. A., Gibson, F. L., & Boivin, J. (2014). Age, psychological maturity, and the transition to motherhood among english-speaking australian women in a metropolitan area. *Developmental Psychology, 50*, 2154-2164. doi:10.1037/a0037301
- Capponi, I. (2015). L'anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 63*, 9-16. doi:10.1016/j.neurenf.2014.09.004
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., & Asmundson, G. J. G. (2010). "It's not just the judgments – It's that I don't know": Intolerance of uncertainty as a predictor of social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 189-195. doi:10.1016/j.janxdis.2009.10.007
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders:

- A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35, 502-514. doi:10.1002/da.22728
- Carter, S. L. (2007). Review of recent treatment acceptability research. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 42, 301-316.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Danel, M., & Walburg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 5-12. doi:10.1080/02646830310001643094
- Challacombe, F. L., & Salkovskis, P. M. (2011). Intensive cognitive-behavioural treatment for women with postnatal obsessive-compulsive disorder: A consecutive case series. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 422-426. doi:10.1016/j.brat.2011.03.006
- Chisholm, D., Conroy, S., Glangeaud-Freudenthal, N., Oates, M. R., Asten, P., Barry, S., ... & Sutter-Dallay, A.-L. (2004). Health services research into postnatal depression: results from a preliminary cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 45-52. doi:10.1192/bjp.184.46.s45
- Christian, L. M., & Storch, E. A. (2009). Cognitive behavioral treatment of postpartum onset: Obsessive compulsive disorder with aggressive obsessions. *Clinical Case Studies*, 8, 72-83.
- Clout, D., & Brown, R. (2015). Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*, 188, 60-67. doi:10.1016/j.jad.2015.08.054
- Coo, S., Somerville, S., Matacz, R., & Shannon, B. (2018). Development and preliminary evaluation of a group intervention targeting maternal mental health and mother-infant interactions: A combined qualitative and case series report. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36, 327-343. doi:10.1080/02646838.2018.1443435
- Cox, B. J., Fergus, K. D., & Swinson, R. P. (1994). Patient satisfaction with behavioral treatments for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 193-206.
- Crowe, M., Inder, M., Farmar, R., & Carlyle, D. (2020). Delivering psychotherapy by video conference in the time of COVID-19: Some considerations. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 0, 1-2. doi:10.1111/jpm.12659
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922. doi:10.1037/a0013075

- Danaher, B. G., Milgrom, J., Seeley, J. R., Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M. S., ... Lewinsohn, P. (2013). MomMoodBooster web-based intervention for postpartum depression: Feasibility trial results. *Journal of Medical Internet Research, 15*, 149-168. doi:10.2196/jmir.2876
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 429-441. doi:10.1002/jclp.10255
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy, 36*, 139-145.
- De Camps Meschino, D., Philipp, D., Israel, A., & Vigod, S. (2016). Maternal-infant mental health: Postpartum group intervention. *Archives of Women's Mental Health, 19*, 243-251. doi:10.1007/s00737-015-0551-y
- Dennis, C.-L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth, 33*, 323-331. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., Brown, H. K., & Vigod, S. N. (2016). Identifying a women at risk for postpartum anxiety: A prospective population-based study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 134*, 485-493. doi:10.1111/acps.12648
- Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*, 315-323. doi:10.1192/bjp.bp.116.187179
- Deville, G. J., & Hunter, A. (2008). Perceived distress and endorsement for cognitive- or exposure-based treatments following trauma. *Australian Psychologist, 43*, 7-14. doi:10.1080/00050060601089454
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Sherwood, N. E., Simon, G. E., Ludman, E., Gallop, R., ... Beck, A. (2017). A pragmatic randomized clinical trial of behavioral activation for depressed pregnant women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*, 26-36. doi:10.1037/ccp0000151
- DiPietro, J. A., Costigan, K. A., & Sipsma, H. L. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 29*, 115-124. doi:10.1080/01674820701701546

- Dozois, D. J. A. (2010). Understanding and enhancing the effects of homework in cognitive-behavioral therapy. *Clinical Psychology Science and Practice, 17*, 157-161. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01205.x
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 551-558.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.
- Favre, V. (2014). *Traitement des inquiétudes excessives et de l'anxiété généralisée chez les femmes primipares en période post-partum* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M., Tucker, E., & Young, A. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders, 200*, 148-155. doi:10.1016/j.jad.2015.12.082
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development, 51*, 24-32. doi:10.1016/j.infbeh.2018.02.005
- Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Partner relationships during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*, 99-107. doi:10.1080/02646830701873057
- Flynn, H. A., Henshaw, E., O'Mahen, H., & Forman, J. (2010). Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: A qualitative study. *General Hospital Psychiatry, 32*, 9-16. doi:10.1016/j.genhosppsych.2009.07.005
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery, 31*, 1177-1185. doi:10.1016/j.midw.2015.09.002
- Foster, S. L., & Mash, E. J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 308-319.

- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences, 17*, 791-802.
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: Is dissemination working? *The Behavior Therapist, 27*, 25-32.
- Funderburk, J. S., Pigeon, W. R., Shepardson, R. L., & Maisto, S. A. (2019). Brief behavioral activation intervention for depressive symptoms: Patient satisfaction, acceptability, engagement, and treatment response. *Psychological Services, 443-451*. doi:10.1037/ser0000328
- Furtado, M., van Lieshout, R. J., van Ameringen, M., Green, S. M., & Frey, B. N. (2019). Biological and psychosocial predictors of anxiety worsening in the postpartum period: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 250*, 218-225. doi:10.1016/j.jad.2019.02.064
- Galler, J. R., Harrison, R. H., Ramsey, F., Butler, S., & Forde, V. (2004). Postpartum maternal mood, feeding practices, and infant temperament in Barbados. *Infant Behavior and Development, 27*, 267-287. doi: 10.1016/j.infbeh.2003.11.002
- Garcia-Blanco, A., Monferrer, A., Grimaldos, J., Hervas, D., Balanza-Martinez, V., Diago, V., ... Chafer-Pericas, C. (2017). A preliminary study to assess the impact of maternal age on stress-related variables in healthy nulliparous women. *Psychoneuroendocrinology, 78*, 97-104. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.01.018
- Gaudreau, C., Landreville, P., Carmichael, P.-H., Champagne, A., & Camateros, C. (2015). Older adults' rating of the acceptability of treatments for generalized anxiety disorder. *Clinical Gerontologist, 38*, 68-87. doi:10.1080/07317115.2014.970319
- Giannandrea, S. A. M., Cerulli, C., Anson, A., & Chaudron, L. H. (2013). Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *Journal of Women's Health, 22*, 760-768. doi:10.1089/jwh.2012.4011
- Gjerdinjen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., & Center, B. (2009). Stepped care treatment of postpartum depression: Impact on treatment, health, and work outcomes. *Women's Health Issues, 18*, 44-52. doi:10.3122/jabfm.2009.05.080192
- Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health, 13*, 61-74. doi:10.1007/s00737-009-0109-y
- Glenn, D., Golinelli, D., Rose, R. D., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., ... Craske, M. G. (2013). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety

- disorders? The role of treatment dose and patient engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*, 639-649. doi:10.1037/a0033403
- Goldfinger, C., Green, S. M., Furtado, M., & McCabe, R. E. (2020). Characterizing the nature of worry in a sample of perinatal women with generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *27*, 136-145. doi:10.1002/cpp.2413
- Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*, *36*, 60-69. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00296.x
- Goodman, J. H., Guarino, A. J., & Prager, J. E. (2013). Perinatal dyadic psychotherapy: Design, implementation, and acceptability. *Journal of Family Nursing*, *19*, 295-323. doi:10.1177/1074840713484822
- Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *203*, 292-331. doi:10.1016/j.jad.2016.05.033
- Gosselin, P. (2006). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans O. Fontaine & P. Fontaine (Éds), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. France: Éditions Retz.
- Grant, K., McMahon, C., & Austin, M. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *108*, 101-111. doi:10.1016/j.jad.2007.10.002
- Green, S. M., Haber, E., Frey, B. N., & McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, *18*, 631-638. doi:10.1007/s00737-015-0498-z
- Griffiths, P., & Barker-Collo, S. (2008). Study of a group treatment program for postnatal adjustment difficulties. *Archives of Women's Mental Health*, *11*, 33-41. doi:10.1007/s00737-008-0220-5
- Grigoriadis, S., de Camps Meschino, D., Barrons, E., Bradley, L., Eady A., Fishell, A., ... Ross, L. E. (2011). Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Archives of Women's Mental Health*, *14*, 325-333. doi:10.1007/s00737-011-0223-5
- Grissette, B. G., Spratling, R., & Aycock, D. M. (2018). Barriers to help-seeking behavior among women with postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *47*, 812-819. doi:10.1016/j.jogn.2018.09.006

- Hadfield, A., & Wittkowski, A. (2017). Women's experiences of seeking and receiving psychological and psychosocial interventions for postpartum depression: A systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *Journal of Midwifery and Women's Health, 62*, 723-736. doi:10.1111/jmwh.12669
- Hartley, E., Hill, B., Bailey, C., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Skouteris, H. (2018). The associations of weight status and body attitudes with depressive and anxiety symptoms across the first year postpartum. *Women's Health Issues, 28*, 530-538. doi:10.1016/j.whi.2018.07.002
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period: Antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*, 465-478. doi:10.1080/02646838.2013.835037
- Henshaw, E., Sabourin, B., & Warning, M. (2013). Treatment-seeking behaviors and attitudes survey among women at risk for perinatal depression or anxiety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 42*, 168-177. doi:10.1111/1552-6909.12014
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 80*, 65-73. doi:10.1016/j.jad.2003.08.004
- Hipol, L. J., & Deacon, B. J. (2012). Dissemination of evidence-based practices for anxiety disorders in Wyoming: A survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification, 37*, 170-188. doi:10.1177/0145445512458794
- Jensen, A., Fee, C., Miles, A. L., Beckner, V. L., Owen, D., & Persons, J. B. (2020). Congruence of patient takeaways and homework assignment content predicts homework compliance in psychotherapy. *Behavior Therapy, 51*, 424-433. doi:10.1016/j.beth.2019.07.005
- Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: Care, Health and Development, 33*, 720-727. doi:10.1111/j.1365-2214.2007.00729.x
- Kazantis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology Science and Practice, 17*, 144-156. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01204.x
- Kazdin, A. E. (1980). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 13*, 259-273.

- Keeton, C. P., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2008). Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology, 22*, 212-221. doi:10.1037/0893-3200.22.2.212
- Kim, J. J., La Porte, L. M., Corcoran, M., Magasi, S., Batza, J., & Silver, R. K. (2010). Barriers to mental health treatment among obstetric patients at risk for depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202*, 312.e1-5. doi:10.1016/j.ajog.2010.01.004
- Krieg, D. B. (2007). Does motherhood get easier the second-time around? Examining parenting stress and marital quality among mothers having their first or second child. *Parenting: Science and Practice, 7*, 149-175. doi:10.1080/15295190701306912
- Kroll-Desrosiers, A. R., Nephew, B. C., Babb, J. A., Guilarte-Walker, Y., Moore Simas, T. A., & Deligiannidis, K. M. (2017). Association of peripartum synthetic oxytocin administration and depressive and anxiety disorders within the first postpartum year. *Depression and Anxiety, 34*, 137-146. doi:10.1002/da.22599
- Kronmüller, K.-T., Saha, R., Karr, M., Kratz, B., Hunt, A., Mundt, C., & Backenstrass, M. (2006). Psychosocial factors associated with knowledge about affective disorders in patients with depression. *Psychopathology, 39*, 105-112. doi:10.1159/000091794
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guérette, A., & Matteau, É. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 56B*, 285-291.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- Lee, C. C., Czaja, S. J., Moxley, J. H., Sharit, J., Boot, R. W., Charness, N., & Rogers, W. A. (2019). Attitudes toward computers across adulthood from 1994 to 2013. *The Gerontologist, 59*, 22-33. doi:10.1093/geront/gny081
- Lefebvre-Chanson, C., Boissou-Bonnet, C., & Rolland, A. C. (2017). Évaluation du ressenti de l'expérience groupale chez les mères ayant présenté une dépression postnatale. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 65*, 14-20. doi:10.1016/j.neurenf.2016.11.008
- Létourneau, N., Duffet-Léger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mother's perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 36*, 441-449. doi:10.1111/J.1152-6909.2007.00174.x

- Liu, Y., Guo, N., Li, T., Zhuang, W., & Jiang, H. (2020). Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in Shanghai, China. *Journal of Affective Disorders, 274*, 848-856. doi:10.1016/j.jad.2020.05.028
- Logsdon, C. M., Birkimer, J. C., & Barbee, A. P. (1997). Social support providers for postpartum women. *Journal of Social Behavior and Personality, 12*, 89-102.
- Loughnan, S. A., Butler, C., Sie, A. A., Grierson, A. B., Chen, A. Z., Hobbs, M. J., ... Newby, J. M. (2019). A randomized controlled trial of MUMentum postnatal: Internet-delivered cognitive behavioural therapy for anxiety and depression in postpartum women. *Behaviour Research and Therapy, 116*, 94-103. doi:10.1016/j.brat.2019.03.001
- Mahdi, A., Dembinsky, M., Bristow, K., & Slade, P. (2019). Approaches to the prevention of postnatal depression and anxiety: A review of literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 40*, 250-263. doi:10.1080/0167482X.2018.1512577
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*, 212-222. doi:10.1080/16506073.2011.622130
- Marques, R., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). The role of emotion regulation difficulties in relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders, 238*, 39-46. doi:10.1016/j.jad.2018.05.013
- Marrs, J. (2013). Evaluation of the impact of a CBT-based on maternal postnatal mental health difficulties. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 31*, 72-80. doi:10.1080/02646838.2012.747676
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen, H.-U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders, 175*, 385-395. doi:10.1016/j.jad.2015.01.012
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. J. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders, 74*, 139-147. doi:10.1016/S0165-0327(02)00012-5
- McCarthy, M., & McMahan, C. (2008). Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International, 29*, 618-637. doi:10.1080/07399330802089172

- McCord, C., Bernhard, P., Walsh, M., Rosner, C., & Console, K. (2020). A consolidated model for telepsychology practice. *Journal of Clinical Psychology, 76*, 1060-1082. doi:10.1002/jclp.22954
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: Women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 178-184.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C., & Don, N. (2001). Postnatal depression, anxiety, and unsettled infant behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 581-588.
- Meyer, T. J., Miller, M. J., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Milgrom, J., Negri, L. M., Gemmil, A. W., McNeil, M., & Martin, P. R. (2005). A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 529-542. doi:10.1348/014466505X34200
- Milosevic, I., Levy, H. C., Alcolado, G. M., & Radomsky, A. S. (2015). The treatment acceptability/adherence scale: Moving beyond the assessment of treatment effectiveness. *Cognitive Behaviour Therapy, 44*, 456-469. doi:10.1080/16506073.2015.1053407
- Miltenberger, R. G. (1990). Assessment of treatment acceptability: A review of the literature. *Topics in Early Childhood Special Education, 10*, 24-38.
- Misri, S., Kendrick, K., Oberlander, T. F., Norris, S., Tomfohr, L., Hongbin, Z., & Grunau, R. E. (2010). Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: A longitudinal, prospective study. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*, 222-228.
- Mohlman, J. (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychology and Aging, 27*, 1182-1190. doi:10.1037/a0023126
- Molnar, J. Kosa, K., Fekete, Z., & Münnich, A. (2018). Postpartum anxiety and intrapsychic vulnerability reflected by early maladaptive schemas. *European Journal of Mental Health, 13*, 70-81. doi:10.5708/EJMH.13.2018.1.6
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2019). What protects at-risk postpartum women from developing depressive and anxiety symptoms? The role of acceptance-focused processes and self-compassion. *Journal of Affective Disorders, 246*, 522-529. doi:10.1016/j.jad.2018.12.124

- Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: Mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and Child Health Journal, 17*, 616-623. doi:10.1007/s10995-012-1037-4
- Nicolson, P. (1990). Understanding postnatal depression: A mother-centered approach. *Journal of Advanced Nursing, 13*, 689-695.
- Nicolson, P. (1999). Loss, happiness and postpartum depression: The ultimate paradox. *Canadian Psychology, 40*, 162-178.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400-424.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 521-531. doi:10.1097/01.nmd.0000253843.70149.9a
- Okun, M. L., Mancuso, R. A., Hobel, C. J., Dunkel Schetter, C., & Coussons-Read, M. (2018). Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of Behavioral Medicine, 41*, 703-710. doi :10.1007/s10865-018-9950-7
- O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A. (2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? A qualitative study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 359-371. doi:10.1016/j.cbpra.2011.05.005
- O'Mahen, H. A., Grieve, H., Jones, J., McGinley, J., Woodford, J., & Wilkinson, E. L. (2015). Women's experiences of factors affecting treatment engagement and adherence in internet delivered behavioural activation for postnatal depression. *Internet Interventions, 2*, 84-90. doi:10.1016/j.invent.2014.11.003
- O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S., & Warren, F. C. (2014). Netmums: A phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine, 44*, 1675-1689. doi:10.1017/S0033291713002092
- O'Mahen, H. A., Woodford, J., McGinley, J., Warren, F. C., Richards, D. A., Lynch, T. R., & Taylor, R. S. (2013). Internet-based behavioral activation-treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 150*, 814-822. doi :10.1016/j.jad.2013.03.005
- Ordre des psychologues du Québec. (2013). *Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie.* Ordre des psychologues du Québec.

<https://www.ordrepsy.gc.ca/documents/26707/63191/Guide+de+pratique+concernant+l%E2%80%99exercice+de+la+t%C3%A9l%C3%A9psychologie/5175fd35-d45b-4cbe-99e3-e46ff5079552>

- Overholser, J. C., & Nasser, E. H. (2000). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *30*, 149-161.
- Paris, R., & Dubus, N. (2005). Staying connected while nurturing an infant: A challenge of new motherhood. *Family Relations*, *54*, 72-83. doi:10.1111/j.0197-6664.2005.00007.x
- Patel, S. R., & Wisner, K. L. (2011). Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depression and Anxiety*, *28*, 589-595. doi:10.1002/da.20844
- Paul, I. M., Downs, D. S., Schaefer, E. W., Beiler, J. S., & Weisman, C. S. (2013). Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics*, *131*, e1218-e1224. doi: 10.1542/peds.2012-2147
- Pearlstein, T. B., Zlotnic, C., Battle, C. L., Stuart, S., O'Hara, M. W., Price, A. B., ... Howard, M. (2006). Patient choice of treatment for postpartum depression: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 303-308. doi:10.1007/s00737-006-0145-9
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B., & Watson, J. D. (2020). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *American Psychologist*. doi:10.1037/amp0000722
- Postmontier, B., Neugebauer, R., Stuart, S., Chittams, J., & Shaughnessy, R. (2016). Telephone-administered interpersonal psychotherapy by nurse-midwives for postpartum depression. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *61*, 456-466. doi:10.1111/jmwh.12411
- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., ... Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and Anxiety*, *30*, 506-514. doi:10.1002/da.22040
- Prenoveau, J. M., Craske, M. G., West, V., Giannakakis, A., Ziorga, M., Lehtonen, A., ... Stein, A. (2017). Maternal postnatal depression and anxiety and their association with child emotional negativity and behavior problems at two years. *Developmental Psychology*, *53*, 50-62. doi:10.1037/dev0000221
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions,

- measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
- Pugh, N. E., Hadjistavropoulos, H. D., Hampton, A. J. D., Bowen, A., & Williams, J. (2015). Client experiences of guided internet cognitive behavior therapy for postpartum depression: A qualitative study. *Archives of Women's Mental Health*, 18, 209-219. doi:10.1007/s00737-014-0449-0
- Reay, R., Fisher, Y., Robertson, M., Adams, E., & Owen, C. (2006). Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 31-39. doi:10.1007/s00737-005-0104-x
- Rohland, B. M., Saleh, S. S., Rohrer, J. E., & Romitti, P. A. (2000). Acceptability of telepsychiatry to a rural population. *Psychiatric Services*, 51, 672-674.
- Scope, A., Booth, A., Morrell, J. C., Sutcliffe, P., & Cantrell, A. (2017). Perceptions and experiences of interventions to prevent postnatal depression: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 100-110. doi:10.1016/j.jad.2016.12.017
- Scope, A., Booth, A., & Sutcliffe, P. (2012). Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: A qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1909-1919. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.05954.x
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BioMed Central Health Services Research*, 17. doi:10.1186/s12913-017-2031-8
- Sekhon, M., Cartwright, M., Lawes-Wickwar, S., McBain, H., Ezra, D., Newman, S., & Francis, J. J. (2021). Does prospective acceptability of an intervention influence refusal to participate in a randomised controlled trial? An interview study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 21. doi:10.1016/j.conctc.2021.100698
- Segre, L. S., Stasik, S. M., O'Hara, M. W., & Arndt, S. (2010). Listening visits: An evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. *Psychotherapy Research*, 20, 712-721. doi:10.1080/10503307.2010.518636
- Shaban, I. A., Al-Awamreh, K., Mohammad, K., & Gharaibeh, H. (2018). Postnatal women's perspectives on the feasibility of introducing postpartum home visits: A Jordanian study. *Home Health Care Services Quarterly*, 37, 247-258. doi:10.1080/01621424.2018.1454865

- Shikatani, B., Fredborg, B. K., Cassin, S. E., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). Acceptability and perceived helpfulness of single session mindfulness and cognitive restructuring strategies in individuals with social anxiety disorder: A pilot study. *Canadian Journal of Behavioural Science, 51*, 83-89. doi:10.1037/cbs0000121
- Slage, D. M., & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 329-337. doi:10.1037/0735-7028.38.4.329
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: Onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 420-424.
- Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T., & Swinton, M. (2008). Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. *Qualitative Health Research, 18*, 1161-1173. doi:10.1177/1049732308321736
- Reay, R., Matthey, S., Ellwood, D., & Scott, M. (2011). Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. *Journal of Affective Disorders, 129*, 94-103. doi:10.1016/j.jad.2010.07.035
- Reck, C., Müller, M., Tietz, A., & Möhler, E. (2013). Infant distress to novelty is associated with maternal anxiety disorder and especially with maternal avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 404-412. doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.009
- Rees, S., Channon, S., & Waters, C. S. (2018). The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi:10.1007/s00787-018-1173-5
- Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 1285-1298. doi:10.4088/JCP.v67n0818
- Rowe, H. J., Calcagni, S. C., Galgut, S., Michelmore, J., & Fisher, J. R. W. (2014). Self-management of mild to moderate anxiety in women who have recently given birth: Development and acceptability of a theoretically sound complex intervention. *International Journal of Mental Health Promotion, 16*, 308-319. doi:10.1080/14623730.2014.964050
- Shulman, B., Dueck, R., Ryan, D., Breau, G., & Sadowski, I. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders, 235*, 61-67. doi:10.1016/j.jad.2017.12.065

- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review, 29*, 116-128. doi:10.1016/j.cpr.2008.10.003
- Smith, A. H., Norton, P. J., & McLean, C. P. (2013). Client perceptions of therapy component helpfulness in group cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 229-239. doi:10.1002/jclp.21926
- Sockol, L. E., & Battle, C. L. (2015). Maternal attitudes, depression, and anxiety in pregnant and postpartum multiparous women. *Archives of Women Mental Health, 18*, 585-593. doi:10.1007/s00737-015-0511-6
- Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2014). The relationship between maternal attitudes and symptoms of depression and anxiety among pregnant and postpartum first-time mothers. *Archives of Women Mental Health, 17*, 199-212. doi:10.1007/s00737-014-0424-9
- Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., ... Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121*, 795-809. doi:10.1037/a0026847
- Tarrier, N., Liversidge, T., & Gregg, L. (2006). The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1643-1656. doi:10.1016/j.brat.2005.11.012
- Thase, M. E., & Callan, J. A. (2006). The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Psychotherapy Integration, 16*, 162-177. doi:10.1037/1053-0479.16.2.162
- 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*, 433-442. doi:10.1007/s00737-014-0423-x
- Tsivos, Z.-L., Calam, R., Sanders, M. R., & Wittkowski, A. (2015). A pilot randomised controlled trial to evaluate the feasibility and acceptability of the Baby Triple P Positive Parenting Programme in mothers with postnatal depression. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 20*, 532-554. doi:10.1177/1359104514531589
- Tullio, V., Perrone, G., Bilotta, C., Lanzarone, A., & Argo, A. (2020). Psychological support and psychotherapy via digital devices in COVID-19 emergency time: Some critical issues. *Medico-Legal Journal, 88*, 73-76. doi:10.1177/0025817220926942

- Turner, K. M., Sharp, D., Folkes, L., & Chew-Graham, C. (2008). Women's views and experiences of antidepressants as a treatment for postnatal depression: A qualitative study. *Family Practice, 25*, 450-455. doi:10.1093/fampra/cmn056
- Ugarriza, D. N. (2004). Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Archives of Psychiatric Nursing, 18*, 39-48. doi:10.1053/j.apnu.2004.01.002
- Viau-Guay, L. (2011). *Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période périnatale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., & Bombardier, M. (2016). L'alliance thérapeutique lors d'une télépsychothérapie par vidéoconférence pour un trouble du spectre anxieux: recension systématique des écrits. *Revue québécoise de psychologie, 37*, 277-302. doi:10.7202/1040171ar
- Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S., Gosselin, P., Langlois, F., Belleville, G., & Dugas, M. J. (2020). Telepsychotherapy for generalized anxiety disorder: Impact on the working alliance. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*, 208-225. doi:10.1037/int0000223
- Wenzel, A., Haugen, E. N., & Goyette, M. (2005). Sexual adjustment in postpartum women with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*, 365-366. doi:10.1080/02646830500273723
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety disorders, 19*, 295-311. doi:10.1016/j.janxdis.2004.04.001
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Robinson, K. (2003). Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum. *Archives of Women's Mental Health, 6*, 43-49. doi: 10.1007/s00737-002-0154-2
- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to a cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 1106-1117. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.014
- Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 481-498. doi:10.1007/s10608-006-9016-y

- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology, 25*, 375-383. doi:10.1037/a0023790
- Witt, J.C., & Martens, B.K. (1983). Assessing the acceptability of behavioral interventions used in classrooms. *Psychology in the Schools, 20*, 510-517.
- Wolf, M. M. (1978). Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis, 11*, 203-214.
- Wolitzky-Taylor, K., Chung, B., Bearman, S. K., Arch, J., Grossman, J., Fenwick, K., ... Miranda, J. (2019). Stakeholder perceptions of the barriers to receiving and delivering exposure-based cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in adult community mental health settings. *Community Mental Health Journal, 55*, 83-99. doi:10.1007/s10597-018-0250-z
- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the Maternal Health Study. *Archives of Women's Mental Health, 12*, 75-83. doi:10.1007/s00737-009-0049-6
- Yang, R., Vigod, S. N., & Hensel, J. M. (2019). Optional web-based videoconferencing added to office-based care for women receiving psychotherapy during the postpartum period: Pilot randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 21*. doi:10.2196/13172
- Yellowlees, P., Nakagawa, K., Pakyurek, M., Anson, A., Elder, J., & Kales, H. C. (2020). Rapid conversion of an outpatient psychiatric clinic to a 100% virtual telepsychiatry clinic in response to COVID-19. *Psychiatric Services, 71*, 749-752. doi:10.1176/appi.ps.202000230
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., & Bittinger, J. N. (2009). What you believe is what you want: Modeling PTSD-related treatment preferences for sertraline or prolonged exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 455-467. doi:10.1016/j.btep.2009.06.001

Appendice A

Tableau résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période
périnatale

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale

Section 1. Comparaison de l'acceptabilité entre des interventions					
Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Chabrol, Teissedre, Armitage, Danel, & Walburg, 2004	Femmes ayant accouché depuis 3 jours et moins, toujours à la clinique médicale (<i>n</i> = 405)	<u>Prospective :</u> Mise en situation Échelle d'acceptabilité (0 à 10) Choix forcé Avant et après avoir informé de la présence des antidépresseurs se dans le lait maternel	Psychothérapie au bureau du professionnel Psychothérapie à la maison Pharmacothérapie	<u>Acceptabilité</u> Psychothérapie plus acceptable et choisie par 95 % <u>Modalités</u> Aucune différence entre thérapie au bureau ou à la maison <u>Variables liées à l'acceptabilité</u> Connaissance de la transmission des antidépresseurs	L'information sur la transmission des antidépresseurs peut ressembler à une mise en garde et avoir influencé négativement l'acceptabilité de la médication. Choix forcé demandé seulement avant l'offre d'information.
Pearlstein et al., 2006	Mères en postpartum avec un trouble dépressif caractérisé (<i>n</i> = 23)	<u>Prospective :</u> Choix forcé	1. Médication 2. Thérapie interpersonnelle 3. Tx combiné	1 = 9 % 2 = 48 % 3 = 43 % <u>Variables liées à l'acceptabilité :</u> Allaitement, historique de dépressions	Petite taille d'échantillon

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Patel & Wisner, 2011 Étudier le point de vue des mères sur le processus décisionnel lié au traitement de la dépression périnatale	Mères enceintes ou en postpartum avec un diagnostic de trouble dépressif caractérisé (n = 100) dont 73 en postpartum	<u>Prospective</u> : Choix forcé	1. Médication 2. Psychothérapie 3. Tx combiné 4. Aucun 5. Incertain	1 = 8% 2 = 22 % 3 = 55 % 4 = 8 % 5 = 7 %	Échantillon recruté par référence du médecin, ce qui peut induire un biais positif vers la médication. 65 % de l'échantillon avait déjà choisi un tx, biais possible dû à l'expérience de tx
Bodnar-Deren, Benn, Balbierz, & Howell, 2017 Étudier les stigmates associés à différentes interventions pour la dépression postpartum et leurs liens avec l'acceptabilité des interventions chez des mères caucasiennes et afro-américaines	Mères ayant accouché il y a six mois Caucasiennes (n = 341) Afro-américaines (n = 140)	<u>Prospective</u> : Mise en situation et choix forcé (oui/non)	1. Médication 2. Psychothérapie 3. Naturothérapie 4. Entretien religieux	1. 76 % = oui 2. 91 % = oui 3. 61 % = oui 4. 57 % = oui <u>Variables liées à l'acceptabilité</u> Origine ethnique, stigmatisation liée aux tx, statut conjugal, assurances, confiance dans le système de santé	L'utilisation d'une population non clinique limite la généralisation des résultats. Le type de questionnement ne permet de rendre compte de l'écart possible entre l'acceptabilité de deux traitements qui sont acceptés.

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Goodman (2009) Explorer les préférences, attitudes et barrières à l'égard des traitements pour la dépression en période périnatale	Mères en troisième trimestre de grossesse (n = 509)	<u>Prospective</u> : Choix forcé Échelle d'acceptabilité	1. Thérapie individuelle 2. Médication 3. Thérapie de couple ou familiale 4. Thérapie de groupe 5. Psychoéducation 6. Matériel psychoéducatif 7. Soutien téléphonique 8. Soutien en ligne 9. Auto-traitement 10. Aucun	<u>1^{er} choix</u> : 1 = 73 % <u>3 premiers choix</u> : 1 = 92 % 2 = 36 % 3 = 39 % 5 = 33 % <u>Acceptabilité</u> : 1 = acceptable pour 92 % 2 = pour 69 % 4 = pour 62 % <u>Variables liées à l'acceptabilité</u> : Grossesse, allaitement, expérience tx, abus physique, symptômes dépressifs et anxieux	On interroge des mères enceintes sur l'acceptabilité de traitements sur la dépression périnatale. Il est probable que l'échantillon représente davantage le point de vue de mères enceintes et se généralise difficilement à la réalité des mères en postpartum.

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Yang, Vigod, & Hensel, 2019 Étudier l'acceptabilité, l'initiation et l'efficacité de la possibilité d'avoir des rencontres en VC au cours d'un suivi en présentiel pour les symptômes dépressifs ou anxieux postnataux	Mères en postpartum avec des symptômes dépressifs ou anxieux ($n = 38$) 19 par condition de tx	<u>Rétrospective</u> : Adhérence Telemedicine Satisfaction Questionnaire Questionnaire maison sur les coûts associés à la thérapie	1. Thérapie au bureau du thérapeute 2. Thérapie au choix au bureau du thérapeute ou en VC	<u>Abandon</u> : Aucun dans les deux En moyenne, 50 % des rencontres en VC. <u>Satisfaction</u> : Moyenne élevée (4,7/5) <u>Coûts</u> : Transports et temps moins élevés en VC	Condition en bureau offert des rencontres par téléphone au besoin, ce qui différencie peu les conditions. 80 % de l'échantillon avait une expérience de tx, ce qui induit un possible biais.
Henshaw, Sabourin, & Warning, 2013 Identifier les étapes de la recherche d'aide, les préférences de traitement et les croyances par rapport à la maladie des femmes à risque de dépression ou d'anxiété périnatale	Patientes avec des symptômes élevés de dépression ou d'anxiété en période périnatale ($n = 36$) dont 30 en postpartum	<u>Prospective</u> : Choix forcé entre les modalités de traitement	<u>Lieux</u> : 1. Santé mentale 2. Clinique médicale 3. Maison 4. Lieu de culte 5. Téléphone 6. Internet <u>Thérapeute</u> : 1. Santé mentale 2. Obstétricien 3. Religieux 4. Médecin	<u>Lieux</u> : 1 = 42 % 2 = 19 % 3 = 19 % 4 = 11 % 5 = 6 % 6 = 3 % <u>Thérapeute</u> : 1 = 58 % 2 = 14 % 3 = 14 % 4 = 8 %	Taille d'échantillon restreinte

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Section 2. Acceptabilité des traitements avec une intervention dyadique (mère-bébé) ou sur les habiletés parentales					
Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Coo, Somerville, Matacz, & Byrne, 2018 Étudier l'efficacité d'une thérapie de groupe pour les symptômes dépressifs et anxieux en postpartum et le développement du lien mère-bébé	Patientes avec un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux ($n = 5$) Trois mères avaient des symptômes anxieux	<u>Rétrospective</u> : Questionnaire maison	<u>Emotional Wellbeing group</u> : 10 séances (deux individuelles) combinant TCC et interventions sur la relation mère-bébé Une rencontre avec partenaires	Satisfaction élevée	Petite taille d'échantillon Grand nombre de désistements (8/13)
Goodman, Guarino, & Prager, 2013 Étudier la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité de la psychothérapie dyadique périnatale pour le traitement de la dépression postnatale	Patientes atteintes de dépression postnatale ($n = 6$)	<u>Rétrospective</u> : Adhérence Évaluation qualitative	<u>Psychothérapie dyadique périnatale</u> : Thérapie de soutien centrée sur la relation mère-bébé avec interventions TCC <u>Modalités</u> : À la maison Par une infirmière	5/6 participantes ont complété le traitement Les participantes ont rapporté avoir trouvé les rencontres aidantes et avoir toujours eu hâte aux sessions suivantes.	Petite taille d'échantillon Pas de canevas d'entrevue qualitative Abandon en raison d'un retour à l'emploi alors acceptabilité peut-être moindre chez les mères qui travaillent

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
De Camps Meschino, Philipp, Israel, & Vigod, 2016 Étudier la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'une intervention de groupe ciblant la relation mère-bébé pour le traitement de troubles dépressifs ou anxieux en postpartum	Participant ^{es} souffrant d'un trouble dépressif ou anxieux et ayant des difficultés avec leur bébé (n = 13)	<u>Rétrospective</u> : Questionnaire maison Entrevue qualitative	12 séances en groupe axées sur : (1) la pleine conscience (2) la régulation émotionnelle (3) les habiletés parentales (4) la prise de conscience de l'origine de ses difficultés	<u>Questionnaire</u> Majorité tx acceptable et efficace <u>Entrevue</u> Suggestion ajout volet sur relations Bénéfices perçus sur compétence maternelle, compréhension des symptômes et de leur origine	Petite taille d'échantillon Absence de groupe contrôle
Tsivos, Calam, Sanders, & Wittkowski, 2015 Évaluer l'efficacité d'une intervention parentale pour le traitement de la dépression postnatale	Patient ^{es} atteintes de dépression postnatale Condition expérimentale (n = 12) Condition contrôle (n = 13)	<u>Rétrospective</u> : CSQ	<u>Baby Triple P</u> : 8 séances axé sur le développement du bébé, les facteurs de risques familiaux et la réduction des symptômes Volet psychologique basé sur la TCC <u>Lieu</u> : À la maison	Hautement acceptable Moyenne CSQ 85,83 sur un maximum de 91	Petite taille d'échantillon

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Section 3. Acceptabilité d'interventions psychologiques					
Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Postmontier, Neugebauer, Stuart, Chittams, & Shaughnessy, 2016	Patientes atteintes de dépression postnatale	<u>Rétrospective</u> : CSQ Deux questions qualitatives pour la condition expérimentale	<u>Condition expérimentale</u> 8 séances de psychothérapie interpersonnelle <u>Modalité</u> : Par téléphone Par infirmière <u>Condition contrôle</u> Traitement usuel, référence à des professionnels de santé mentale	Les deux groupes rapportent une satisfaction élevée à l'égard du traitement. <u>Qualitatif</u> Réduit les barrières Minimise la stigmatisation Confiance envers l'infirmière	Petite taille d'échantillon Assignation non aléatoire Les scores du CSQ ne sont pas rapportés, mais seulement leur interprétation.
Segre, Stasik, O'Hara, & Arndt, 2010	Patientes atteintes de dépression postnatale (n = 19)	<u>Rétrospective</u> : CSQ View of LV interview (entrevue semi-structurée développée pour cette étude)	6 visites d'écoute active et de résolution de problèmes d'une heure <u>Lieu</u> : À la maison <u>Administrateur</u> : Bachelier en sciences sociales ou infirmières	<u>Acceptabilité</u> Satisfaction élevée <u>Modalités</u> Ne changeraient pas ni lieu ni administrateur Auraient voulu des séances plus longues et plus de séances	Petite taille d'échantillon de convenance limite la généralisation des résultats

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Brandon et al., 2012 Étudier la sécurité, l'acceptabilité et la faisabilité d'une thérapie interpersonnelle assistée par le partenaire pour le traitement de la dépression périnatale	Patientes atteintes de dépression périnatale (<i>n</i> = 10) Postpartum (<i>n</i> = 2)	<u>Rétrospective</u> : Adhérence Commentaires des couples à la dernière session 4 couples ont participé à un <i>focus group</i>	8 sessions de psychothérapie interpersonnelle et emotionally focused therapy <u>Lieu</u> : Centre de santé mentale pour femmes	<u>Abandon</u> : Aucun Tous les couples disent efficace <u>Focus group</u> : Durée adéquate Suggestion ajout rencontre groupe Désir plus de stratégies concrètes Réticence initiale envers le lieu de traitement par crainte de stigmatisation	Taille d'échantillon restreinte Absence de groupe contrôle Pas de distinction entre la grossesse et le postpartum dans les analyses
Reay, Fisher, Robertson, Adams, & Owen, 2006 Étudier l'efficacité d'une thérapie interpersonnelle en groupe pour le traitement de la dépression postpartum	Participant ^{es} atteintes de dépression postnatale (<i>n</i> = 18)	<u>Rétrospective</u> : Questionnaire maison	10 séances (dont deux individuelles) visant l'amélioration de problématiques relationnelles Une séance avec les partenaires	Satisfaction élevée	Petite taille d'échantillon Absence de condition contrôle

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Section 4. Acceptabilité des auto-traitements					
Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Ashford, Ayers, & Olander, 2017 Étudier l'intérêt des mères pour une intervention en ligne pour l'anxiété postnatale	Participant ^{es} avec au minimum des symptômes d'anxiété modérés ($n = 114$)	<u>Prospective</u> : Questionnaire maison sur l'intérêt envers l'intervention en ligne et la probabilité s'y recourir	Traitement web Avec ou sans le soutien d'un thérapeute <u>Caractéristiques du traitement web</u> : Média, durée, fréquence, composantes <u>Caractéristiques du soutien</u> : Plateforme, durée, fréquence	61 % intéressées 64 % utiliseraient Mieux avec soutien, de préférence par messagerie Préférence pour une application, séances de 15 minutes <u>Variables liées à l'acceptabilité</u> Expérience auto-traitement, soutien d'amis, éducation	Recrutement principalement via Facebook ce qui rejoint potentiellement les mères plus à l'aise avec ou intéressées par la technologie.
Rowe, Calcagni, Galgut, Michelmor ^e , & Fisher, 2014 Étudier la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'un auto-traitement pour le TAG postnatal	Patientes avec symptômes cliniques et sous-cliniques de TAG ($n = 13$)	<u>Rétrospective</u> : Entrevue maison quantitative et qualitative	WAWA: Manuel de 7 modules basés sur les principes de la TCC et de la pleine conscience Soutien téléphonique optionnel	Le tx est jugé aidant, facile à comprendre, ayant fourni des outils, pertinent, recommandable. <u>Force</u> : Soutien téléphonique	Petite taille d'échantillon Échantillon avec des symptômes anxieux légers

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Ashford, Olander, Rowe, Fisher, & Ayers, 2018	Participant ^{es} souffrant de symptômes anxieux légers à sévères ($n = 46$)	<u>Rétrospective</u> : Engagement (nombre de modules complétés)	iWaWa : 9 modules issus des principes de la TCC et de la pleine conscience	<u>Engagement</u> 56 % un module 4 % tx complet <u>Convivialité</u> Sous la moyenne	Seulement 2 participant ^{es} ont complété le traitement
Étudier la faisabilité et l'acceptabilité d'un auto-traitement sur Internet pour l'anxiété postnatale		Convivialité (SUS) Utilité (mesure maison) Satisfaction (CSQ) Caractère aidant (mesure maison) Entrevue ou sondage qualitatif	Soutien du thérapeute optionnel Rappels de faire le traitement optionnels	<u>Utilité</u> 5/7 disent utile <u>Satisfaction</u> Moyenne de 20,22/31 <u>Caractère aidant</u> Résultats mitigés <u>Qualitatif</u> Positif : Accessible, anonyme et soutien disponible Négatif : Peu convivial, pertinent et concis	Seulement 7/46 participant ^{es} ont complété les mesures d'acceptabilité

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Loughnan et al., 2019 Évaluer l'efficacité et l'acceptabilité d'un auto-traitement sur Internet pour les symptômes dépressifs ou anxieux en postpartum	Patientes avec des symptômes dépressifs ou anxieux auto-rapportés Condition expérimentale (n = 69) Condition contrôle (n = 62)	<u>Prospective</u> : CEQ <u>Rétrospective</u> : Adhérence TSQ	<u>MUMentum</u> <u>postnatal</u> : 3 modules basés sur les principes de la TCC sans soutien	<u>Crédibilité</u> Logique et efficace <u>Adhérence</u> 75 % complétion <u>Satisfaction</u> Élevée. Majorité recommande tx. Majorité ne préféreraient pas tx en présentiel.	Absence d'entrevues diagnostiques
O'Mahen et al., 2015 Étudier la perspective des mères sur l'expérience et les barrières liées à un auto-traitement sur Internet de la dépression postnatale	Participant·es souffrant de symptômes dépressifs auto-rapportés (n = 17)	<u>Rétrospective</u> : Entrevue qualitative	<u>Netmums</u> : 11 modules basés sur l'activation comportementale Forum pour les mères Soutien optionnel sous forme de clinique virtuelle	<u>Positif</u> : Pertinent, flexible, anonyme, normalise le vécu <u>Négatif</u> : Maintien difficile de la motivation, aurait préféré tx en présentiel, manque de soutien <u>Suggestions</u> : Rendre interactif, personnaliser, ajout soutien	Limites à la généralisation considérant la méthode qualitative Opinions demandées jusqu'à un an post-tx, biais de rappel possible

Tableau 1

Résumé des études sur l'acceptabilité des traitements spécifiques à la période périnatale (suite)

Étude et but	Échantillon	Mesure	Tx et modalités	Résultats	Limites
Danaher et al., 2013 Étude pilote de la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'un auto-traitement sur Internet pour la dépression postnatale	Participant ^{es} souffrant d'une dépression postnatale ($n = 53$)	<u>Rétrospective</u> : Caractère aidant (entrevue qualitative) Convivialité (SUS)	<u>Mom Mood Booster</u> : 6 modules de TCC avec soutien téléphonique Site d'informations pour le partenaire Forum pour mères	<u>Caractère aidant</u> Assez satisfaites du traitement et soutien aidant Plus aidant : Soutien téléphonique, prendre du temps pour soi <u>Convivialité</u> Grade A	Petite taille d'échantillon Pas de groupe contrôle
Pugh, Hadjistavropoulos, Hampton, Bowen, & Williams, 2015 Étudier l'expérience d'un auto-traitement sur Internet pour la dépression postnatale	Patient ^{es} souffrant de symptômes dépressifs auto-rapportés ($n = 10$)	<u>Rétrospective</u> : Questionnaire qualitatif en ligne	7 modules basés sur les principes de la TCC Soutien thérapeutique par courriel	<u>Positif</u> : Soutien thérapeute, flexibilité, anonymat, normalisation, améliore habiletés parentales <u>Négatif</u> : Maintien difficile des efforts, du rythme, des devoirs, manque le contact en présentiel <u>Suggestion</u> :Forum	Généralisation limitée parce que l'étude est qualitative Biais dans les suggestions pour l'amélioration du tx : Seul l'ajout d'un forum était exploré et il n'y avait pas de possibilité de faire d'autres suggestions

Note. CEQ = Treatment Credibility and Expectancy Questionnaire; CSQ = Client Satisfaction Questionnaire; LV = Listening Visits. SUS = System Usability Scale; TAG = Trouble d'anxiété généralisée; TCC = Thérapie cognitive-comportementale; TSQ = Treatment Satisfaction Questionnaire; Tx = Traitement; VC = Visioconférence; WAWA = What Am I Worried About.

Appendice B

Preuves de soumission des articles scientifiques

Preuve de soumission du premier article

ERAPSY - Submission Confirmation

em.erapsy.0.741038.9fbacec2@editorialmanager.com

<em.erapsy.0.741038.9fbacec2@editorialmanager.com> de la part de

European Review of Applied Psychology <em@editorialmanager.com>

Ven 2021-06-18 13:38

À : Malya Choinière

Editorial Manager

European Review of Applied Psychology

Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 1: la thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement Mme Malya Choinière

Cher(e) Mme Malya Choinière,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :

"Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 1: la thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EM..

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction

European Review of Applied Psychology

Preuve de soumission du deuxième article

ERAPSY - Submission Confirmation

em.erapsy.0.74103d.b518ef1c@editorialmanager.com

<em.erapsy.0.74103d.b518ef1c@editorialmanager.com> de la part de

European Review of Applied Psychology <em@editorialmanager.com>

Ven 2021-06-18 13:43

À : Malya Choinière

Editorial Manager

European Review of Applied Psychology

Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum
partie 2: modalités d'application thérapeutique Mme Malya Choinière

Cher(e) Mme Malya Choinière,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :

"Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 2:
modalités d'application thérapeutique"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EM.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction

European Review of Applied Psychology

Appendice C

Contribution respective des auteurs

Déclaration de la contribution respective de chaque auteur

Malya Choinière, candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke, est l'auteure principale des articles de la présente thèse, soit *Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 1 : la thérapie cognitive comportementale et ses stratégies de traitement* et *Acceptabilité des traitements du trouble d'anxiété généralisée en postpartum partie 2 : modalités d'application thérapeutique*. Elle a effectué la recension des écrits pertinents sur le sujet de recherche, élaboré la méthode des études, obtenu l'approbation éthique, mené le recrutement, procédé aux analyses statistiques des données, rédigé les articles et appliqué les correctifs suggérés par les co-auteurs.

À titre de directeur de recherche, Patrick Gosselin (Ph.D.), par le biais de rencontres régulières, a contribué au choix du sujet de recherche, a encadré la recension des écrits et a contribué à l'élaboration de la méthode des études afin de s'assurer de sa validité. De plus, il a encadré l'analyse statistique des données. Il a également contribué à l'élaboration des articles par la révision fréquente des textes et la suggestion de correctifs.

À titre de membres du comité de thèse, Anne Brault-Labbé (Ph.D.) et Philippe Landreville (Ph.D.) ont participé à des rencontres ponctuelles pour orienter le développement des études, valider la méthode et bonifier l'interprétation des résultats. Ils ont également contribué à l'élaboration des articles par leur révision et la suggestion de correctifs.

Par leur signature, les différents chercheurs confirment la nature de la contribution respective de chacun à la rédaction des articles de la présente thèse.

Malya Choinière (B.Sc.)

Candidate au doctorat en psychologie (Ph.D. Cand.)

Patrick Gosselin (Ph.D.)

Directeur de thèse

Anne Brault-Labbé (Ph.D.)

Membre du comité de thèse

Philippe Landreville (Ph.D.)

Membre du comité de thèse

Appendice D

Questionnaires d'acceptabilité

Documents retirés pour respect du droit d'auteur.