

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

LES EFFETS D'UNE INTERVENTION BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE  
SUR L'ADAPTATION À LA PARENTALITÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES  
ENFANTS : UNE ÉTUDE PÉRINATALE ET LONGITUDINALE

THÈSE PRÉSENTÉE  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MARIE-JOSÉE TREMBLAY

NOVEMBRE 2021

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (Ph. D.)

**Direction de recherche :**

---

Nicolas Berthelot, Ph. D. directeur de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

**Jury d'évaluation :**

---

Nicolas Berthelot, Ph. D. directeur de recherche  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Frédéric Dionne, Ph. D. président du jury  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Carl Lacharité, Ph. D. évaluateur interne  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Annie Devault, Ph. D. évaluatrice externe  
Université du Québec en Outaouais

Thèse soutenue le 24/08/2021

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur des articles soumis pour publication.

## Sommaire

Ce projet de recherche porte sur les effets en pré et postnatal d'interventions axées sur la pleine conscience sur la détresse psychologique des mères, leur niveau de pleine conscience, leur adaptation à la parentalité et le développement des enfants, et sur l'évaluation d'un programme de pleine conscience offert en cours de grossesse, unique au Québec. Le premier article est une revue systématique et méta-analyse qui corrobore les impacts des interventions inspirées de la pleine conscience sur la diminution des symptômes anxieux et dépressifs chez les femmes enceintes. Des effets encore plus importants quant au niveau de pleine conscience (taille d'effet modérée) sont démontrés, ce qui constitue un apport considérable pour la communauté scientifique. Les études portant sur l'adaptation à la parentalité et le développement de l'enfant en postpartum ont aussi été répertoriées, mais étaient trop peu nombreuses pour être incluses dans la méta-analyse. Leurs résultats sont tout de même présentés et discutés. Les conclusions du premier article soutiennent donc que les interventions de pleine conscience au cours de la période prénatale ont des répercussions positives sur le bien-être des mères, mais que leurs effets à long terme sur les mères et leurs enfants demeurent à clarifier. Le second article adresse cette principale limite en démontrant l'efficacité d'une intervention prénatale sur la diminution de la détresse psychologique, l'augmentation des aptitudes à être en pleine conscience et la régulation des émotions chez les mères en pré et postnatal. De plus, les résultats confirment une association significative entre le niveau de pleine conscience à quatre mois postnatal et le sentiment de compétence parentale, ainsi qu'entre le niveau de pleine conscience et le développement du lien

de la mère envers son enfant. Ce programme d'intervention appuie la nécessité d'intervenir précocement pour soutenir les mères dès la période prénatale et pour l'avenir des enfants qui formeront la société de demain.

## Table des matières

Sommaire .....	iv
Liste des tableaux .....	x
Liste des figures .....	xi
Remerciements .....	xii
Épilogue .....	xv
Introduction générale .....	1
Contexte théorique .....	5
Défis de la grossesse et de la maternité.....	6
Périnatalité .....	6
Défis associés à la grossesse .....	7
Programmes de prévention offerts aux femmes enceintes : état des connaissances et pertinence .....	11
Pertinence de la pleine conscience au cours de la période prénatale .....	15
Définition de la pleine conscience .....	15
Pleine conscience : traits, mode de vie ou psychothérapie .....	16
Pleine conscience et parentalité .....	19
État des connaissances sur les approches de pleine conscience au cours de la période périnatale .....	21
Programme : Vivre sa grossesse sereinement : ateliers de pleine conscience pour les mamans .....	22
Objectifs des ateliers .....	22
Description du contenu et fonctionnement des ateliers .....	23
Séance 1 : Le pilote automatique .....	23

Séance 2 : Donner de l'attention au corps .....	25
Séance 3 : S'arrêter et respirer .....	26
Séance 4 : Accueillir l'émotion .....	27
Séance 5 : Ne pas faire ce que l'émotion me dit de faire.....	28
Séance 6 : Prendre de la distance par rapport aux pensées .....	29
Séance 7 : Avancer vers ce qui est important pour moi.....	30
Séance 8: Agir et se dire au revoir .....	30
Activité 1 .....	31
Activité 2 .....	31
Activité 3 .....	32
Activité 4 .....	32
Première rencontre de relance : Les pensées .....	33
Deuxième rencontre de relance : Le corps.....	33
Troisième rencontre de relance : Les émotions .....	33
Objectif de la thèse, hypothèses et considérations méthodologiques .....	33
Présentation des articles .....	38
Chapitre 1. Article 1. L'efficacité des interventions inspirées de la pleine conscience sur la diminution de la détresse psychologique, l'augmentation des aptitudes à la pleine conscience et l'adaptation à la parentalité auprès des femmes enceintes: revue systématique et méta-analyse .....	39
Résumé.....	41
Abstract .....	42
Méthode .....	46
Résultats.....	50

Discussion .....	64
Conclusion .....	66
Références .....	68
Chapitre 2. Article 2. Les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience sur le bien-être des femmes enceintes, l'adaptation à la parentalité et le développement des enfants : une étude périnatale et longitudinale.....	75
Résumé.....	77
Introduction.....	78
Méthode .....	80
Participant.es et procédures .....	80
Description du programme .....	83
Mesures.....	83
Pleine conscience.....	83
Détresse psychologique .....	84
Stratégies de régulation émotionnelle.....	84
Sentiment de compétence parentale.....	85
Lien d'affection de la mère envers son enfant .....	85
Développement de l'enfant.....	86
Stratégie d'analyses .....	86
Résultats.....	87
Discussion .....	93
Bibliographie.....	99
Discussion générale.....	106

Rappel de l'objectif général et des hypothèses de recherche .....	107
Rappel et analyse des résultats.....	108
Limites de l'étude.....	113
Pistes de réflexion pour les recherches futures .....	113
Mise à l'essai de l'intervention .....	114
Les pères et la pleine conscience .....	118
Conclusion générale .....	120
Références générales.....	126
Appendice A. Dépliant.....	138
Appendice B. Lettre d'information et de consentement .....	141
Appendice C. Questionnaire sociodémographique .....	148
Appendice D. Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) .....	159
Appendice E. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) .....	164
Appendice F. Kessler Psychological Distress Scale (K-10) .....	166
Appendice G. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) .....	168
Appendice H. Maternal Confidence Questionnaire (MCQ) (version prénatale) .....	171
Appendice I. Maternal Confidence Questionnaire (MCQ) (version postnatale) .....	173
Appendice J. Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS) .....	175
Appendice K. Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS).....	180
Appendice L. Échelles de symptômes pédiatriques.....	184

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique.....	51
2	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes du groupe expérimental et du groupe de comparaison.....	82
3	Résultats des ANOVAs (effets d'interaction).....	89
4	Corrélations bivariées de Pearson entre la pleine conscience, le sentiment de compétence parentale, le développement du lien d'affection de la mère envers son enfant et le développement de l'enfant .....	91

## Liste des figures

### Figure

1	Diagramme de flux : processus d'identification et de sélection des études .....	47
2	Méta-analyse sur la détresse psychologique .....	62
3	Méta-analyse sur l'anxiété.....	63
4	Méta-analyse sur la dépression .....	63
5	Méta-analyse sur la pleine conscience .....	64
6	Diagramme de flux : Processus de sélection des participantes .....	81
7	Modèle d'analyses acheminatoires de l'association entre l'intervention et le sentiment de compétence parentale, via la pleine conscience.....	92
8	Modèle d'analyses acheminatoires de l'association entre l'intervention et le lien d'affection de la mère envers son enfant, via la pleine conscience.....	92
9	Modèle d'analyses acheminatoires de l'association entre l'intervention et le développement de l'enfant via la pleine conscience .....	93

## Remerciements

Ce doctorat, c'est mon quatrième enfant. Comme vous le savez, il faut tout un village pour élever un enfant. J'aurai donc eu, au fil de mes six années d'études doctorales, tout plein de cœurs, de bras et de cerveaux pour m'aider d'autant de façons différentes à accoucher en pleine conscience de cette folle aventure.

D'abord, merci à Simon, mon conjoint, pour son support autant technique que silencieux, pour les moments donnés gratuitement et pour ses légers soupirs de soulagement lorsqu'il sentait que quelques instants de présence lui seraient consacrés. Merci à mes trois enfants qui auront compris que l'effort est le prix de la réussite et que c'est bien d'accompagner maman à l'université le jour, car le soir, l'hôtel offre une piscine, et ce, plus d'une fois.

Merci à maman qui a relu mes textes et tenté de voir si un mot existait, vraiment, et si mes dires se comprenaient aux yeux des simples mortels, m'obligeant aussi à mettre de l'air dans mon écriture. Même mamie Gisèle s'en est mêlée en démêlant des piles de questionnaires numérotés. Merci à ma famille pour les heures de gardiennage, leur présence ou leur absence au besoin, leurs bons mots d'accompagnement et leur doute quant à la nécessité de ce projet... Il fallait leur montrer que j'étais à la hauteur de ce défi. Merci à mes amies, Guylaine L., Anne L., Josée B., Nathalie C., Édith A., Mélanie P., et j'en oublie sûrement, pour ces bons moments volés à mon temps si précieux. Vous m'avez apporté une dose de courage pour continuer.

Merci à mes collègues de travail pour l'écoute et l'encouragement, certains et certaines plus proches, Valérie R., Claude-Hélène L., Julie B., Roger, D., Catherine L., Isabelle, G., David, G., Stéphanie B., et j'en oublie sûrement. Un merci spécial à Stéphanie Dubé, qu'il me plait d'appeler mon infirmière dans la co-crédation de présentations PowerPoint éclatées. Un clin d'œil à mes collègues masculins Olivier (pour les stats) et François-Luc, sans qui la réussite de ce projet aurait pu basculer. J'ai ainsi entendu les deux comparses, habiles thérapeutes du paradoxe, me dire à la cafétéria : « Bonne idée Marie, laisse tout tomber, ce n'est que quelques années de ta vie après tout! »

Merci à mes voisins, MCB, Claude, Manon et Marc, qui m'ont rendu la vie plus facile en m'invitant à l'apéro : du bonheur simple et les joies d'un bon souper réconfortant. Merci à ceux qui m'ont prêté un logis : Marco et Guy, Guylaine, Anne-Marie, où je me cachais parfois pour travailler, parfois pour rien faire, non me ressourcer.

Merci à ma première directrice de thèse qui a d'abord cru en moi, puis à Nicolas Berthelot qui m'a tout de suite fait confiance, même si je n'avais visiblement pas le profil de la parfaite doctorante : trois enfants et un job à temps plein à plus de 300 km de l'université. Merci d'avoir encouragé mes initiatives et décisions importantes en me rappelant toutefois que je n'étais pas seule et que tu étais là. Merci pour tes heures de lecture et tes commentaires pertinents, expérimentés et enrichissants. Merci à mon

comité doctoral, messieurs Carl Lacharité et Frédérick Dionne. Le premier, encourageant mon écriture originale qu'il se plaisait à lire et m'invitant à être encore plus fière de tout ce travail. Le second, pour qui les normes APA, les tableaux et références n'ont pas de secrets. J'ai cru entendre, de ce trio d'experts, que je m'étais transformée, grâce à leurs exigences remplies d'empathie, de clinicienne à chercheuse, que demander de plus!

Merci à toutes celles et tous ceux qui, par un simple mot d'encouragement, m'ont permis d'avancer pas à pas, mille après mille, jour après jour, année après année, et de me répéter que j'étais belle, bonne, capable, car parfois sous la lourdeur de la tâche, j'oubliais qui j'étais vraiment. Je suis fière de moi et heureuse d'avoir été entourée de personnes aidantes, compréhensives et surtout aimantes.

Comme ça prend tout un village pour élever un enfant et surtout des mamans pour les porter et les chérir, merci aux femmes enceintes qui ont accepté de participer à cette aventure qu'est la pleine conscience et de faire ainsi avancer la science. Enfin, si par ce projet j'ai insufflé, ne serait-ce qu'à quelques-unes de ces mamans, l'importance d'être connectées à elles-mêmes et attentives à leur enfant, je m'octroie moi-même pour ce doctorat, une mention spéciale.

## Épilogue

J'allais avoir 47 ans. *Je n'avais pas encore à cet âge la notion du temps d'écriture. Je ne savais pas encore qu'un jour il faudrait me le réserver, qu'il faudrait le voler, au reste, à la vie sociale, aux amis, aux loisirs, à la vie amoureuse, à ma famille, qu'il me faudrait le prendre, ce temps, sans quoi la vie me le volerait* (Morin, 2018).

Nous sommes le 29 avril 2019. Bien que depuis le début de mon aventure, à l'automne 2014, j'aie déjà écrit plusieurs pages de ce qui devait être ma thèse, je suis devant une page blanche ce soir. J'ai décidé de tout reprendre du début : *I've change my mind* comme le dit si bien Veringa et al. (2016), qui s'intéressent comme moi à la pleine conscience dans un contexte de parentalité.

À toutes les périodes de notre vie, l'angoisse de la page blanche peut nous frapper de plein fouet, mais écrire à mon âge n'est pas tâche facile. La grande écrivaine canadienne Margaret Atwood a su, par ses propos sages que j'ai surpris en entrevue, être très près de mon expérience et contribuer à la fin de cette thèse. Elle explique qu'à cet âge mitoyen, on n'a plus pour l'écriture, l'insouciance de nos 20 ans, ni encore la liberté qui se gagne avec l'âge mûr. On est prise par les obligations familiales, les dictats de l'image sociale de la mère, de la femme et de l'épouse. On se questionne de plus sur la pertinence de ce que nous pouvons apporter à la science et comment contribuer au mieux-être des gens, si nous ne sommes pas directement orientés vers l'intervention. En discutant avec mon comité doctoral, je me suis aussi rendu compte que j'étais endoctrinée par mes longues années de dévouement en pédopsychiatrie, oubliant l'importance de la prévention ciblée auprès des parents, essentielle pour préserver les

Écueils dans le développement et la santé de tous ces enfants que je risque de croiser quotidiennement dans ma pratique, si rien n'est fait avant. En ce temps de pandémie, je peux aussi faire le constat que mieux les parents et les enfants ont été outillés pour faire face au stress, mieux ils s'en sortent. Après six ans, presque sept, de recherche et de travail acharné, j'assume maintenant la vocation préventive de ce doctorat et sa valeur scientifique et communautaire.

## **Introduction générale**

En 2017, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que les troubles mentaux, dont principalement la dépression, touchait plus de 300 millions de personnes dans le monde. De plus, 260 millions d'humains souffraient d'anxiété. Malgré l'ampleur des problèmes de santé mentale et les liens établis entre la santé mentale, la santé physique et le développement socioéconomique, les ressources sont principalement investies dans les services de soins et de réadaptation. Le secteur de la santé mentale, plus principalement le volet préventif, qui vise à renforcer les compétences psychosociales des individus et à prévenir l'apparition des troubles psychiques, est peu soutenu. Pourtant, si nous souhaitons faire face efficacement à cet enjeu sociétal, la promotion du bien-être et la prévention des troubles mentaux méritent toute notre attention.

L'idée de ce projet de recherche, qui s'intéresse aux impacts des thérapies axées sur la pleine conscience auprès des femmes enceintes, est née du désir comme psychologue d'agir tôt en alliant prévention et intervention, ainsi que recherche et clinique. Il est bien documenté que la détresse psychologique chez les femmes enceintes amène des conséquences néfastes pour le développement de l'enfant (Agius, Xuereb, Carrick-Sen, Sultana, & Rankin, 2016; Bialy, 2006; Bussièrès et al., 2015; Grigoriadis et al., 2013; Kingston, Tough, & Whitfield, 2012; Snyder, Shapiro, & Treleaven, 2012; Tarabulsy &

Larose, 2000). Dans cet ordre d'idées, la nécessité d'offrir aux mères des outils et du support afin qu'elles puissent vivre sereinement leur grossesse et assumer le mieux possible leur rôle parental est supportée. Soulignons que les méta-analyses récentes qui se sont intéressées aux thérapies axées sur la pleine conscience en cours de grossesse, démontrent comment ce type d'interventions non pharmacologiques favorisent la santé mentale des femmes enceintes et augmentent leur niveau de pleine conscience (Badker & Misri, 2017; Dhillon, Sparkes, & Duarte, 2017; Matvienko-Sikar, Lee, Murphy, & Murphy, 2016; Shi & MacBeth, 2017; Taylor, Cavanagh, & Strauss, 2016).

Cette thèse s'articule principalement autour de la question de recherche suivante : « Est-ce qu'une intervention basée sur la pleine conscience auprès d'une clientèle de femmes enceintes peut diminuer leur détresse psychologique, augmenter leurs aptitudes à la pleine conscience et favoriser l'adaptation à la parentalité pour la mère pendant la grossesse et en postpartum, ainsi que le développement du lien d'affection de la mère envers son enfant et le développement de l'enfant dans ses premiers mois de vie? »

Afin de bien circonscrire cette question, le contexte théorique présente d'abord les défis de la grossesse et de la maternité, ainsi que les programmes de prévention qui s'adressent spécifiquement aux femmes enceintes. La pertinence de la pleine conscience au cours de la période périnatale est aussi exposée, de même que l'état des connaissances sur cette approche pendant cette période. Par la suite, le programme original développé dans le cadre de cette thèse est décrit suivant le contenu et le

déroulement des huit ateliers auxquels les mères ont été invitées à participer. Enfin, l'objectif principal de la thèse, les hypothèses spécifiques et les considérations méthodologiques en lien avec les deux articles rédigés sont précisés.

Résumons brièvement que le premier article est une revue systématique et une méta-analyse, la première rédigée en français et qui inclut les publications récentes. Les conclusions intéressantes de cette synthèse, surtout au niveau des effets positifs des interventions axées sur la pleine conscience en cours de grossesse sur la pleine conscience et la santé mentale des mères, combinées à l'absence de services offerts aux femmes enceintes de la communauté sur le plan régional et provincial, nous ont conduits à développer un programme original destiné à cette clientèle. De plus, comme les recherches sont embryonnaires lorsqu'il est question de l'impact de la pleine conscience sur l'adaptation à la parentalité (définie dans cette thèse par la régulation des émotions, le sentiment de compétence parentale, le développement de la relation d'affection de la mère envers son enfant et le développement de l'enfant), notre programme vise à combler cette lacune en mesurant objectivement ces impacts en pré et postnatal. Le second article présente ces résultats. La discussion permet de souligner les faits saillants de cette recherche et comment pourrait être envisagée la poursuite des travaux dans ce domaine, afin qu'ils soient porteurs de solutions favorisant le mieux-être des parents et de leur progéniture.

## **Contexte théorique**

Devenir parent est une transition importante. La tendance à se projeter positivement dans cette nouvelle étape de vie, remplie de promesses, est évidente lorsque nous côtoyons de futurs parents. Toutefois, l'entrée dans la parentalité amène son lot de stress et de bouleversements (Bardacke, 2012; Bögels, Hellemans, van Deursen, Römer, & van der Meulen, 2014; Sawyer Cohen, 2010; Vieten, 2016). De Montigny, Devault, Lacharité et Dubeau (2009) parlent de la parentalité comme d'un événement porteur à la fois d'apprentissages et de défis, dont les changements, aux plans personnel, conjugal et parental, sont nombreux.

### **Défis de la grossesse et de la maternité**

Cette section vise à définir en quoi consiste la période périnatale ainsi que le concept de parentalité. L'universalité de cette transition est également abordée ainsi que les défis associés à la grossesse. La présente thèse s'intéresse à la période qui s'étale de la douzième semaine de grossesse à 4 mois prénatal.

### **Périnatalité**

La périnatalité est définie par l'OMS (2004) comme la période périnatale commençant à 22 semaines après le début de la gestation, et qui se termine sept jours après la naissance de l'enfant. Toutefois, dans la pratique, cette période s'étale sur une durée beaucoup plus vaste, couvrant ainsi les premiers mois de vie du nouveau-né, dont

la transition vers la parentalité (Serfaty & Bréart, 2014). Le mot périnatalité signifie « autour de la naissance » et permet de considérer l'expérience de l'arrivée d'un enfant sous plusieurs dimensions : physique, psychologique et sociale (MSSS, 2018). Ces dimensions comprennent l'ensemble des conditions et des soins qui entourent la grossesse, l'accouchement et la naissance. Le concept de périnatalité englobe aussi le suivi du nouveau-né et les aspects entourant le développement de la relation mère-enfant. Les questions quant à un possible handicap pour l'enfant, l'accompagnement de l'entourage, de même que la responsabilisation des futurs parents face à leur nouveau rôle font aussi partie des enjeux importants associés à cette période. Enfin, l'attention des intervenants dans ce contexte porte aussi sur la régulation des naissances incluant la contraception et l'interruption volontaire de grossesse (Serfaty & Bréart, 2014).

Bien que l'annonce de l'arrivée d'un enfant est souvent synonyme de joie et d'espoir, cette étape transitoire peut malgré tout conduire à un état de vulnérabilité chez les parents, et ce, même si aucun facteur de risque n'était connu chez eux (Hamelin-Brabant et al., 2015). Le programme de pleine conscience développé dans le cadre de cette étude s'adresse directement aux femmes enceintes et précède la période périnatale, telle que définie par l'OMS.

### **Défis associés à la grossesse**

Alors que pour les parents qui vivent dans un contexte de vulnérabilité (condition décrite comme le résultant de facteurs physiques, sociaux, économiques ou

environnementaux) qui les prédispose à subir des préjudices ou des dommages (Institut de la statistique du Québec, 2016), la période périnatale peut constituer un défi encore plus grand (Berthelot, 2016), l'adaptation à cette période touche tous les parents de toutes les classes sociales, sans discrimination. Roch et al. (2016) expliquent comment une clientèle universelle peut voir son équilibre rompu en période périnatale. Ainsi, pour les parents de classes moyenne ou aisée, d'autres facteurs peuvent rendre cette transition plus difficile, tels que des événements imprévus (séparation, perte d'emploi), la personnalité du parent et la façon dont il s'adapte aux changements, le déroulement de la grossesse et l'état de santé de l'enfant à la naissance (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2011).

Le modèle développé par Hamelin-Brabant et al. (2015) permet d'expliquer les facteurs de risque de la période périnatale par le biais de quatre grandes dimensions reliées entre elles : biologique, sociale, cognitive et psychologique. La dimension biologique fait référence à la composante restauratrice (sommeil, repos, relaxation), au plan locomoteur (mouvement, exercice) et à l'aspect régulateur (fonctions endocrinienne, métabolique et neurale). Quant à la dimension sociale, elle a trait aux rôles, aux relations interpersonnelles, aux loisirs et à tout ce qui entoure les tâches et les soins liés à l'arrivée d'un enfant. La fonction cognitive, quant à elle, réfère à l'acquisition (compréhension et apprentissages) d'informations et à leur utilisation (résolution de problèmes et prise de décision).

Le stress et la dépression s'inscrivent dans la dimension psychologique de la vulnérabilité prénatale du modèle exposé. Pendant leur grossesse, environ 11,9 % des femmes enceintes souffriraient de dépression (Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, & Harris, 2017) et 10 % d'entre elles présenteraient des symptômes anxieux importants (Shi & MacBeth, 2017). Plusieurs études démontrent que l'anxiété et la dépression chez les femmes durant la période prénatale apparaissent comme des facteurs de risque quant au développement du fœtus et au déroulement de l'accouchement (Vieten & Astin, 2008). Le stress prénatal peut causer une variété de complications à la naissance, y compris un faible poids lié à un retard de croissance intra-utérin et un accouchement prématuré (Graignic-Philippe et al., 2005; King et al., 2000).

La dépression maternelle risque aussi d'affecter négativement le développement psychoaffectif de l'enfant (Snyder et al., 2012). Ainsi, ces enfants sont plus susceptibles de présenter des psychopathologies tels les troubles anxieux et du comportement ainsi que des difficultés de langage (Baudry, 2012; Beck, 1998). L'anxiété prénatale augmente également le risque de difficultés psychologiques chez l'enfant (Shi & MacBeth, 2017). Durant cette période, l'anxiété des femmes peut porter spécifiquement sur le déroulement de l'accouchement ou sur les changements au plan de l'image corporelle (Reeves, 2017). La peur liée au risque d'avoir un enfant handicapé (Huizink, Mulder, de Medina, Visser, & Buitelaar, 2004) et des questionnements quant aux capacités parentales sont aussi présents chez les futures mères (Reeves, 2017).

Ces préoccupations ou angoisses pendant la grossesse ainsi que la tristesse et la fatigue peuvent être passagères. Toutefois, chez certaines femmes, ces bouleversements émotionnels qui apparaissent au départ normaux peuvent conduire à une souffrance psychologique qui pourra prendre suffisamment d'ampleur pour perturber le déroulement de la grossesse, de la naissance et le développement de la relation mère-enfant. Selon Dayan (2002), la difficulté pour la femme enceinte à avouer et à partager ses sentiments négatifs, peu acceptables socialement, peut contribuer à exacerber sa détresse. Il en est de même pour son histoire personnelle et ses appréhensions quant à la possibilité d'offrir à son enfant un environnement de vie stable et positif.

Que ce soit sur le plan social, intrapsychique ou biologique, l'expérience de détresse chez les femmes enceintes compromettrait les capacités de la mère à réguler ses émotions dans la dyade mère-enfant à la naissance de l'enfant et à répondre aux besoins du bébé. Dans le même ordre d'idées, d'autres auteurs (Pauli-Pott, Mertesacker, Bade, Bauer, & Beckmann, 2000) ont émis l'hypothèse que l'accumulation de conditions défavorables, à savoir une forte émotivité négative et une faible expression d'émotions positives par l'enfant, la dépression maternelle et l'anxiété, ainsi que l'absence de soutien social et émotionnel, peut atténuer la réactivité et la réceptivité de la mère face à son enfant. Les précurseurs du développement du lien d'affection de la mère envers son enfant, soit la sensibilité de la mère et son investissement émotionnel face à son enfant, qui sont déterminants pour le développement de l'enfant, risquent alors d'être mis en

péril lorsque ces conditions s'additionnent (Jurgens, Levy-Rueff, Goffinet, Golse, & Beauquier-Macotta, 2010).

Afin de supporter les mères qui peuvent être aux prises avec ces défis, nous avons misé sur la création d'un programme dont les indicateurs favorisent la traversée de la période périnatale et l'adaptation des futures mères. Ces indicateurs, que l'on peut aussi considérer comme des facteurs de protection, comprennent : la santé mentale des mères, leur niveau de pleine conscience, la régulation émotionnelle, le sentiment de compétence parentale, le développement du lien d'affection de la mère envers son enfant, ainsi que le développement de l'enfant (Kingston et al., 2012; Kohlhoff & Barnett, 2013; Tarabulsky et al., 2008). Le caractère expérientiel de la pleine conscience permettrait à la mère d'être en contact avec ses émotions quelle que soit leur nature, au lieu de les éviter, de les reconnaître, puis de les accepter sans jugement et comme faisant partie inhérente de la période périnatale et de l'adaptation à la parentalité. En ce sens, la pratique de la pleine conscience pourrait prévenir la dépression dans un contexte prénatal, mais aussi favoriser le bien-être des femmes durant cette période.

#### **Programmes de prévention offerts aux femmes enceintes : état des connaissances et pertinence**

À l'international, plusieurs pays (Australie, France, Inde) ont mis en place des programmes, bien différents les uns des autres, aux plans de la forme et du contenu, pour soutenir les parents dans la période prénatale. Aux États-Unis, par exemple, plus d'une centaine de programmes ont été répertoriés par Lee, Knauer, Lee, Mac Eachern et

Garfield (2018). Ces programmes visent pour la plupart à transmettre de l'information de base sur la grossesse, l'accouchement et les soins aux bébés. Leur contenu se compare à celui des rencontres prénatales au Québec. Toujours sur la scène internationale, quelques programmes s'intéressent à la communication dans le couple, au développement de la coparentalité et offre des séances d'entraînement à la pleine conscience, mais ces derniers demeurent peu nombreux (Lee et al., 2018).

Au Québec, un seul programme s'intéresse à la prévention en cours de grossesse, soit celui mis en place par les Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2005). Ce programme s'inscrit dans une perspective de prévention indiquée (Gordon, 1983). Ce type de prévention vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés au problème visé et s'intéresse notamment aux facteurs de risque de l'individu.

Le programme SIPPE est offert aux familles à partir de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse jusqu'à l'entrée de l'enfant à l'école. Rappelons que les SIPPE ont été développés grâce à l'intégration de trois programmes déjà existants : « Grandir en santé », le « Programme de soutien aux jeunes parents » et le « Programme de Soutien éducatif précoce ». Les SIPPE sont sous-tendus par le modèle écologique de Bronfenbrenner (1986) qui met en évidence que le développement de l'enfant est influencé par de multiples facteurs reliés entre eux de façon complexe (Vanier & Toussaint-Lachance, 2009). Ce modèle vise à

démontrer qu'il est possible d'intervenir sur les familles, les communautés et sur l'environnement de manière plus globale.

Les SIPPE visent deux clientèles, soit les jeunes parents (mères de 19 ans et moins) et les familles en contexte de vulnérabilité, laquelle est définie par la sous scolarisation des mères (diplôme d'études secondaires non complété et revenu sous le seuil de la pauvreté). Les buts et objectifs du programme SIPPE s'inscrivent dans une perspective à long terme qui vise à : (1) diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et des problèmes sociaux; (2) optimiser le bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0-5 ans; (3) faire en sorte que la naissance et le développement des enfants soient intégrés dans un projet de vie positif pour les parents; et (4) renforcer le pouvoir d'action des familles et des communautés dans toutes les sphères de la vie.

L'accompagnement des familles est possible grâce à un suivi individualisé à domicile. La fréquence des visites est adaptée aux besoins de la famille, au stade de la grossesse et à l'âge de l'enfant. L'intervenant en suivi étroit avec la famille bénéficie de la supervision d'une équipe multidisciplinaire. Des activités de groupe sont offertes en complément au suivi individuel. De plus, la famille peut être dirigée vers les ressources de la communauté quand cela est pertinent.

Quant aux femmes enceintes qui ne satisfont pas les critères du programme SIPPE, sur la scène provinciale, il n'y a pas de ressource systématique pour les accompagner, à l'exception des rencontres d'informations prénatales, qui s'adressent aussi aux pères. Ces rencontres offrent de l'information et de l'enseignement sur la parentalité, la grossesse et l'accouchement, ainsi que sur les soins à prodiguer au bébé, mais sans s'attarder à l'état émotionnel des parents et à la prévention de la dépression et de l'anxiété.

Le programme développé dans le cadre de cette thèse et inspiré des interventions de pleine conscience en cours de grossesse, s'inscrit quant à lui dans une perspective de prévention sélective (Gordon, 1983). Ce type de prévention s'adresse à des sous-groupes de la population et met l'accent sur la promotion d'actions pouvant favoriser le bien-être de ces sous-groupes ciblés. La pertinence de cette intervention originale est appuyée empiriquement par : (1) la prédisposition chez les femmes enceintes à vivre de la détresse psychologique; (2) les résultats probants des revues systématiques, méta-analyses et études publiées jusqu'à maintenant dans ce domaine; (3) la disponibilité d'un manuel d'intervention sur la pleine conscience en période prénatale pour les cliniciens; (4) le manque de connaissances scientifiques sur les effets de l'entraînement à la pleine conscience en cours de grossesse sur l'adaptation à la parentalité, le développement du lien d'affection de la mère envers son enfant et le développement de l'enfant (Goodman et al., 2014; Luberto, Park, & Goodman, 2018; Miklowitz et al., 2015; Muzik, Hamilton,

Rosenblum, Waxler, & Hadi, 2012); ainsi que (5) par l'absence de soutien qui s'adresse spécifiquement aux futures mères de la communauté.

### **Pertinence de la pleine conscience au cours de la période prénatale**

Nous présenterons dans cette partie une brève définition de la pleine conscience, telle que nous la concevons dans le cadre de cette thèse. De plus, il sera question des bienfaits de cette approche pour les futures mères.

#### **Définition de la pleine conscience**

La pleine conscience constitue la pratique de base des différentes méditations bouddhistes. Elle est définie par Kabat-Zinn (2003) comme « un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie moment après moment » (p. 145).

Deux dimensions fondamentales de la pleine conscience, soit la régulation de l'attention et l'attitude de non-jugements, sont impliquées dans la pleine conscience (Germer, 2013). La première dimension fait référence à l'effort déployé pour maintenir son attention afin d'observer, avec ses cinq sens, les phénomènes internes et externes qui se déroulent dans le moment présent (Pérodeau & Devault, 2018). L'expérience présente fait référence tant aux stimuli sensorimoteurs, que cognitifs et émotionnels. La seconde dimension a trait à l'acceptation et à l'ouverture face à toutes les facettes de l'expérience qui se vit dans le moment présent, qu'elle soit positive ou négative (Hayes, Strosahl, &

Wilson, 1999). Pour Heeren et Philippot (2010), l'enjeu décisif de cette dimension consiste à entraîner l'attention à ne pas être orientée par les apparences ou le vécu passé en lien avec une expérience précise.

Les récentes études sur la pleine conscience interpersonnelle nous permettent de plus de mettre l'accent sur le fait que la pleine conscience est une présence à soi, mais aussi à l'autre. Cela appuie la pertinence de cette approche dans le développement du lien mère-enfant (Khoury, Dionne, & Grégoire, 2019).

Enfin, sept composantes attitudinales servent à cultiver la pleine conscience et pourraient favoriser le développement de la relation d'affection du parent envers son enfant : le non-jugement, la patience, la curiosité du débutant, la confiance, le non-effort, l'acceptation et le lâcher-prise. Bardacke et Duncan (2014), qui se sont intéressées à la mise sur pied d'interventions de pleine conscience en cours de grossesse, ajoutent à ces attitudes la bienveillance.

### **Pleine conscience : traits, mode de vie ou psychothérapie**

Pour certains auteurs, la pleine conscience peut être conceptualisée comme un ensemble de traits ou de prédispositions différents d'un individu à l'autre (André, 2010; Goodall, Trejnowska, & Darling, 2012). Les personnes prédisposées à la pleine conscience présenteraient à la base, sans entraînement spécifique, une meilleure attention et une plus grande métacognition de leurs états émotionnels que les personnes

qui n'y sont pas prédisposées. Plusieurs autres aspects seraient intrinsèquement associés aux aptitudes à la pleine conscience. Ils se résument à l'autocompassion, l'humanisme et le positivisme (Neff, 2015). Pour d'autres auteurs, la pleine conscience est décrite comme un mode de vie permettant de contrecarrer la vitesse à laquelle les choses se bousculent dans notre société (Fall, 2016; Ravier, 2012).

La pleine conscience peut aussi être considérée comme un programme de prévention de la dépression ou une forme de thérapie en soi où le travail de symptômes sera directement visé par l'enseignement formel de la pleine conscience (Pérodeau & Devault, 2018; Dimidjian, Goodman, Felder, Gallop, & Beck, 2016; Schroeter & Mangold, 2019; Segal, Teasdale, Williams, & Bondolfi, 2019). Dans le cadre de cette thèse, la pleine conscience est vue sous l'angle d'un programme de prévention prénatale qui, rappelons-le, s'adresse à des femmes de la communauté afin d'améliorer leur qualité de vie, mais qui peut aussi contribuer à la réduction de symptômes anxiodépressifs chez les participantes qui en ont rapporté au départ.

Les interventions de groupe manualisées basées sur les principes de la pleine conscience, telles que la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn, 1994) et la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Teasdale et al., 2002) se sont montrées empiriquement efficaces pour traiter l'anxiété, la dépression et la douleur chronique auprès de populations adultes (Dionne & Blais, 2014; Heeren & Philippot, 2010). Récemment, Duncan et Bardacke (2010) ont développé le programme

*Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP), s'adressant spécifiquement aux femmes enceintes, alors que Vieten (2016) a publié un ouvrage visant à soutenir la maternité en pleine conscience.

Les interventions de pleine conscience semblent présenter plusieurs avantages lorsqu'elles sont comparées à d'autres formes de thérapie, comme par exemple à un programme de relaxation ou à une intervention cognitivo-comportementale plus traditionnelle. D'abord, Roux, Deplus, Lahaye et Philippot (2017) expliquent comment, par définition, pleine conscience et relaxation se différencient. Ainsi, l'objectif principal de la relaxation vise la détente du corps et de l'esprit, tandis que la pleine conscience met l'accent sur le contact avec l'expérience telle qu'elle se présente dans l'ici et maintenant. Les techniques de relaxation influencent le sentiment de bien-être corporel et l'attention au corps à court terme, mais la pleine conscience conduirait de plus à une amélioration de l'attention, de la capacité de contrôle cognitif et à une diminution des comportements impulsifs. Une meilleure gestion des ruminations et de la fusion cognitive sont aussi possibles avec la pratique de la pleine conscience. Comme les parents s'engagent à long terme avec leur progéniture, il s'avère d'autant plus intéressant de leur offrir ces outils. Rappelons que les parents entraînés à la pleine conscience risquent d'avoir moins tendance à réagir de façon automatique à des pensées stressantes par des comportements inadaptés, ce qui ferait place à un éventail de choix plus large face à la réponse aux besoins de leur enfant.

De plus, contrairement aux approches de première et deuxième vague de la TCC, la pleine conscience permet de centrer le travail sur la reconnaissance et l'exploration active des émotions plutôt que sur la modification des cognitions et sur l'évitement expérientiel. Ce serait principalement cet évitement qui contribuerait à augmenter la souffrance (Heeren & Philippot, 2010). L'accouchement constitue un exemple probant concernant le fait que la douleur ne peut s'éviter, mais bien être acceptée et traversée.

### **Pleine conscience et parentalité**

La pleine conscience, en plus de rejoindre directement des enjeux centraux de la maternité, prédispose la mère à vivre pleinement cette étape de vie, chargée d'émotions positives, mais aussi de doutes, de tristesse et d'anxiété. Rappelons que plusieurs facteurs ont été identifiés comme ayant un impact sur le déroulement de la grossesse et le développement de l'enfant, et que les liens entre les facteurs de risque et de protection et le développement harmonieux de l'enfant, sont complexes. Cependant, en général, l'exposition à des facteurs de risque multiples est plus susceptible d'avoir des conséquences dommageables sur le développement de l'enfant, tandis que certains facteurs comme par exemple des pratiques parentales positives et le support social, pourront contribuer à neutraliser certains de ces risques. Les facteurs les plus étroitement liés à l'enfant, tels que les interactions parents-enfant, sont considérés comme les plus critiques (Landy & Tam, 1998).

Les récentes études portant sur la pleine conscience incarnée suggèrent que la pratique de la pleine conscience peut avoir des effets bénéfiques sur des aspects interpersonnels et sociaux pour les individus qui la pratiquent. Sous cet angle, il est permis de croire que la pleine conscience dispose les parents à se retrouver dans un état d'ouverture face à l'expérience et à la pratique de la parentalité (Khoury et al., 2019). Un haut niveau de pleine conscience et d'autocompassion chez un parent serait associé à un style parental caractérisé par le non-jugement et l'attention, et à moins de stress à l'égard de ses responsabilités parentales (Parent et al., 2016). De plus, l'enseignement de la pleine conscience aux parents permettrait d'accroître la qualité de leur lien avec leurs enfants (diminution des interactions négatives et augmentation des interactions positives) et de mieux les guider dans le développement de leur autonomie et de leur confiance en soi (Gannon, Mackenzie, Kaltenbach, & Abatemarco, 2017). L'augmentation des aptitudes à la pleine conscience chez les mères, plus spécifiquement, aurait aussi des impacts sur la diminution des comportements externalisés (agressivité) chez les enfants (Potharst, Aktar, Rexwinkel, Rigterink, & Bögels, 2017). Considérant ces impacts, la parentalité apparaît un terrain d'entraînement de choix pour cultiver la pleine conscience (Goodman, Greenland, & Siegel, 2012).

De plus, l'attention portée au corps pendant la grossesse, tout comme dans les approches de pleine conscience, supporte la pertinence d'intégrer ce type d'intervention dans un contexte périnatal (Desmecht & Achim, 2016). Ainsi, la pleine conscience enseigne à la mère comment : (1) ramener son attention au moment présent en utilisant

les sensations du corps pour s'ancrer dans la respiration et vaincre la peur; (2) accepter les contractions en portant son attention sur sa respiration, en prenant conscience de leur caractère non permanent et en profitant des pauses entre chacune d'elles (Bardacke & Duncan, 2014); et (3) mieux sentir les mouvements de son bébé pour ainsi se connecter à lui. Selon Ferry (2008), lorsque la mère s'arrête pour sentir son bébé bouger, ses pensées sont alors dirigées vers l'enfant à naître, lui permettant ainsi plus facilement de se connecter à lui. Cette ouverture et cette attention rejoignent directement les composantes attitudinales de la pleine conscience.

### **État des connaissances sur les approches de pleine conscience au cours de la période périnatale**

Même si l'étude des impacts des interventions axées sur la pleine conscience en cours de grossesse constitue un domaine de recherche récent et qui demeure à approfondir, de plus en plus de chercheurs considèrent cette approche comme une intervention prometteuse dans un contexte de périnatalité. Ainsi, les revues systématiques (Matvienko-Sikar et al., 2016; Shi & MacBeth, 2017), méta-analyses (Dhillon et al., 2017; Taylor et al., 2016) et revue de littérature (Badker & Misri, 2017) publiées jusqu'à maintenant démontrent des bénéfices des interventions de pleine conscience en cours de grossesse sur la diminution de l'anxiété, de la dépression et du stress et sur l'augmentation du niveau de pleine conscience, avec des tailles d'effet qui varient de petites à moyennes. Les interventions qui s'approchent le plus des méthodes classiques, soit de la MBCT et de la MBSR, apparaissent apporter des résultats plus probants. Toutefois, à ce jour, aucune revue systématique ou méta-analyse portant sur

l'efficacité des interventions de pleine conscience en cours de grossesse n'a été publiée en langue française. De plus, plusieurs articles scientifiques récents ne sont pas inclus dans ces recensions d'écrits. Rappelons enfin, le grand manque de connaissances en ce qui concerne les impacts de ce type d'intervention sur l'adaptation à la parentalité et le développement de l'enfant.

### **Programme : Vivre sa grossesse sereinement : ateliers de pleine conscience pour les mamans**

Le programme original développé dans le cadre de cette étude est composé de huit ateliers de pleine conscience, s'adressant spécifiquement aux femmes enceintes. Le contenu est inspiré de Deplus, Philippot et Lahaye (2014), Hayes et al. (1999), Kabat-Zinn (1994) ainsi que de Teasdale et al., (2002). Les travaux de Dewulf (2012), Dumas et Cyrulnik (2012) et Snel et van Rillaer (2012) ont aussi guidé le développement de cette intervention. Le volet didactique portant sur la grossesse, l'accouchement et la théorie entourant la pleine conscience a été orienté par le travail de Bardacke et Duncan (2014) et Vieten (2016).

### **Objectifs des ateliers**

Les principaux objectifs des ateliers de pleine conscience présentés dans le dépliant explicatif destiné aux mères (voir Appendice A) sont :

- de pratiquer de brèves méditations de pleine conscience afin de trouver de la tranquillité dans les journées parfois chargées;
- de profiter du moment présent;

- de prendre conscience de nos pensées, émotions et sensations corporelles et de leurs influences sur nos attitudes et choix de vie;
- d'accueillir et d'apprendre à gérer toutes les émotions afin qu'elles ne nous dominent plus;
- d'apprendre à lâcher prise;
- de développer une attitude d'ouverture et de curiosité face à l'expérience d'être parent;
- de développer de la patience, de la compassion face à nous-mêmes et notre enfant;
- d'être calme et disponible pour bien lire les besoins du bébé et y répondre adéquatement.

### **Description du contenu et fonctionnement des ateliers**

Le contenu détaillé des huit séances se présente comme décrit ci-après.

**Séance 1 : Le pilote automatique.** Après l'accueil des mamans, l'objectif général des ateliers est présenté brièvement. Il consiste à faire découvrir aux participantes diverses expériences dans le moment présent, afin de les aider à gérer les difficultés rencontrées et plus particulièrement à leur enseigner de nouveaux outils de gestion de leur anxiété. Par la suite, la présentation plus formelle du cadre des ateliers a lieu (nombre de rencontres, durée, fréquence, modalités d'interventions). Le concept des exercices à faire chez soi est expliqué. Afin de faciliter le suivi hebdomadaire des

exercices à mettre en pratique à la maison, une pochette où les participantes peuvent conserver la fiche explicative de chaque exercice et y consigner leur expérience par écrit leur est remise. De plus, un rappel sur les pratiques à faire à la maison est réalisé par courriel hebdomadairement. La confidentialité dans le groupe est abordée avec toute son importance. Quatre autres activités sont réalisées au cours de cette première séance. D'abord, nous travaillons ensemble à déterminer les règles du groupe qui doivent faire consensus. Elles sont inscrites sur une grande affiche toujours visible lors des séances. Il en est de même pour les présences. Au début de chaque atelier, les mères et l'animatrice doivent marquer leur présence, témoignant ainsi de leur participation active dans le groupe.

Dans un deuxième temps, les participantes et l'animatrice doivent se présenter. Chaque participante est invitée à feuilleter des magazines afin de trouver une image qui la représente, la découper, puis s'en servir pour se présenter au groupe à tour de rôle.

La troisième activité consiste à formuler par écrit leurs attentes par rapport au programme, soit ce qu'elles souhaitent voir évoluer, changer ou disparaître chez elles. Elles doivent inscrire ces attentes sur un morceau de papier qu'elles placeront dans un œuf en plastique que nous ouvrirons ensemble au dernier atelier. Elles pourront ainsi relire ce qu'elles y ont écrit et réfléchir à l'atteinte de leur objectif personnel.

Enfin, une première expérience de pleine conscience (le maïs soufflé qui remplace ici l'exercice du raisin sec) et un petit exercice (la photo que l'on peut voir de deux façons) permettront un partage sur les notions de pilote automatique versus pleine conscience. La discussion s'ouvre sur l'idée que d'accorder de l'attention modifie l'expérience et l'enrichit et sur l'attitude du débutant : être curieuse et ouverte, être attentive au moment présent, profiter au maximum des moments positifs, ainsi que trouver de nouvelles façons d'affronter les moments négatifs. Nous animons cet atelier et tous les autres de telle sorte que des liens puissent se faire entre le contenu de chaque atelier, la grossesse, l'accouchement et la parentalité (Bardacke, 2012; Vieten, 2016).

Mentionnons que le partage après chacune des activités réalisées est guidé par trois principales questions (Formation ACT; Rose & St-Amand, 2015) :

- (1) Quelle a été ton expérience?
- (2) En quoi cela est-il différent de ton expérience habituelle (en quoi cela enrichit-il ton expérience)?
- (3) Quel rapport cette expérience a-t-elle avec l'attente ou l'objectif que tu as déposé dans ton œuf ou avec ce que tu viens chercher dans ce groupe.

**Séance 2 : Donner de l'attention au corps.** La prise de conscience du corps constitue l'intérêt principal de la deuxième séance et passe par deux exercices principaux. Le premier exercice, soit le *Balayage corporel*, vise à développer la concentration et à apprendre à déplacer son attention sur son corps avec souplesse, tout

en se rendant compte de ce qui se passe dans le corps. Cet exercice n'a pas pour but d'amener un état de relaxation, mais si cela se produit tant mieux. Il est suivi du partage en groupe, comme après toutes les activités proposées. Des liens sont faits avec les nouvelles sensations corporelles agréables et désagréables qui viennent avec la grossesse et risquent de se produire avec l'accouchement, et la gestion et l'acceptation de ce qui se vit dans le corps, sans jugement.

Le second exercice, *Marcher en pleine conscience*, vise une prise de conscience des sensations corporelles en mouvements. Nous regardons alors comment il est possible de : marcher sans aller quelque part; garder son attention sur le moment présent; faire de la pleine conscience en mouvements; introduire la pleine conscience dans la vie quotidienne; prendre conscience des sensations corporelles et s'ancrer/s'enraciner dans le présent, surtout pour celles qui se sentent agitées et incapables de s'arrêter.

**Séance 3 : S'arrêter et respirer.** La troisième séance vise à développer la capacité à méditer sur la respiration. La respiration consciente est l'outil majeur qui guide d'abord un mouvement de recul, pour permettre à la maman de choisir délibérément un nombre croissant de ses expériences au lieu de laisser guider par ses automatismes. La respiration amène ensuite un mouvement vers l'avant pour aider la maman à agir consciemment plus souvent. Nous regardons plus en détail comment à l'accouchement, l'entraînement à cette compétence est essentiel ainsi que les différentes fonctions de la

respiration, dont les plus importantes sont de s'enraciner dans le moment présent, de reprendre le contrôle et de passer à travers la douleur.

Comme nous respirons la plupart du temps sans penser à ce que nous faisons, des exercices plus actifs pour prendre conscience de la respiration sont aussi réalisés : souffler dans une paille afin de créer en groupe une toile abstraite avec de la peinture par le contrôle de la respiration, faire des exercices ludiques en mouvements (échanges rapides d'un ballon), afin de garder le contact avec la respiration. Le partage suit chacune de ces activités et est en lien direct avec le vécu des mamans pendant les exercices proposés.

**Séance 4 : Accueillir l'émotion.** Les objectifs de la quatrième séance sont d'élargir l'attention au corps et de prendre conscience des jugements automatiques, attentes, comparaisons et réactions d'attachements et d'aversion. Les deux types de réactions automatiques qui éloignent de l'expérience présente sont l'aversion et l'attachement. Il est donc important d'entraîner l'attention non réactive pour s'inscrire dans l'ici et maintenant. Après la consolidation de la respiration en pleine conscience et du Balayage corporel guidé (métaphore de l'arbre), nous travaillons les objectifs de cette séance avec les exercices suivants :

- (1) La clochette de la pleine conscience, qui sera introduite pendant cette séance.

La thérapeute pourra l'agiter à n'importe quel moment dans la séance et les

séances suivantes, afin d'inviter les participantes à adopter chaque fois, une posture droite, et prendre en pleine conscience, trois respirations sans bouger.

- (2) Un exercice de Yoga (la chaise) qui permettra de voir comment le corps peut tolérer des positions inconfortables. Des liens seront faits entre cette capacité de tolérer certaines choses dans son corps et la possibilité de tolérer aussi les émotions et sensations plus difficiles, tant pendant la grossesse, qu'à l'accouchement et dans l'expérience de la parentalité.

**Séance 5 : Ne pas faire ce que l'émotion me dit de faire.** La cinquième séance permet aux mères de s'entraîner à accueillir ce qui arrive, sans jugement et à inhiber les réactions automatiques. Pour ce faire, nous utiliserons les activités suivantes : la méditation sur les sons et la métaphore « Ma cabane dans l'arbre » (Tremblay, 2015a) inspiré du poème La maison d'hôtes (Rûmi, n.d.). Rappelons que la clochette de la pleine conscience peut être agitée en tout temps.

Les participantes seront par la suite invitées à identifier une pensée ou une émotion négative et à l'illustrer en la personnifiant, comme si elles devaient dessiner leur petit monstre intérieur. Cette pensée, mise sur papier, pourra prendre la forme d'un personnage, d'un animal, etc. Elles devront aussi lui donner un nom. L'objectif ici est que les mères se montrent plus enclines à identifier le petit monstre qui les pousse sans cesse à avoir des réactions automatiques, puis à s'arrêter et à respirer pour réfléchir à l'action à poser lorsqu'elles prennent conscience de la présence de ce petit monstre.

Dans le but de travailler de façon encore plus pointue l'inhibition des réactions automatiques, deux jeux seront réalisés. Le premier visant le travail de l'inhibition motrice (Statue ou Jean dit) et le second, l'inhibition cognitive : Jeu de société Jungle speed.

**Séance 6 : Prendre de la distance par rapport aux pensées.** L'objectif principal de la sixième séance est de changer sa relation face aux pensées, en s'attardant davantage au processus qu'au contenu. En plus du retour sur les tâches à domicile, comme à toutes les séances, et d'un sujet de réflexion tiré de la série Harry Potter (la pensine), la séance s'ouvrira sur une mise en situation concrète visant à déstabiliser les participantes (l'infirmière qui doit venir leur donner des informations importantes pour leur accouchement est en retard. Les pensées de l'animatrice deviennent de plus en plus intenses, personnalisées et disproportionnées quant à cette situation et elle régule de moins en moins bien ses émotions). Le partage portant sur cet expérientiel, suivi d'un exercice de méditation sur les pensées (Le train; Dewulf, 2012), permettra d'ouvrir la discussion sur les éléments suivants et de voir qu'il est important d'entraîner :

- La méta-awareness : conscience des pensées
- la décentration cognitive : compréhension des pensées comme des événements et non comme des faits
- le détachement attentionnel : l'attention est flexible et non ancrée sur un événement
- l'observation des émotions et des pensées et leur acceptation

**Séance 7 : Avancer vers ce qui est important pour moi.** L'objectif principal de cet atelier est de réfléchir à la manière de développer et de consolider ce qui est important pour chacune des participantes par le biais d'une activité principale portant sur les valeurs : Maman de l'année (Inspiration du Diner d'honneur; Deplus et al., 2014). La séance débute par la méditation avec la métaphore de la marche sur un fil de fer, visant la consolidation du travail sur l'acceptation des émotions et l'amorce du travail de la confiance en soi, suivi du partage. Une discussion sur les valeurs avec des exemples concrets et personnels pour chaque participante est par la suite réalisée. Enfin, les participantes doivent s'imaginer qu'un an après la naissance de leur enfant, une fête est organisée, afin de les couronner, maman de l'année. Des personnes qui les ont côtoyées au cours de la dernière année, dans chacun des domaines de leur vie et qui sont importantes pour elles sont présentes pour faire un discours sur leurs aptitudes de mamans. Que voudraient-elles que ces gens disent d'elles, sincèrement? C'est ainsi qu'après l'identification de leurs valeurs, nous mettons en scène concrètement cet événement.

**Séance 8: Agir et se dire au revoir.** Les principaux objectifs de cette séance sont d'en arriver à des actions concrètes et réfléchies qui vont dans le sens des valeurs personnelles et de réfléchir à la place de la pleine conscience au quotidien. Ils seront atteints par quatre exercices principaux, en plus d'une méditation sur un caillou, qui ouvrira la séance. Cette méditation a pour but de revisiter l'expérience de la première séance avec le maïs soufflé, mais sous un angle nouveau. L'animatrice explique aux

mères qu'à partir de maintenant, ce caillou constituera un objet de rappel qu'elles pourront garder près d'elles (p. ex., dans une poche de leur manteau). Il leur servira lorsqu'elles auront besoin de se rappeler les attitudes de pleine conscience développées dans les ateliers.

**Activité 1:** Une journée « type ». Ce que vous faites dans votre journée est-il en accord avec vos valeurs.

- Notez les actions d'une journée typique de votre rôle de maman (un jour de semaine par exemple en compagnie de votre bébé)
- Divisez la liste selon que ces actions correspondent à vos valeurs ou non
- Réfléchissez à qu'est-ce qui vous empêche parfois d'avancer vers ce qui est important pour vous?
- Explorez comment faire pour progresser davantage vers ce qui est important pour vous comme maman?

**Activité 2.** Construction du signet du rappel à la pleine conscience au quotidien dont les lettres ABC, visent à intégrer l'importance de : s'arrêter (A = Arrête), bien respirer (B = bonnes respirations) et choisir les actions à entreprendre en évitant les automatismes (C = Choisir), surtout dans une situation émotive et relationnelle difficile avec leur enfant.

*Activité 3.* Explorer à l'aide d'un tableau les stratégies d'acceptation et d'évitement qui font partie de leur quotidien et la place des outils de pleine conscience alors que nous sommes en fin de parcours.

*Activité 4.* Une discussion sur le programme par le biais du questionnaire de satisfaction et d'un retour sur les attentes (œufs) sera aussi réalisée. Une murale géante sera construite par les participantes et l'animatrice, qui choisiront dans un magazine, une image symbolisant ce qu'elles ont vécu d'unique comme expérience dans le groupe. Elles ajouteront à cette image un petit mot témoignant d'une réflexion personnelle sur leur expérience. Nous terminerons cette séance par une collation-plaisir dégustée en pleine conscience!

La création de ce programme avait laissé place à des rencontres de relance, mais qui n'ont pas eu lieu dans le cadre du projet de recherche. Trois rencontres avaient été conçues sous le thème du mystère du Triangle des Bermudes (Tremblay, 2015b). Dans ce qui était prévu, la légende entourant le triangle des Bermudes était brièvement expliquée aux participantes pour ensuite faire des liens sur comment elles peuvent se perdre (comme les bateaux qui parcourent cette région du monde), si elles ne prennent pas le temps de regarder ce qui se passe dans ce triangle aux trois composantes principales : les émotions, le corps et les pensées, lorsqu'elles font face, par exemple, à une situation difficile.

*Première rencontre de relance : Les pensées.* Il s'agit de réaliser avec les participantes un exercice pour reconsolider le travail sur les pensées et la pleine conscience (les bulles que nous soufflons et laissons passer), suivi d'un partage sur l'expérience et d'un retour sur ce qui a été vu précédemment.

*Deuxième rencontre de relance : Le corps.* Un balayage corporel sera refait ainsi qu'un retour sur les messages du corps, l'accueil et l'acceptation de sensations, autant celles plus difficiles que celles qui sont plus plaisantes.

*Troisième rencontre de relance : Les émotions.* Dans cet atelier, il est question d'explorer à nouveau la régulation des émotions (événements en lien avec la grossesse, l'accouchement) avec les outils de la pleine conscience, sous forme d'improvisations portant sur les thèmes dans les ateliers 1 à 8.

### **Objectif de la thèse, hypothèses et considérations méthodologiques**

Cette section présente d'abord l'objectif principal de la thèse ainsi que les hypothèses spécifiques qui en découlent. Les considérations méthodologiques des deux articles rédigés sont par la suite discutées.

L'objectif principal de cette thèse est de mesurer les effets des interventions de pleine conscience sur le niveau de pleine conscience des mères, leur détresse psychologique, l'adaptation à la parentalité et le développement de l'enfant. Comme

démonstré, les études récentes obtiennent des résultats concluants, mais permettent de faire le constat qu'il manque de connaissances lorsqu'il est question des impacts de la pleine conscience sur l'adaptation à la parentalité et le développement de l'enfant. De plus, aucune revue systématique n'a été publiée pour la communauté francophone et plusieurs publications récentes ne sont pas incluses dans les recensions existantes. La poursuite de cet objectif principal a d'abord été réalisée par le biais d'une revue systématique et méta-analyse francophone, couvrant la période qui s'étale de 1980 à 2020 et qui comporte 32 articles.

Certaines autres considérations méthodologiques ont conduit au choix d'une méta-analyse comme premier article. Par comparaison à la revue narrative traditionnelle, la méta-analyse permet de synthétiser les preuves scientifiques en répondant à une question de recherche de façon systématique, explicite et reproductible, tel que le stipulent les critères de rédaction des revues systématiques de littérature de l'Institut national d'excellence en santé et en service sociaux (INESS, 2013). La question de recherche a ainsi été précisée sur la base de l'acronyme PICO, soit patient, intervention, comparaison et *outcome* (Baudouin, 2012). Il a alors été possible de tirer des conclusions significatives, sous forme de taille d'effet ( $d$  de Cohen), à partir de l'ensemble des données publiées.

En ce qui concerne le second volet de cette thèse, soit la recherche clinique, l'objectif principal s'est décliné en quatre hypothèses. Les deux premières hypothèses

stipulent que les participantes du groupe expérimental présenteront une plus grande augmentation de leur niveau de pleine conscience et une plus grande diminution de leur niveau de détresse psychologique entre le T1 et le T2 et entre le T1 et le T3 que les participantes du groupe contrôle. L'hypothèse suivante énonce que les participantes du groupe expérimental démontreront une amélioration de leur adaptation à la parentalité (régulation émotionnelle) entre le T1 et le T2 et entre le T1 et le T3 que les mères du groupe contrôle. Quant à la quatrième hypothèse, elle suppose que le niveau de pleine conscience au T3 jouera un rôle médiateur entre la participation à l'intervention et (1) la qualité du lien d'affection de la mère envers son enfant; (2) le sentiment de compétence parentale; et (3) le développement de l'enfant à 4 mois de vie.

Quant à la méthodologie de ce second article, 63 femmes enceintes entre 12 et 18 semaines ont été recrutées et assignées dans le groupe contrôle ou expérimental (voir Appendice B). Le choix d'un devis quasi expérimental, avec groupe contrôle non randomisé, est d'abord éthique, car il répond au besoin de services des femmes enceintes qui se sont retournées vers les ateliers de pleine conscience pour vivre leur grossesse plus sereinement. La disponibilité des participantes pour intégrer un des cinq groupes au moment où il était offert et la durée de la grossesse allaient aussi dans le sens du choix de ce type de devis. Des biais de sélection, par exemple la motivation des participantes, sont certes possibles, mais nous avons tenu à ce que nos deux groupes proviennent de la même région et soient recrutés dans la période prévue, soit entre septembre 2016 et septembre 2018. L'équivalence des groupes a aussi été statistiquement validée.

Le premier article a permis d'explorer la taille des échantillons privilégiés par les chercheurs dans le domaine et les limites à ce sujet. Mentionnons que sur les 32 études répertoriées, plus de la moitié ( $k=19$ ) avaient moins de 50 participantes. Afin de déterminer la taille de l'échantillon requise dans le cadre de notre étude, les tailles d'effet ont été estimées à partir de notre méta-analyse. Les  $d$  de Cohen obtenus pour la détresse psychologique et la pleine conscience étaient respectivement de 0,59 et de 0,63. Une analyse de puissance a priori à l'aide du logiciel G Power 3.1 a indiqué qu'afin d'obtenir une puissance de 80 %, un minimum de 28 participantes était nécessaire dans le but de détecter des tailles d'effet similaires à celles de notre méta-analyse au seuil de signification  $p < 0,05$ . Enfin, la réalité-terrain discutée avec les intervenantes en périnatalité du Centre intégré des services de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent a finalement permis de confirmer ce qui était raisonnable et possible comme recrutement en région (Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata et Les Basques : 682 naissances entre 2015 et 2016).

Les mesures ont été collectées en trois temps pour les deux groupes: une semaine avant l'intervention, dans la semaine qui a suivi l'intervention et quatre mois après la naissance du bébé. Les échelles sélectionnées sont disponibles en Appendices (C à L). Ces questionnaires ont été choisis spécifiquement parce qu'ils ont fait leurs preuves pour mesurer les indicateurs ciblés en cours de grossesse. Il a été validé que ces échelles possédaient de bonnes propriétés psychométriques (voir section Méthode des articles 1 et 2).

L'analyse de variance multivariée est apparue comme la meilleure option statistique afin de répondre aux trois premières hypothèses de recherche qui se résument à la présence ou non de différences statistiquement significatives sur les variables mesurées entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en fonction du temps de mesure. Cette analyse a permis de mesurer l'effet groupe, l'effet temps ainsi que l'effet d'interaction (Alain, 2009). Dans notre étude, nos participantes sont toutes mesurées sur le Facteur B (temps), mais ne recevront qu'un seul niveau du facteur A (intervention). Il s'agit donc d'un plan de recherche de type 2 par 3 avec mesures répétées sur le dernier facteur.

Afin d'adresser la quatrième hypothèse, des analyses acheminatoires ont été réalisées, suite à des analyses de corrélations permettant de détecter des variables potentiellement confondantes. Précisons que cette approche statistique utilise la régression linéaire multiple pour explorer les liens entre les différentes variables d'un modèle, qui doit compter au minimum une variable dépendante (VD) et peut être constitué de plusieurs variables indépendantes (VI). L'analyse acheminoire possède plusieurs caractéristiques pouvant enrichir les analyses initiales. Entre autres, cette analyse permet la construction d'un modèle sous forme de diagramme, dans lequel la réalité à l'étude peut être représentée sous forme de relations, assurant ainsi une bonne compréhension des variables qui peuvent contribuer à expliquer plus précisément l'efficacité de l'intervention.

### **Présentation des articles**

Le premier article est une revue systématique et méta-analyse qui porte sur l'efficacité des interventions de pleine conscience dans un contexte de périnatalité. En lien avec la littérature scientifique consultée et les limites identifiées dans ces études, quatre indicateurs principaux ont été ciblés pour cette méta-analyse : (1) la détresse psychologique des mères; (2) le niveau de pleine conscience; (3) l'adaptation à la parentalité (régulation des émotions, sentiment de compétences parentales, développement du lien d'affection mère-enfant); et (4) le développement du bébé. C'est donc dans cette suite logique que s'inscrit le second article qui répond aux limites identifiées et aux besoins de services s'adressant spécifiquement aux femmes enceintes.

## **Chapitre 1**

Article 1. L'efficacité des interventions inspirées de la pleine conscience sur la diminution de la détresse psychologique, l'augmentation des aptitudes à la pleine conscience et l'adaptation à la parentalité auprès des femmes enceintes: revue systématique et méta-analyse

**L'efficacité des interventions inspirées de la pleine conscience sur la  
diminution de la détresse psychologique, l'augmentation des aptitudes  
à la pleine conscience et l'adaptation à la parentalité auprès des  
femmes enceintes : revue systématique et méta-analyse**

Marie-Josée Tremblay, M.Ps.

Psychologue

*Service de pédopsychiatrie, Centre intégré de la santé et des services sociaux du*

*Bas-St-Laurent*

75, Saint-Henri, Rivière-du-Loup, Québec, G5R 5A4

Tél. : 418 868-1010 poste 2479

Courriel : [marie-josee.tremblay@uqtr.ca](mailto:marie-josee.tremblay@uqtr.ca)

Nicolas Berthelot, Ph. D.

Professeur titulaire

*Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières*

3351, boulevard des Forges

Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7

Tél. : 819-376-5011 poste 3487

Courriel : [nicolas.berthelot@uqtr.ca](mailto:nicolas.berthelot@uqtr.ca)

### Résumé

Cette revue systématique et méta-analyse s'intéresse à l'effet des interventions de pleine conscience offertes en cours de grossesse sur la détresse psychologique, la pleine conscience et l'adaptation à la parentalité. Trente-deux articles ont été répertoriés dans quatre bases de données, incluant la littérature grise. Cette synthèse confirme que les interventions de pleine conscience au cours de la période prénatale sont associées à une diminution des symptômes anxieux et dépressifs et à une augmentation du niveau de pleine conscience. De futures études sont nécessaires afin d'évaluer les effets de la pleine conscience sur l'adaptation à la parentalité et le développement de l'enfant.

**Mots clés :** pleine conscience, grossesse, mère, anxiété, dépression, détresse psychologique, parentalité.

### **Abstract**

This systematic review and meta-analysis examines the effect of mindfulness interventions offered during pregnancy on psychological distress, mindfulness, and parenting adjustment. Thirty-two articles were listed in four databases, including gray literature. This review confirms that mindfulness interventions during the prenatal period are associated with a decrease in anxiety and depressive symptoms and an increase in the level of mindfulness. Future studies are needed to assess the effects of mindfulness on parenting adjustment and child development.

**Keywords:** mindfulness, pregnancy, mother, anxiety, depression, psychological distress, parenting

L'attente d'un enfant est une période d'opportunités, mais aussi de fébrilité. Les nombreux bouleversements biologiques, sociaux, professionnels et psychologiques associés à la grossesse font également de cette période de transition, une source potentielle de stress conduisant à une plus grande vulnérabilité (Lagadec et al., 2018; Shi & MacBeth, 2017). Cette vulnérabilité accrue peut s'exprimer sous la forme de symptômes psychologiques (symptômes anxieux et dépressifs), de doutes ou de difficultés dans la régulation des émotions. À leur tour, ces fragilités risquent d'avoir un impact sur des enjeux importants associés à l'adaptation à la parentalité, soit le sentiment de compétence parentale, la qualité de l'investissement maternel et le développement de l'enfant (Berthelot, Lemieux, Garon-Bissonnette, & Muzik, 2020; Madigan, Racine et al., 2018).

Selon Furtado, Chow, Owais, Frey et van Lieshout (2018), 20 % des femmes satisfont les critères diagnostiques d'un trouble anxieux pendant leur grossesse. Quant à la dépression prénatale, Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford et Harris (2017), dans une récente méta-analyse, avancent une prévalence de 12,95 %. Comme l'anxiété et la dépression maternelles sont associées à des risques néonataux et développementaux pour l'enfant et qu'elles peuvent aussi affecter la relation mère-enfant, il s'avère critique de mieux soutenir la santé des femmes en cours de grossesse (Deans, 2020; Flowers, McGillivray, Galbally, & Lewis, 2018; Furtado et al., 2018; Madigan, Oatley et al., 2018). La pleine conscience pourrait s'avérer en ce sens une approche prometteuse (Duncan & Shaddix, 2015; Shi & MacBeth, 2017; Vieten, 2009).

La pleine conscience constitue la pratique de base des différentes méditations bouddhistes. Elle est définie par Kabat-Zinn (2003, p. 145) comme « un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention de manière intentionnelle, au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie moment après moment ». Sept composantes attitudinales servent à cultiver la pleine conscience et pourraient favoriser l'adaptation lors de la période périnatale et le développement de la relation parent-enfant : le non-jugement, la patience, la curiosité du débutant, la confiance, le non-effort, l'acceptation et le lâcher-prise. Bardacke et Duncan (2014) ajoutent à ces attitudes, la bienveillance. Celle-ci apparaît plus spécifiquement en lien avec la pleine conscience incarnée. Le concept de pleine conscience incarnée est le fruit de récentes études portant sur le dénominateur commun aux approches de pleine conscience bouddhiste et occidentale. Elle s'explique par l'idée que la conscience est toujours incarnée, soit indissociable du corps et du contexte (Khoury, Dionne, & Grégoire, 2019). Dans cet ordre d'idées, la pleine conscience s'imbrique dans une expérience sensorielle, laquelle se lie à un contexte historique, biologique, culturel et psychologique. Ces enchevêtrements impliquent que les aspects interpersonnels et sociaux de la pleine conscience soient considérés, tout comme dans la pratique des interventions de pleine conscience dans le contexte de la grossesse et de la transition à la parentalité.

Les interventions de groupe manualisées basées sur les principes de la pleine conscience, telles que les méthodes *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR;

Kabat-Zinn, 2003) et *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Teasdale et al., 2000) se sont montrées empiriquement efficaces pour traiter l'anxiété, la dépression et la douleur chronique auprès de populations adultes (Dionne, Blais, & Monestes, 2013; Heeren & Philippot, 2010). Récemment, les thérapies axées sur la pleine conscience, inspirées de ces approches, ont été expérimentées auprès des femmes enceintes. Par exemple, Duncan et Bardacke (2010) ont développé le programme *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP), s'adressant spécifiquement aux femmes enceintes, alors que Vieten (2016) a publié un ouvrage visant à soutenir la maternité en pleine conscience.

À ce jour, deux revues systématiques (Matvienko-Sikar, Lee, Murphy, & Murphy, 2016; Shi & MacBeth, 2017), deux méta-analyses (Dhillon, Sparkes, & Duarte, 2017; Taylor, Cavanagh, & Strauss, 2016), ainsi qu'une revue de littérature (Badker & Misri, 2017) ont été publiées. Ces écrits démontrent des bénéfices potentiels liés aux interventions de pleine conscience sur la diminution de l'anxiété, de la dépression et du stress et sur l'augmentation du niveau de pleine conscience. La revue systématique de Taylor et al. (2016) ne retrouve toutefois pas d'effet significatif des interventions de pleine conscience au cours de la période prénatale sur ces indicateurs lorsque les auteurs comparent les groupes expérimental et contrôle. En résumé, les tailles d'effet des interventions de pleine conscience sur les symptômes psychologiques seraient de petites à moyennes. Les effets des ateliers de pleine conscience sur l'augmentation de l'autocompassion et du sentiment d'autoefficacité maternelle seraient aussi confirmés

dans les résultats de la méta-analyse de Matvienko-Sikar et al. (2016). À ce jour, aucune revue systématique ou méta-analyse sur l'efficacité des interventions de pleine conscience en cours de grossesse n'a été publiée en langue française et n'inclut les articles francophones. De plus, plusieurs articles scientifiques ont été publiés sur le sujet au cours des quatre dernières années. Le but principal de cet article est de conduire une revue systématique et une méta-analyse francophone portant sur l'efficacité des interventions de pleine conscience à diminuer la détresse psychologique en cours de grossesse, à augmenter les aptitudes à la pleine conscience et à favoriser l'adaptation psychologique à l'arrivée de l'enfant.

### **Méthode**

Quatre bases de données électroniques incluant la littérature grise, afin de réduire les biais de publication, ont servi à réaliser cette méta-analyse (voir Figure 1). La revue bibliographique englobe les articles scientifiques s'intéressant aux interventions de pleine conscience dans un contexte de périnatalité pour la période qui s'étale entre 1980 et 2020. Les mots-clés « “Mindful\* OR MBCT OR MBSR et Perinatal OR Postnatal OR “Early Intervention” OR Obstetric\* OR Neonatal Or Infant\* OR Infancy OR Pregnant OR Antenatal » ont été utilisés. À la suite de cette première étape, 2335 articles ont été ciblés. D'autres sources, soit Google Scholar et la liste des références des articles sélectionnés pour la revue systématique, ont permis d'identifier 147 articles supplémentaires.

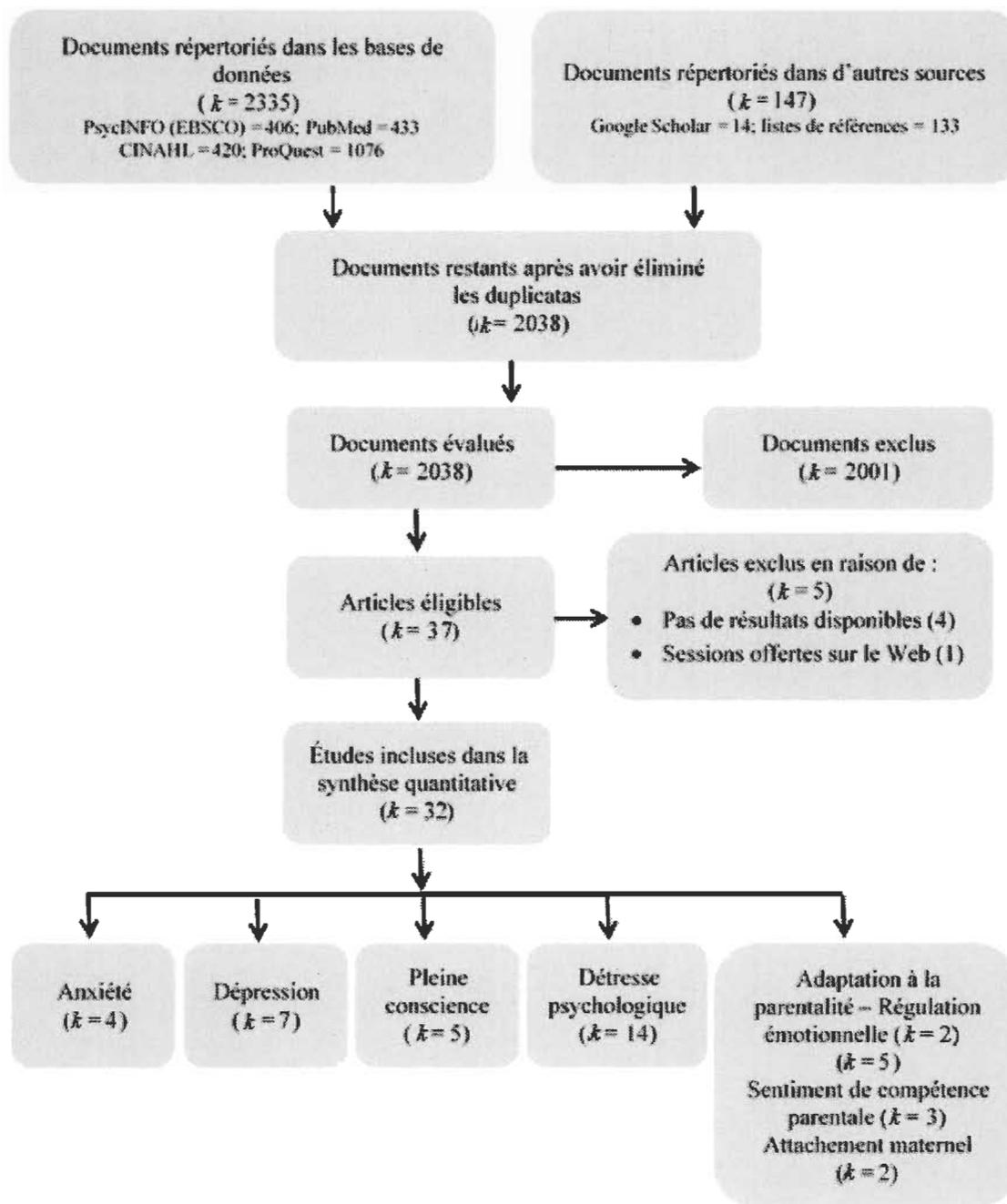


Figure 1. Diagramme de flux : processus d'identification et de sélection des études.

Le titre et le résumé de tous ces articles ont été examinés systématiquement afin de ne conserver que ceux répondant aux critères d'inclusion suivants pour la revue systématique : (1) interventions de pleine conscience auprès de femmes enceintes de

types MBSR, MBCT, MBCP ou qui se sont inspirées de ces approches, avec ou sans yoga; (2) études quantitatives avec et sans groupe contrôle; (3) devis expérimentaux ou quasi expérimentaux; (4) instruments de mesure validés pour un ou plusieurs des quatre indicateurs retenus : la dépression, l'anxiété, la pleine conscience et l'adaptation à la parentalité (définis comme via le sentiment de compétence parentale, la régulation des émotions, la qualité du lien mère-enfant et développement de l'enfant); (5) collecte de données en pré et post-intervention; (6) échantillons de femmes enceintes de la population générale ou présentant des particularités sur le plan de la santé physique ou mentale; (7) études publiées en anglais ou en français; et (8) publications dans une revue avec évaluation par les pairs ou littérature grise. Les critères d'exclusion sont les suivants : (1) histoires de cas sans mesure objective; (2) interventions axées uniquement sur le yoga ou sur la thérapie d'acceptation et d'engagement ou toute autre approche qui ne s'inspire pas de la MBSR ou de la MBCT; (3) sessions offertes sur le Web; (4) résultats partagés seulement sous forme d'affiches ou de conférences; et (5) études en cours et non complétées. Les auteurs dont les données n'étaient pas disponibles ont été contactés par courriel.

À la suite de cette étape, 32 articles ont été sélectionnés dans le cadre de la revue systématique. Vingt et un d'entre eux ont été inclus dans la méta-analyse, sur la base des critères suivants : (1) disponibilité des moyennes, des écarts-types et du nombre de participantes extraits en post-intervention pour les études expérimentales et quasi expérimentales; (2) informations sur la taille de l'échantillon, la valeur  $p$  provenant d'un

test  $t$  pairé et la direction de l'effet pour les études sans groupe contrôle; et (3) un minimum de quatre études qui ont mesuré le même indicateur. La méta-analyse a été réalisée avec le logiciel Comprehensive Meta Analysis (version 2.2.057) qui permet notamment de rapporter les résultats en taille d'effet ( $d$  de Cohen).

La première série d'analyses porte sur la détresse psychologique (anxiété, dépression) des femmes enceintes. Elle inclut les études avec groupes contrôles randomisés et non randomisés. Les trois séries d'analyses suivantes portent sur l'anxiété, la dépression et la pleine conscience. Il s'agit de synthèse d'études sans groupe contrôle dont les analyses proviennent de tests  $t$  pairés. Huit études ne remplissent pas les critères pour la méta-analyse (Beddoe, Paul Yang, Kennedy, Weiss, & Lee, 2009; Dimidjian et al., 2015; Dunn, Hanieh, Roberts, & Powrie, 2012; Gambrel & Piercy, 2015; Narimani & Musavi, 2015; Pak, Ahmadian, & Rahimi, 2013; Pan et al., 2019; Roberts & Montgomery, 2016a), en raison de données manquantes ou d'analyses statistiques non compatibles avec le  $d$  de Cohen (MANOVA, ANCOVA, *Hierarchical linear model*, Régressions et tests non paramétriques). Les résultats sont tout de même présentés et discutés. Il en est de même pour les études qui s'intéressent aux indicateurs mesurant l'adaptation à la parentalité, insuffisantes pour constituer une méta-analyse (Byrne, Hauck, Fisher, Bayes, & Schutze, 2014; Hosseinian, Shahtaheri, Ebrahimi, Mahdavi, & Ali, 2016; Korucku & Kukulcu, 2017; Muzik, Hamilton, Rosenblum, Waxler, & Hadi, 2012; Perez-Blasco, Viguier, & Rodrigo, 2013; Vieten & Astin, 2008).

## Résultats

Comme présenté au Tableau 1, la taille des échantillons des 32 études répertoriées dans le cadre de la revue systématique varie entre 18 et 179 femmes. Onze études (34,36 %) ont moins de 30 participantes, huit études (25 %) en ont entre 31 et 50, et 12 études (37,5 %) comptent 51 participantes et plus. Aussi, nous notons que 21 études (65,63 %) sont constituées d'un groupe contrôle dont 12 avec un échantillon randomisé. Douze des études avec groupe contrôle (57,14 %) et quatre des études sans groupe contrôle (36,36 %) sont composées d'un échantillon provenant de la communauté.

Les 15 autres échantillons (46,88 %) s'intéressent à des femmes présentant une problématique de santé physique (études avec groupe contrôle :  $k = 3$ ; études sans groupe contrôle :  $k = 1$ ) ou mentale (études avec groupe contrôle :  $k = 5$ ; études sans groupe contrôle :  $k = 5$ ). Un article a étudié deux populations, soit des femmes de la communauté et d'autres aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Tableau 1

*Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique*

Études avec groupe contrôle					
Références	Participant·es	Design de l'étude	Échantillon I = Intervention C = Contrôle	Mesures	Interventions
Ahmadi & Bagheri, 2017	Candidates à la césarienne	Groupe contrôle randomisé	I = 19 C = 19	STAI CAQ PCS	Mindful Childbirth Education, 8 séances de 1 h 30/sem.
Bowen, Baetz, Schwartz, Balbuena, & Muhajarine, 2014	Femmes de la communauté; 15-28 sem.	Groupe contrôle randomisé	I = 38 (20 MFB; 18 IPT) C = 68	EPDS STAI CWS MMSS	IPT et MFB, 5 séances
Bratton, 2008	Femmes de la communauté	Groupe contrôle	I = 10 (MF) C = 10 (SM)	W-DEQ STAI KIMS KMSQ	MBSR, 9 séances
Chan, 2015	Femmes de la communauté; 12-28 sem.	Groupe contrôle randomisé	I + C = 179 I = 59 (36 FP; 22 NFP) C = 64	PDQ PCI EPDS BMSWBI	EBMI, 6 séances
Dimidjian et al., 2016	Femmes avec dx de dépression majeure; 32-40 sem.	Groupe contrôle randomisé	I = 43 C = 43	EPDS LIFE	MBCT-PD et Yoga, 8 séances de 2 h/sem.
Dunn et al., 2012	Femmes de la communauté	Groupe contrôle	I = 9 C = 9	EPDS DASS MAAS SCS	MBCT classique

Tableau 1 (suite)

*Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique*

Études avec groupe contrôle					
Références	Participants	Design de l'étude	Échantillon I = Intervention C = Contrôle	Mesures	Interventions
Gambrel & Piercy, 2015	Femmes de la communauté et leur partenaire; femmes de 21 sem. et + ou qui planifient être enceinte au début du programme	Groupe contrôle randomisé	I = 16 couples C = 17 couples	CSI DAS FFMQ IRI SDPTS ODPTS DASS-21 PANAS	MBCT classique
Guardino, Schetter, Bower, Lu, & Smalley, 2014	Femmes de la communauté; 10-25 sem.	Groupe contrôle	I = 24 C = 23	FFMQ PSS PRA PSA STAI	MBSR, 6 séances de 2 h/sem.
Hosseinian et al., 2016	Femmes de la communauté	Groupe contrôle randomisé	I = 15 (MBCT) I = 15 (MT) C = 15	HDSS DERS	MBCT classique
Korucku & Kukulcu, 2017	Femmes avec rupture prématurée des membranes	Groupe contrôle randomisé	I = 30 C = 30	PSEQ PPSEQ	MBCT classique
Muthukrishnan, Jain, Kohli, & Batra, 2016	Femmes de la communauté	Groupe contrôle randomisé	I = 37 C = 37	EGA PSS AFT	MBSR, 2 séances par sem./5 sem.

Tableau 1 (suite)

*Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique*

Études avec groupe contrôle					
Références	Participants	Design de l'étude	Échantillon I = Intervention C = Contrôle	Mesures	Interventions
Narimani & Musavi, 2015	Femmes de la communauté	Groupe contrôle	I = 15 C = 15	STAI DASS	MBCT classique
Pak et al., 2013	Femmes iraniennes avec diabète gestationnel	Groupe contrôle	I = 15 C = 15	AHS	MBCT classique
Pan et al., 2019	Femmes de la communauté; 13-28 sem.	Groupe contrôle randomisé	I = 51 C = 45	PSS EPDS CBSEI-C32 FFMQ	MBCP, 9 séances de 3 h/sem.
Perez-Blasco et al., 2013	Femmes de la communauté	Groupe contrôle	I = 13 C = 13	PES SCS SWLS FFMQ DASS-D DASS-A	MBSR classique
Shahtaheri, Hosseinian, Ebrahimi, Jalilabadi, & Mirderikvand, 2016	Femmes avec dx de dépression ou de stress	Groupe contrôle	I = 15 C = 15	HAM-D SF-36 PSC	MBSR classique et yoga

Tableau 1 (suite)

*Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique*

Études avec groupe contrôle					
Références	Participant·es	Design de l'étude	Échantillon I = Intervention C = Contrôle	Mesures	Interventions
Vieten & Astin, 2008	Femmes avec préoccupations anxieuses	Groupe contrôle	I = 15 C = 19	PSS STAI PNAS AR MAAS	MBSR classique
Woolhouse, Mercuri, Jodd, & Brown, 2014	Femmes avec dx de santé mentale (NR) et de la communauté (R); 12 et 26 sem.	Groupe contrôle : randomisé (R) et non randomisé (NR)	I = 32 C = 20	DASS CED-D STAI PSS FFMQ	MBB, 6 séances de 2 h/sem.
Yazdanimehr, Omid, Sadat, & Akbari, 2016	Femmes de la communauté	Groupe contrôle randomisé	I = 30 C = 33	EPDS BAI	MICBT
Zhang et al., 2019	Femmes de la communauté	Groupe contrôle randomisé	I = 34 C = 32	STAI PSRS SDS	MBSR
Zhang & Emory, 2015	Femmes afro-américaines à faible revenu	Groupe contrôle randomisé	I = 34 C = 31	TMS PSS Mesures physiologiques PES-B BDI	MBI, 8 séances

Tableau 1 (suite)

*Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique*

Études sans groupe contrôle				
Références	Participants	Échantillon I = Intervention	Mesures	Interventions
Beddoe et al., 2009	Femmes de la communauté; 12-32 sem.	I = 19	PSC PPP STAI BPI Cortisol	MBSR et yoga, 7 séances de 75 min/sem.
Byrne et al., 2014	Femmes de la communauté; 18-28 sem.	I = 18	MAAS DASS EPDS CBSEI W-DEQ	MBCE, 8 séances de 2 h 30/sem.
Dimidjian et al., 2015	Femmes avec dx de dépression majeure; 32-40 sem.	I = 49	EPDS LIFE MBCT	MBCT-PD, 8 séances
Duncan & Shaddix, 2015	Femmes de la communauté et leur partenaire; 12-28 sem.	I = 35	PSC DES PANAS FFMQ CES-D	MBCP, 9 séances 3 heures/sem.

Tableau 1 (suite)

*Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique*

Études sans groupe contrôle				
Références	Participants	Échantillon I = Intervention	Mesures	Interventions
Goodman et al., 2014	Femmes avec haut niveau d'anxiété et dépression modérée ou faible; 6-27 sem.	I = 27	PSWQ PHQ-9 GAD-7 MINI BDI-II SCSF MAAS	CALM, 8 séances de 2 h/sem.
Luberto, Park, & Goodman, 2018	Femmes anxieuses; x = 15,54 sem.	I = 24	BAI PSWQ BDI MAAS SCS	CALM, 8 séances de 2 h/ sem.
Miklowitz et al., 2015	Femmes avec dx de dépression majeure ou trouble bipolaire; enceintes, planifient l'être, ont accouché dans la dernière année	I = 39	CSQ-8 BCI-II HRSD LIFE	MBCT classique
Muzik et al., 2012	Femmes de la communauté; 12-26 sem.	I = 18	DSM-IV (SCID) EPDS IDB FFMQ MFAS	M-Yoga, 10 séances

Tableau 1 (suite)

*Caractéristiques des études incluses dans la revue systématique*

Études sans groupe contrôle				
Références	Participants	Échantillon I = Intervention	Mesures	Interventions
Roberts & Montgomery, 2016a	Femmes du milieu rural avec histoire de fausse couche	I = 23	HSCL-10 SWLS RCOPE PGS FFMQ-SF	MBSR; 5 séances
Townshend, Caltabiano, Powrie, & O'Grady, 2018	Femme à risque de vivre de l'anxiété en prénatal et une dépression	I = 109	DASS-21 MAAS EPDS PASS FFMQ	CBMP (inspiré de MBCT) en 8 séances

*Nota.* AFT, Autonomic Function Tests, Vieten et al., 2008, unpublished; AHS, Adult Hope Scale, Snyder, 1991; AR, Affect Regulation, Vieten, non publié; BAI, Beck Anxiety Inventory, Beck, 1990; BDI, Beck Depression Inventory, Beck, 1996; BDI-II, Beck Depression Inventory, Beck, 1996; BMSWBI, Body Mind-Spirit Well-Being Inventory, Yau, 2005; BPI, Brief Pain Inventory, Daut, 1983; CALM, Coping with Anxiety through Living Mindfully, Goodman et al., 2014; CBSEI-C32, Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory, Chung, 2008; CBSEI, The Childbirth Self-Efficacy Inventory, Lowe, 1993; CED-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised, Radloff, 1997; CAQ, The Childbirth Attitudes Questionnaire, Lowe, 2000; CES-D, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Radloff, 1977; CBMP, Caring for Body and Mind in Pregnancy, Townshend et al., 2018; CSI, The Couple Satisfaction Index, Funk, 2017; CSQ-8, Client Satisfaction Questionnaire, Larsen, 1979; CWS, Cambridge Worry Scale Green, Kafetsios, 2003; DAS, Dyadic Adjustment Scale, Spanier, 1976; DASS, Depression Anxiety Stress Scale, Lovibond, 1995; DASS-A, Depression Anxiety Stress Scales, Lovibond, 1995; DASS-D, Depression Anxiety Stress Scales, Lovibond, 1995; DASS-21, Depression-Anxiety and Stress Scale, Lovibond, 1995; DES, Differential Emotions Scale, Izard, 1977; DERS, Emotion Regulation Difficulties Scale, Gratz, 2004; DSM-IV, Structured Clinical Interview for DSM Disorders, Williams, 2002; EBMI, Eastern Based Meditative Intervention, McCown, 2014; EGA, Estimated Gestational Age, Vieten, 2008; EPDS, Edinburg Depression Scale, Cox, 1987; FFMQ, Five Factor Mindfulness Questionnaire, Bear, 2006; FP, Frequent Practice; KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills, Baer, Smith, & Allen, 2004; KMSQ, Kyman Maternal Satisfaction Questionnaire, Kyman, 1991; FFMQ-SF, Five Factor Mindfulness Questionnaire: Short Form, Bohlmeijer et al., 2001; GAD-7, General

Anxiety Disorder-7, Spitzer, 2006; HAM-D, Hamilton Depression Scale, Hamilton, 1980; HDSS, Hamilton Depression Scale, Judge, 2003; HRSD, Hamilton Rating Scale for Depression, Hamilton, 1960; HSCL-10, Hopkins Symptoms Check List-10, Syed et al., 2008; IDB, Depression Inventory Beck, Steer, 1996; IPT, Interpersonal Psychotherapy, Anchin & Pincus, 2010; IRI, Interpersonal Reactivity, Vavis, 1980; LIFE, Longitudinal Interval Relance Evaluation, Shapiro, 1979; MAAS, Maternal Antenatal Attachment Scale, Brown, 2003; MBB, MindBaby Body Program, Mercuri et al., 2014; MBCE, Mindfulness-Based Childbirth Education, Baer, 2003; MBCP, Mindfulness-Based Childbirth and Parenting, Duncan & Bardacke, 2010; MBCT, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Teasdale et al., 2000; MBCT-PD, Mindfulness-Based Cognitive for Perinatal Depression, Cheese & Serrate, 2011; MBI, Mindfulness-Based Intervention (Mindful Motherhood; Vieten, 2012; Adherence Scale, Segal, 2002; MF, Mindfulness training; MFAS, The Maternal Fetal Attachment Scale, Cranley, 1981; MFB, Mindfulness-Based Therapy, Teasdale et al., 2000; MBSR, Mindfulness-Based Stress Reduction, Kabat-Zinn, 2003; MICBT, Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy, Institute of Mindfulness-integrated Cognitive Behaviour Therapy, treatment training and research, 2009; MINI, Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan, 2011; MMSS, Maternal Mental Support Scale, Webster, 2000; MT, Metacognition Therapy, Wells, 2011; ODPTS, Other-Dyadic-Perceptive-Taking Scale, Long, 1990; NFP, Non Frequent Practice; PANAS, Positive and Negative Affect Schedule, Watson, 1988; PASS, Perinatal Anxiety Screening Scale, Somerville et al., 2014; PCI, Prenatal Coping Inventory, Yali, 1999; PCS, Pain Catastrophizing Scale, Sullivan et al., 1995; PDQ, Prenatal Distress Questionnaire, Yali, 1999; PES, Parental Evaluation Scale, Farkas, 2008; PES-B, Pregnancy Experience Scale - Brief Version, Dipietro, 2008; PGS, Perinatal Grief Scale, Potvin et al., 2001; PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9, Korienke, 2001; PNAS, Positive and Negative Affect Schedule, Watson, 1994; PPP, Prenatal Psychosocial Profil, Curry, 1998; PPSEQ, Postpartum Self-Evaluation Questionnaire, Lederman, 1981; PRA, Pregnancy-Related Anxiety, Rini et al., 1999; PSA, Prenatal Stress-Anxiety, Roesch et al., 2004; PSRS, Pregnancy Stress Rating Scale, Chen et al., 1983; PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index, Buysse, 1989; PSEQ, Prenatal Self-Evaluation Questionnaire, Lederman, 1979; PSS, Perceived Stress Scale, Cohen, 1983; PSWQ, Penn State Worry Questionnaire, Meyer, 1990; RCOPE, Short form of the Brief RCOPE, Felder et al., 2013; STAI, State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1989; SCS, Self-Compassion Scale, Neff, 2003; SDPTS, Diadic Perspective Taking-Scale, Long, 1990; SCSF, Self-Compassion Scale, Neff, 2003; SDS, Self-Rating Depression Scale, Zung, 1965; SF-36, Quality of Life-Short-Form, Ware, 1992; SM, Psychoeducation and stress-anxiety-management techniques; SWLS, The Satisfaction with Life Scale, Diener, 1985; TMS, Toronto Mindfulness Scale, Lau et al., 2006; W-DEQ, A et B, Wijma Delivery Expectancy Questionnaire, Wijma, 1998.

Les mesures privilégiées par les différents auteurs pour évaluer l'efficacité des interventions sont multiples. Elles dépendent des indicateurs ciblés. Les échelles qui reviennent le plus fréquemment sont l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Holden, & Henshaw, 2014), le *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS; Lovibond & Lovibond, 1995), le *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger & Spielberger, 1989), le *Five factor Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2008) et le *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS; Brown & Ryan, 2003). Elles mesurent respectivement la dépression (EPDS, DASS), l'anxiété (DASS, STAI) et la pleine conscience (FFMQ, MAAS).

Soulignons que les interventions mises en place par les chercheurs sont inspirées de la MBSR et de la MBCT, respectant ainsi les critères d'inclusion. Toutefois, elles ne sont pas toutes standardisées et peuvent différer de ces deux approches manualisées, soit au niveau du contenu, du nombre de séances, du temps consacré à chaque séance ou sur le plan des pratiques recommandées à l'extérieur des ateliers.

Seize études rapportent des mesures en postpartum, prises entre deux semaines et cinq mois après l'accouchement. Cependant, seulement sept de ces études se sont penchées sur les effets des interventions de pleine conscience sur l'adaptation à la parentalité. Toutefois, le design de ces études et les indicateurs retenus présentent des variantes ne permettant pas la comparaison des résultats. En ce sens, Hosseinian et al. (2016) ainsi que Vieten et Astin (2008) se sont intéressés aux impacts des interventions

axées sur la pleine conscience sur la régulation des émotions. Ils rapportent respectivement une taille d'effet moyenne et grande. Korucku et Kukulcu (2017) ont porté leur attention sur les effets de telles interventions sur l'attachement postnatal. Ils ont confirmé des différences significatives entre le groupe contrôle et expérimental, un mois après la naissance de l'enfant. Muzik et al. (2012) avancent une taille d'effet moyenne lorsqu'ils discutent des impacts d'une intervention de pleine conscience sur l'attachement prénatal. Enfin, trois études s'attardent au sentiment de compétence maternelle ou d'autoefficacité. Byrne et al. (2014) et Perez-Blasco et al. (2013) rapportent de grandes tailles d'effet et Korucku et Kukulcu (2017) font mention d'un effet d'interaction significatif un mois après la naissance de l'enfant.

Les informations sur l'adhérence des participantes se retrouvent dans 24 articles sur 31. En général, les taux de participation aux séances sont au-delà de 50 %. Il faut toutefois souligner que les critères quant au nombre de séances prises en compte pour parler de l'adhérence ne sont pas les mêmes pour tous les auteurs. Les femmes souffrant de trouble bipolaire (Miklowitz et al., 2015) présenteraient un plus haut taux d'abandon. Quatre études seulement rapportent de façon quantitative la satisfaction des participantes. Plus de 67 % des participantes à ces études rapportent être satisfaites de l'intervention (Ahmadi & Bagheri, 2017; Beddoe et al., 2009; Bowen et al., 2014; Roberts & Montgomery, 2016b).

Les résultats des articles sélectionnés démontrent que les chercheurs considèrent la pleine conscience comme une intervention non pharmacologique prometteuse dans l'aide à offrir aux femmes enceintes. En ce sens, la majorité des études examinées confirment les impacts positifs de ce type d'intervention étant donné l'augmentation du niveau de pleine conscience et la diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs. Quelques études n'ont rapporté aucun effet des interventions de pleine conscience sur les symptômes dépressifs et le niveau de pleine conscience (Gambrel, 2012; Guardino et al., 2014; Miklowitz et al., 2015). Quant aux autres études exclues de la méta-analyse, leurs designs tellement différents font qu'elles sont peu comparables. Lorsque ces études s'attardent aux effets des interventions axées sur la pleine conscience sur le niveau de pleine conscience, les tailles d'effet varient de minimales (Roberts & Montgomery, 2016a) jusqu'à grandes (Gambrel & Piercy, 2015) en passant par moyennes (Dunn et al., 2012). Quant à la détresse psychologique, les tailles d'effet varient de petites (Beddoe et al., 2009; Pan et al., 2019) à moyennes (Narimani & Musavi, 2015) et grandes (Dimidjian et al., 2015).

La première méta-analyse mesure les impacts des interventions de pleine conscience sur la détresse psychologique (voir Figure 2). Elle inclut 14 études avec groupe contrôle. La taille des échantillons varie de 10 à 59 participantes. Le  $d$  de Cohen moyen obtenu (*standard difference in mean*) confirme un effet de taille moyen ( $d = -0,59$ ). Les écarts entre les tailles d'effet des différentes études sont très variables. Par exemple, l'étude de Shahtaheri et al. (2016) présente une taille d'effet très importante ( $d = -3,99$ ) en

comparaison aux autres études, notamment celles de Bratton (2008) ( $d = -0,08$ ), Chan (2015) ( $d = -0,09$ ) et Woolhouse et al. (2014) ( $d = -0,04$ ). Cependant, la variabilité du poids des études est faible; ce qui suggère que le retrait de l'une ou de l'autre de ces études des analyses n'affecterait pas les résultats de façon importante.

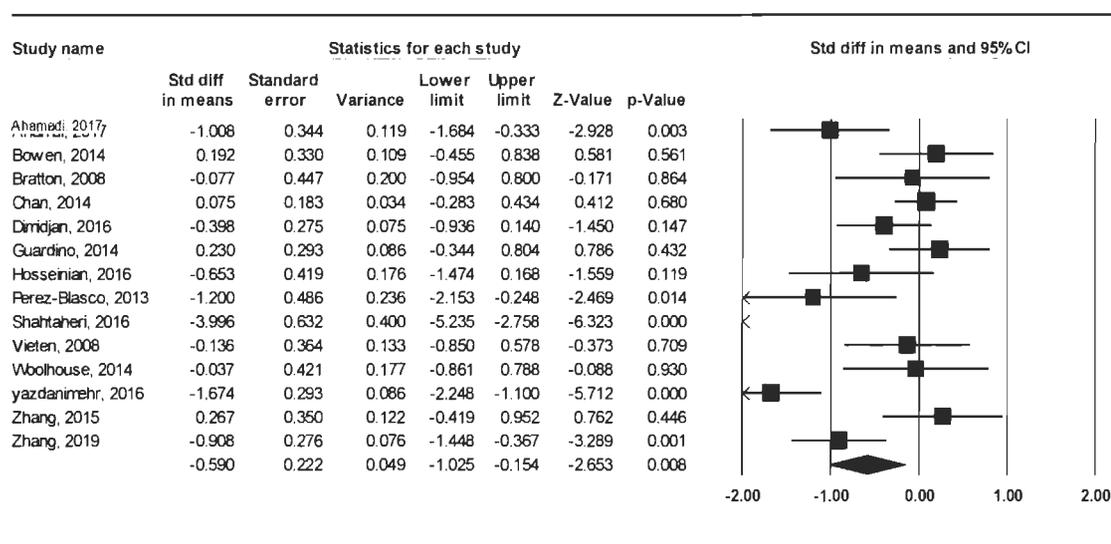


Figure 2. Méta-analyse sur la détresse psychologique.

Le résultat de la méta-analyse pour l'anxiété (voir Figure 3) compte quatre études sans groupe contrôle. La taille d'effet moyenne est de  $-0,33$  (*standard difference in mean*); ce qui constitue une petite taille d'effet. La taille de l'échantillon varie de 18 à 109 participantes. Les écarts entre les tailles d'effet des différentes études sont variables. Ainsi, l'étude de Goodman et al. (2014) présente une taille d'effet très importante ( $d = -3,99$ ) en comparaison aux études de Townshend et al. (2018) ( $d = -0,19$ ) et Byrne et al. (2014) ( $d = -0,15$ ). Le poids relatif des études ne présente pas de variance pouvant avoir une influence sur les résultats.

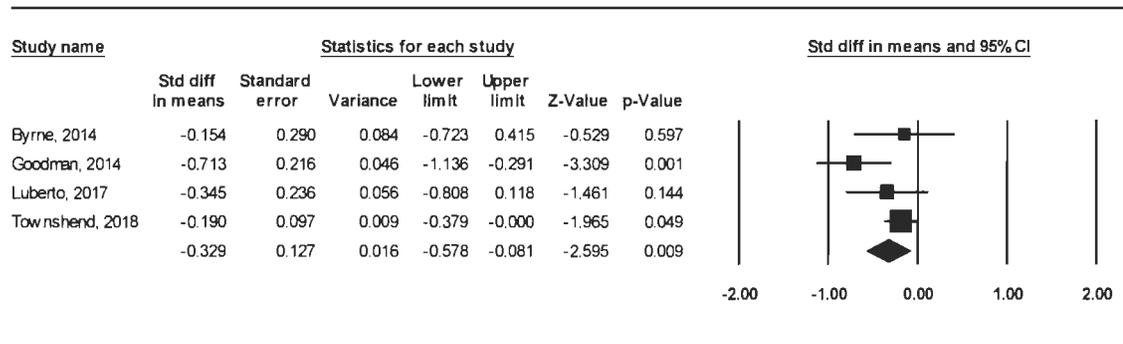


Figure 3. Méta-analyse sur l'anxiété.

Sept études ont rencontré les critères établis et ont permis de réaliser la méta-analyse avec tests  $t$  pairés (effets aléatoires) portant sur la dépression (voir Figure 4). La taille des échantillons varie de 18 à 109. Un  $d$  de Cohen moyen de ( $d = -0,50$ ) est obtenu. Encore une fois, les écarts entre les tailles d'effet des différentes études sont importants. En ce sens, Muzik et al. (2012) obtiennent une taille d'effet de  $-0,94$ , tandis que Byrne et al. (2014) et Townshend et al. (2018), des tailles d'effet respectives de  $d = -0,24$  et  $d = -0,32$ . Le poids relatif des études ne présente pas une grande variance.

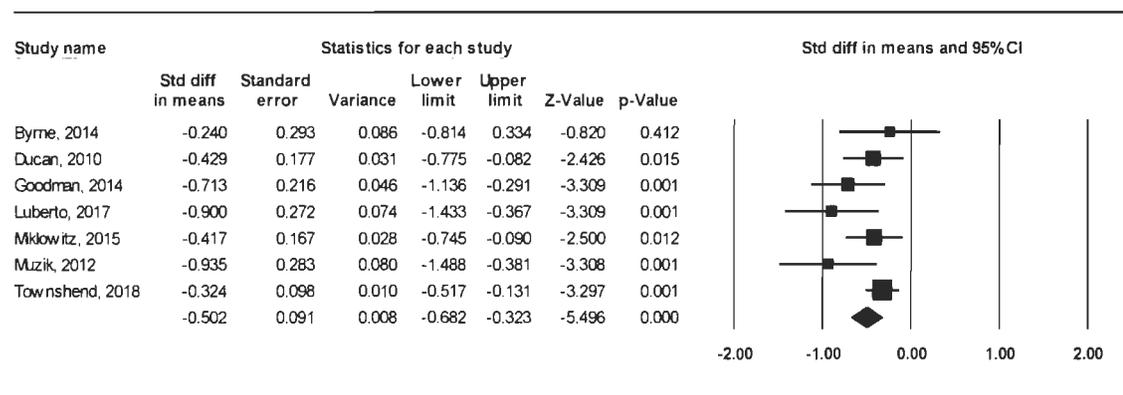


Figure 4. Méta-analyse sur la dépression.

La taille de l'échantillon pour les cinq études sélectionnées dans le cadre de la méta-analyse sur la pleine conscience (voir Figure 5) varie de 18 à 35 participantes. Le  $d$  de Cohen moyen est de 0,63. Il s'agit d'une taille d'effet modérée. Le niveau de pleine conscience constitue l'indicateur mesuré où il y a le moins de variabilité dans les tailles d'effet de chaque étude, prise individuellement. Le poids relatif des études ne présente pas de variation importante.

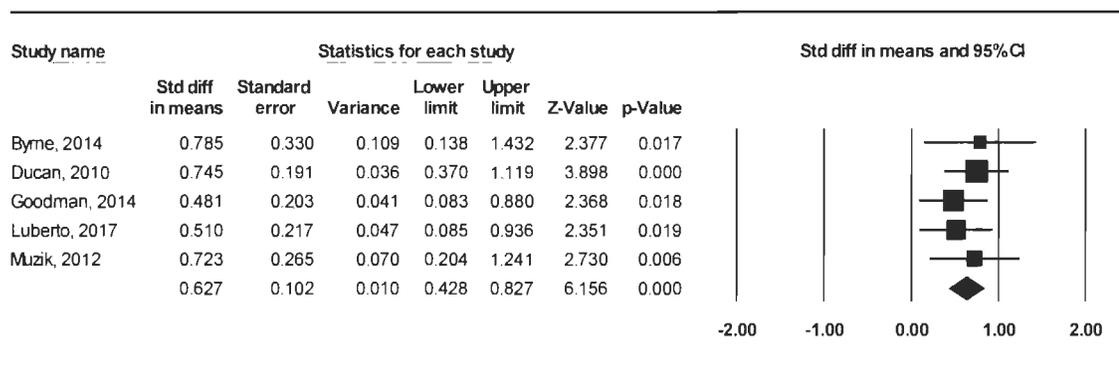


Figure 5. Méta-analyse sur la pleine conscience.

## Discussion

Dans les deux dernières décennies, la majorité des études publiées plaident en faveur de l'implantation d'interventions de pleine conscience durant la grossesse. Les impacts de telles pratiques sur l'augmentation de la pleine conscience, ainsi que sur la diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs sont reconnus par la majorité des études qui ont porté sur l'évaluation de cette pratique. Cette méta-analyse corrobore des tailles d'effet qui varient de petites (anxiété) à moyennes (dépression, détresse psychologique et pleine conscience) en ce qui a trait aux impacts des ateliers de pleine conscience pendant la grossesse.

Cependant, certains écarts dans les tailles d'effet de cette méta-analyse méritent une attention particulière. Rappelons la taille d'effet très grande pour la détresse psychologique retrouvée dans l'étude de Shahtaheri et al. (2016) et celles négligeables obtenues par Bratton (2008), Chan (2015) et Woolhouse et al. (2014), pour la même variable. Cette forte taille d'effet obtenue dans l'étude de Shahtaheri et al. peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une population de femmes présentant initialement des diagnostics de dépression; ce qui laisse davantage place à l'amélioration que lorsque les participantes proviennent de la communauté. L'étude de Dimidjian et al. (2015), répertoriée dans notre revue systématique, apparaît aussi aller en ce sens, alors que pour une population de femmes avec un diagnostic de dépression, la taille d'effet retrouvée est grande. De plus, le fait que l'intervention implantée par Shahtaheri et al. soit fidèle à la MBSR classique et intégrerait en plus le yoga dans la pratique pourrait expliquer que ce résultat se démarque positivement des autres. Pour Bratton, Chan et Woolhouse et al., mentionnons que les populations à l'étude provenaient de la communauté, même si Woolhouse et al. se sont aussi intéressés aux femmes présentant des diagnostics de santé mentale. De plus, le type d'intervention pour ces trois études diffère (MBSR, *Eastern Based Meditative Intervention*, *MindBaby Body Program*). Les études de Byrne et al. (2014) et Townshend et al. (2018) sont aussi composées de femmes sans diagnostic en santé mentale. De plus, il est important de considérer que l'intervention mise en place par Townshend et al. est le *Caring for Body and Mind in Pregnancy*. Bien qu'inspirée de la MBCT, cette intervention s'écarte de sa forme intégrale dont l'efficacité a été appuyée par de nombreuses études antérieures.

Enfin, il serait intéressant que les études futures soient réalisées avec : (1) de plus grands échantillons; (2) que leur devis soit expérimental, soit avec groupe contrôle randomisé; (3) que les populations soient homogènes; (4) que les mesures soient validées et similaires pour un même indicateur; (5) que le cadre d'interventions soutenant les ateliers soit standard; et (6) que les effets à moyen et long terme de la pleine conscience sur la mère, l'enfant et le développement du lien d'affection parent-enfant soient explorés. L'importance de mesurer l'impact des interventions de pleine conscience, spécifiquement au niveau des enjeux principaux associés à l'adaptation à la parentalité, soit le développement de l'attachement prénatal, la régulation des émotions et le sentiment de compétence parentale chez la mère, est négligée. Elle apparaît toutefois centrale afin de valider la pertinence de ces approches préventives à plus long terme sur le développement de la relation mère-enfant et du bébé.

### **Conclusion**

L'intérêt face aux approches de pleine conscience et leur efficacité comme intervention durant la grossesse apparaissent explicitement supportés par des données empiriques. En plus de combler les lacunes des études antérieures quant à la méthode, il serait intéressant que les recherches futures s'attardent aux mécanismes sous-jacents à l'efficacité de la pleine conscience dans un contexte précis de périnatalité. En ce sens, est-ce que les mécanismes qui sont évoqués par les chercheurs pour expliquer l'impact de la méditation de pleine conscience sur la diminution des symptômes anxieux et dépressifs dans d'autres contextes, soit l'augmentation de la conscience métacognitive et

de la capacité à se décentrer de ses pensées et de ses émotions, l'acceptation expérientielle et la gestion de soi, sont aussi impliqués pour la population qui nous intéresse (Hargus, Crane, Barnhofer, & Williams, 2010; Hayes, 1994; Teasdale et al., 2002)? D'autres variables, telles que les caractéristiques de la population, l'effet-groupe, la relation thérapeutique, l'accompagnement pour la mise en pratique de la pleine conscience au quotidien et la motivation des mères à mettre en pratique les acquis, viennent-ils impacter sur les effets de telles interventions? En résumé, il serait pertinent de cibler les contextes précis dans lesquels les interventions de pleine conscience sont efficaces et ont de réels impacts sur la santé psychologique des mères, le développement de la relation parent-enfant, l'ajustement de l'enfant à son milieu et sur le développement optimal de ce dernier.

### Références

- Ahmadi, L., & Bagheri, F. (2017). The effectiveness of educating mindfulness on anxiety, fear of delivery, pain catastrophizing and selecting caesarian section as the delivery method among nulliparous pregnant women. *Nursing Practice Today*, 4(1), 52-63.
- Badker, R., & Misri, S. (2017). Mindfulness-Based Therapy in the perinatal period: A review of the literature. *British Columbia Medical Journal*, 59(1), 18-21.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., & Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.
- Bardacke, N., & Duncan, L. G. (2014). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting: Cultivating inner resources for the transition to parenthood and beyond. Dans R. A. Baer (Éd.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (2<sup>e</sup> éd., pp. 213-237). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
- Beddoe, A. E., Paul Yang, C. P., Kennedy, H. P., Weiss, S. J., & Lee, K. A. (2009). The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38(3), 310-319. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01023
- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., & Muzik, M. (2020). Prenatal attachment, parental confidence and mental health in expecting parents: The role of childhood trauma. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(1), 85-95. doi: 10.1111/jmwh.13034
- Bowen, A., Baetz, M., Schwartz, L., Balbuena, L., & Muhajarine, N. (2014). Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms. *Israel Journal of Psychiatry*, 51(3), 226-231.
- Bratton, B. L. (2008). *Mindfulness in childbirth: An investigation of the effects of mindfulness training on maternal satisfaction with childbirth and obstetric outcomes* (Thèse de doctorat inédite). Western Michigan University, Michigan, États-Unis.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.

- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(2), 192-197. doi: 10.1111/jmwh.12075
- Chan, K. P. (2015). Effects of perinatal meditation on pregnant Chinese women in Hong Kong: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Education and Practice, 5*(1), 1-18.
- Cox, J., Holden, J., & Henshaw, C. (2014). *Perinatal mental health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual (2<sup>e</sup> éd.)*. RCPsych publications. doi: 10.1177/0036933014541908
- Deans, C. L. (2020). Maternal sensitivity, its relationship with child outcomes, and interventions that address it: A systematic literature review. *Early Child Development and Care, 190*(2), 252-275.
- Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-based interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness, 8*(6), 1421-1437.
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2015). An open trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. *Archives of Women's Mental Health, 18*(1), 85-94. doi: 10.1007/s00737-014-0468-x
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(2), 134-145.
- Dionne, F., Blais, M. C., & Monestes, J. L. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of chronic pain. *Santé mentale au Québec, 38*(2), 131-152.
- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 190-202.
- Duncan, L. G., & Shaddix, C. (2015). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP): Innovation in birth preparation to support healthy, happy families. *International Journal of Birth and Parent Education, 2*(2), 30-33.

- Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., & Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: Effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health, 15*(2), 139-143.
- Flowers, A. G. D., McGillivray, J. A., Galbally, M., & Lewis, A. J. (2018). Perinatal maternal mental health and disorganised attachment: A critical systematic review. *Clinical Psychologist, 22*(3), 300-316.
- Furtado, M., Chow, C. H., Owais, S., Frey, B. N., & van Lieshout, R. J. (2018). Risk factors of new onset anxiety and anxiety exacerbation in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 238*, 626-635.
- Gambrel, L. E. (2012). *The mindful transition to parenthood program: Developing and evaluating a psychoeducational-experiential intervention for couples expecting their first child* (Thèse de doctorat inédite). Virginia Polytechnic Institute and State University, Ann Arbor.
- Gambrel, L. E., & Piercy, F. P. (2015). Mindfulness-based relationship education for couples expecting their first child—Part 1: A randomized mixed-methods program evaluation. *Journal of Marital and Family Therapy, 41*(1), 5-24.
- Goodman, J., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., ... Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: Results of a pilot study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health, 17*(5), 373-387. doi: 10.1007/s00737-013-0402-7
- Guardino, C. M., Schetter, C. D., Bower, J. E., Lu, M. C., & Smalley, S. L. (2014). Randomised controlled pilot trial of mindfulness training for stress reduction during pregnancy. *Psychology & Health, 29*(3), 334-349. doi: 10.1080/08870446.2013.852670
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. G. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion, 10*(1), 34-42.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst, 17*(2), 289-303.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 37-61.

- Hosseinian, S., Shahtaheri, E., Ebrahimi, M., Mahdavi, A., & Ali, M. (2016). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and metacognition therapy on reduction of symptoms of depression, core self-evaluation and emotion regulation difficulties in pregnant women with depression. *Acta Medica*, 32, 2033. Repéré à <http://www.actamedicamediterranea.com/archive/2016/special-issue-5/effectiveness-of-mindfulness-based-cognitive-therapy-and-metacognition-therapy-on-reduction-of-symptoms-of-depression-core-selfevaluation-and-emotion-regulation-difficulties-in-pregnant-women-with-depression/pdf>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Khoury, B., Dionne, F., & Grégoire, S. (2019). *La dimension interpersonnelle de la pleine conscience*. Paper presented at the Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.
- Korucku, O., & Kukulcu, K. (2017). The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health Care for Women International*, 38(7), 765-785.
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., ... Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 18(1), 455. doi: 10.1186/s12884-018-2087-4
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Luberto, C. M., Park, E. R., & Goodman, J. H. (2018). Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for perinatal women. *Mindfulness*, 9(3), 850-859.
- Madigan, S., Oatley, H., Racine, N., Fearon, R. P., Schumacher, L., Akbari, E., ... Tarabulsky, G. M. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657.
- Madigan, S., Racine, N., Cooke, J. E., Oatley, H., Fearon, R. M. P., Schumacher, L., ... Tarabulsky, G. M. (2018). A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 645-657. doi: 10.1016/j.jaac.2018.06.012

- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology & Health, 31*(12), 1415-1434. doi: 10.1080/08870446.2016.1220557
- Miklowitz, D. J., Semple, R. J., Hauser, M., Elkun, D., Weintraub, M. J., & Dimidjian, S. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for perinatal women with depression or bipolar spectrum disorder. *Cognitive Therapy and Research, 39*(5), 590-600. doi: 10.1007/s10608-015-9681-9
- Muthukrishnan, S., Jain, R., Kohli, S., & Batra, S. (2016). Effect of mindfulness meditation on perceived stress scores and autonomic function tests of pregnant Indian women. *Journal of Clinical and Diagnostic Research, 10*(4), CC05-CC08. doi: 10.7860/jcdr/2016/16463.7679
- Muzik, M., Hamilton, S. E., Rosenblum, K. L., Waxler, E., & Hadi, Z. (2012). Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: Preliminary results from a pilot feasibility study. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 18*(4), 235-240.
- Narimani, M., & Musavi, S. (2015). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on anxiety, stress and depression of pregnant adolescents: A randomized clinical trial. *European Journal of Forensic Sciences, 2*(1), 1-4.
- Pak, A. V., Ahmadian, H., & Rahimi, E. (2013). Efficacy of mindfulness training on enhancing happiness in women with pregnancy diabetes. *Advances in Environmental Biology, 7*(13), 4203-4208.
- Pan, W. L., Gau, M. L., Lee, T. Y., Jou, H. J., Liu, C. Y., & Wen, T. K. (2019). Mindfulness-based program on the psychological health of pregnant women. *Women Birth, 32*(1), e102-e109. doi: 10.1016/j.wombi.2018.04.018
- Perez-Blasco, J., Viguer, P., & Rodrigo, M. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: Results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health, 16*(3), 227-236. doi: 10.1007/s00737-013-0337-z
- Roberts, L. R., & Montgomery, S. B. (2016a). Mindfulness-based intervention for perinatal grief education and reduction among poor women in Chhattisgarh, India: A pilot study. *Interdisciplinary Journal of Best Practices in Global Development, 2*(1). Repéré à <https://knowledge.e.southern.edu/ijbpgd/vol2/iss1/1/>
- Roberts, L. R. & Montgomery, S. B. (2016b). Mindfulness-based intervention for perinatal grief in rural India: Improved mental health at 12 months follow-up. *Issues in Mental Health Nursing, 37*(12), 942-951. doi: 10.1080/01612840.2016.1236864

- Shahtaheri, E., Hosseinian, S., Ebrahimi, M., Jalilabadi, Z., & Mirderikvand, F. (2016). The impact of stress reduction program based on mindfulness and conscious yoga on depression, perceived stress and quality of life in pregnant women. *Acta Medica Mediterranea*, 32(5), 2047-2050.
- Shi, Z., & MacBeth, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health outcomes: A systematic review. *Mindfulness*, 8(4), 823-847.
- Spielberger, C. D., & Spielberger, C. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Taylor, B. L., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(5). doi: 10.1371/journal.pone.0155720
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Townshend, K., Caltabiano, N. J., Powrie, R., & O'Grady, H. (2018). A preliminary study investigating the effectiveness of the Caring for Body and Mind in Pregnancy (CBMP) in reducing perinatal depression, anxiety and stress. *Journal of Child & Family Studies*, 27(5), 1556-1566.
- Vieten, C. (2009). *Mindful motherhood: Practical tools for staying sane during pregnancy and your child's first year*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Vieten, C. (2016). *Vivre sa maternité en pleine conscience*. Paris, France : De Boeck supérieur.
- Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1), 67-74.
- Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H., & Harris, M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92.

- Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F., & Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: A pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy Childbirth*, *14*, 369. doi: 10.1186/s12884-014-0369-z
- Yazdanimehr, R., Omid, A., Sadat, Z., & Akbari, H. (2016). The effect of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on depression and anxiety among pregnant women: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, *5*(3), 195-204. doi: 10.15171/jcs.2016.021
- Zhang, H., & Emory, E. K. (2015). A mindfulness-based intervention for pregnant African-American women. *Mindfulness*, *6*(3), 663-674.
- Zhang, J. Y., Cui, Y. X., Zhou, Y. Q., & Li, Y. L. (2019). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on prenatal stress, anxiety and depression. *Psychology Health & Medicine*, *24*(1), 51-58.

## **Chapitre 2**

Article 2. Les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience sur le bien-être des femmes enceintes, l'adaptation à la parentalité et le développement des enfants : une étude périnatale et longitudinale

**Les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience sur le bien-être des femmes enceintes, l'adaptation à la parentalité et le développement des enfants : une étude périnatale et longitudinale**

Marie-Josée Tremblay, Ph. D.<sup>1,2</sup>

Nicolas Berthelot, Ph. D.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, Trois-Rivières, Québec, Canada. G9A 5H7

<sup>2</sup> Département de pédopsychiatrie, CISSS du Bas-St-Laurent, 75, St-Henri, Rivière-du-Loup, Québec, Canada, G5R 5A4

<sup>3</sup> Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, Trois-Rivières, Québec, Canada. G9A 5H7

Adresse de correspondance : Marie-Josée Tremblay, Centre intégré de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, 75, Saint-Henri, Rivière-du-Loup, Québec, G5R 5A4

Tél. : 418 868-1010 poste 2479 Courriel : [marie-josee.tremblay@uqtr.ca](mailto:marie-josee.tremblay@uqtr.ca)

## Résumé

**Objectif.** Cette recherche quasi expérimentale évalue les effets d'une intervention prénatale inspirée de la *Mindfulness-Based Stress Reduction* et de la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* sur la détresse psychologique des femmes enceintes, leur niveau de pleine conscience, l'adaptation à la parentalité et le développement de l'enfant.

**Méthode.** Cette étude compte 63 participantes réparties en un groupe contrôle sans intervention et un groupe expérimental. Les mesures ont été collectées avant et après l'intervention, ainsi qu'à quatre mois postnatal. **Résultats.** Les ANOVAS à mesures répétées confirment une augmentation significative dans le temps du niveau de pleine conscience et de la capacité de régulation des émotions, ainsi qu'une diminution de la détresse psychologique chez les participantes qui ont pris part à l'intervention. De plus, des analyses acheminatoires confirment que le niveau de pleine conscience au T3 est directement associé au sentiment de compétence parentale, ainsi qu'à la qualité du lien d'affection de la mère envers son enfant, mais n'est pas associé au développement de l'enfant à 4 mois de vie. **Conclusion.** Les résultats soutiennent l'efficacité d'une intervention prénatale basée sur la pleine conscience sur l'amélioration du bien-être psychologique des mères et supportent les liens directs entre les aptitudes à la pleine conscience et l'adaptation à la parentalité.

**Mots-clés :** pleine conscience; grossesse; détresse psychologique; régulation des émotions; compétence parentale; relation mère-enfant

## Introduction

La grossesse s'avère une expérience remplie de promesses, mais comporte aussi son lot de stress. En effet, dans la population générale, environ 11,9 % des femmes enceintes souffriraient de dépression en cours de grossesse (Woody et al. 2017) et 10 % d'entre elles présenteraient des symptômes anxieux importants (Shi et MacBeth 2017). La détresse psychologique en cours de grossesse aurait des répercussions sur le déroulement de la grossesse et le développement ultérieur de l'enfant (Agius et al. 2016; Bussières et al. 2015; Grigoriadis et al. 2013; Kingston et al. 2012; Tarabulsy et Larose 2000). Ces constats soutiennent la pertinence d'offrir aux femmes enceintes des interventions qui ont fait leurs preuves scientifiquement. La pleine conscience constitue une approche prometteuse pour diminuer la détresse psychologique chez les femmes enceintes de la population générale (Badker et Misri 2017; Dhillon et al. 2017; Matvienko-Sikar et al. 2016; Shi et MacBeth 2017; Taylor et al. 2016). Les bienfaits des interventions basées sur la pleine conscience en cours de grossesse pourraient outrepasser la dimension du bien-être psychologique des mères, étant donn e que les habiletés de pleine conscience sont positivement corrélées avec l'attachement maternel, la recherche de support social et le développement socioémotionnel de l'enfant (Dhillon et al. 2017; Duncan et Shaddix 2015; Madigan et al. 2018; Shi et MacBeth 2017; Vieten 2016). Sur les 32 études répertoriées dans le cadre d'une récente méta-analyse, la moitié rapporte des mesures postnatales (Tremblay et Berthelot soumis). Cependant, peu d'études se sont penchées sur les impacts des interventions de pleine conscience sur le développement du bébé. Bien que le nombre de publications s'attarde à l'adaptation à la parentalité

soit limité, elles suggèrent que des interventions de pleine conscience offertes en cours de grossesse favorisent la régulation des émotions (Hosseinian et al. 2016; Vieten et Astin 2008), le sentiment de compétence parentale (Byrne et al. 2014; Korucku et Kukulcu 2017; Perez-Blasco et al. 2013) et l'investissement maternel en pré (Muzik et al. 2012) et postnatal (Korucku et Kukulcu 2017). Davantage d'études sont nécessaires afin de clarifier les bénéfices des interventions prénatales de pleine conscience sur l'adaptation à la maternité et le développement de l'enfant, d'autant plus que des chercheurs avancent que la pleine conscience influence la qualité du lien parent-enfant et que les mères en pleine conscience présenteraient moins de détresse émotionnelle en prénatal et en postnatal et leur progéniture afficherait un meilleur développement socioémotionnel (Braeken et al. 2017; Hicks et al. 2018; O'Leary et al. 2016).

Les deux premières hypothèses à l'étude stipulent que les participantes du groupe expérimental présenteront une plus grande augmentation de leur niveau de pleine conscience et une plus grande diminution de leur niveau de détresse psychologique entre le T1 et le T2 et entre le T1 et le T3 que les participantes du groupe contrôle. La troisième hypothèse énonce que les participantes du groupe expérimental démontreront une meilleure adaptation à la parentalité (régulation émotionnelle) entre le T1 et le T2 et entre le T1 et le T3 que les mères du groupe contrôle. Enfin, la quatrième hypothèse suppose que l'intervention sera indirectement associée avec la qualité du lien mère-enfant, le sentiment de compétence parentale et le développement de l'enfant à 4 mois de vie, via le niveau de pleine conscience des mères en postnatal.

## Méthode

### Participant<sup>es</sup> et procédures

Le recrutement des participant<sup>es</sup> s'est déroulé entre septembre 2016 et septembre 2018 dans un hôpital régional, des organismes communautaires et des milieux de travail par le biais d'affiches, de dépliants (voir Appendice A) et de rencontres d'informations. L'attribution des participant<sup>es</sup> dans le groupe expérimental et le groupe contrôle a été réalisée selon l'intérêt des participant<sup>es</sup> à prendre part à l'intervention et selon la disponibilité de l'intervention au moment du recrutement. Quatre chèques cadeaux de 25 \$ CND ont été tirés parmi les participant<sup>es</sup> du groupe contrôle. L'étude comporte trois temps de mesures : le T1 s'est déroulé une semaine avant l'intervention, le T2, immédiatement après l'intervention et le T3, quatre mois après la naissance de l'enfant, pour les deux groupes. Le projet a reçu des certificats éthiques de *Blind for review* et de *Blind for review*.

Le processus de recrutement est détaillé à la Figure 6 et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participant<sup>es</sup> sont présentées au Tableau 2. Les participant<sup>es</sup> avaient entre 12 et 28 semaines de grossesse au moment du premier temps de mesure ( $M = 30,5$ ,  $ÉT = 4,5$ ). La majorité des participant<sup>es</sup> à l'étude étaient en couple ( $n = 51$ ; 94,44 %) et détenaient un diplôme d'études post secondaires ( $n = 44$ ; 81,48 %). Les groupes expérimental et de comparaison ne présentaient aucune différence significative en matière de caractéristiques sociodémographiques (voir Tableau 2). Par contre, 28 % ( $n = 6$ ) des mères du groupe expérimental rapportaient un trouble de santé

mentale diagnostiqué au moment de commencer l'intervention comparativement à une seule mère du groupe de comparaison (4%). Des antécédents de trouble de santé mentale étaient également plus fréquents dans le groupe expérimental.

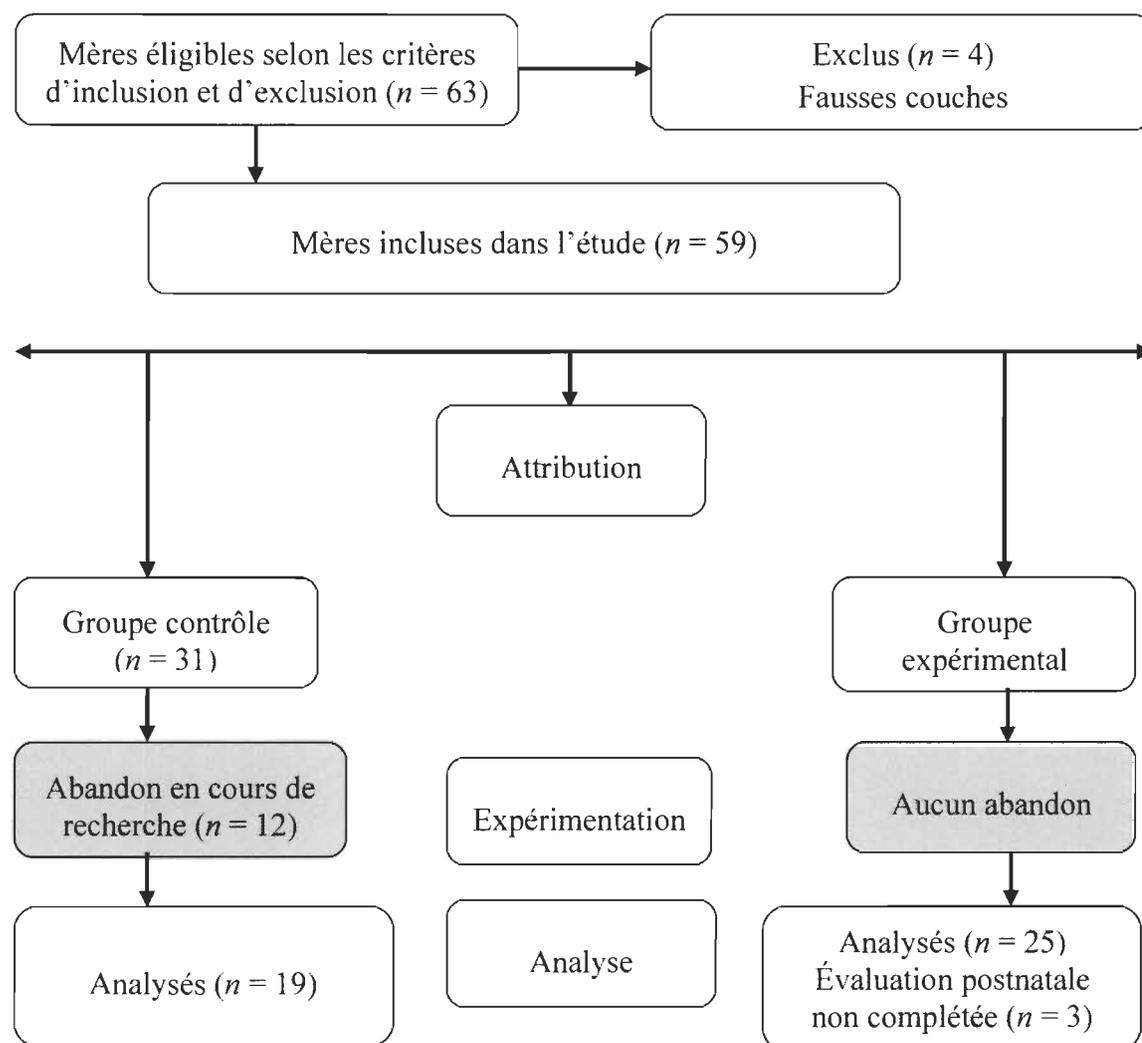


Figure 6. Diagramme de flux : Processus de sélection des participantes.

Tableau 2

*Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes du groupe expérimental et du groupe de comparaison*

	Groupe		Différence de groupe (expérimental vs contrôle) ( <i>p</i> -value) <sup>a</sup>
	Expérimental <i>n</i> = 29 <i>M</i> (E.T.) ou <i>N</i> (%)	Contrôle <i>n</i> = 25 <i>M</i> (E.T.) ou <i>N</i> (%)	
Âge			<i>p</i> = 0,47
Moyenne	30,6	30,4	
Écart-type	5	4	
Trimestre			<i>p</i> = 0,53
1 <sup>er</sup>	6 (20,7 %)	5 (20 %)	
2 <sup>e</sup>	22 (75,9 %)	19 (76 %)	
Total	28	24	
Données manquantes	1	1	
Statut civil			<i>p</i> = 0,64
Mariée	4 (13,8 %)	2 (8 %)	
Union de fait	22 (75,9 %)	22 (88,5 %)	
Célibataire	2 (6,9 %)	1 (4 %)	
Famille recomposée	1 (3,4 %)		
Total	20	25	
Revenu			<i>p</i> = 0,24
Moins de 15 000 \$	4 (13,8 %)	1 (4 %)	
15 001 à 35 000 \$	7 (24,1 %)	6 (24 %)	
35 001 à 55 000 \$	7 (24,1 %)	10 (40 %)	
55 001 à 75 000 \$	10 (31 %)	3 (12 %)	
75 001 \$ et plus	1 (3,4 %)	4 (16 %)	
Total	29	24	
Données manquantes		1	
Éducation			<i>p</i> = 0,35
Primaire	1 (3,4 %)	1 (4 %)	
Secondaire	1 (3,4 %)	2 (8 %)	
Professionnel	2 (6,9 %)	3 (12 %)	
Collégial	4 (13,8 %)	5 (20 %)	
Université	21 (81,2 %)	14 (56 %)	
Total	29	25	
Santé mentale des participantes			
Trouble de santé mentale actuel	8 (27,6 %)	1 (4 %)	<i>p</i> = 0,60
Trouble de santé mentale passé	14 (48,3 %)	6 (24 %)	<i>p</i> = 0,47
Total	22	7	

*Notes* : <sup>a</sup>Les valeurs *p* bilatérales sont obtenues à partir des tests *U* de Mann-Whitney pour les variables continues et des tests du chi carré ou du *V* de Cramer (lorsqu'au moins une cellule a moins de cinq observations) pour les variables catégorielles.

## Description du programme

Les huit ateliers de pleine conscience offerts (voir Tableau A en supplément) respectent les principes de base de la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn 1994), de la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Teasdale et al. 2002) et de l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT; Hayes et al. 1999). Les écrits de Deplus et al. (2014), Dumas et Cyrulnik (2012), Dewulf (2012) et Snel et Boutavant (2013) ont aussi guidé la construction de cette intervention originale. Le volet didactique est inspiré des travaux de Bardacke (2012) et de Vieten (2016). Au total, cinq groupes ont été formés. Les ateliers furent offerts par une psychologue clinicienne formée à la pleine conscience.

## Mesures

**Pleine conscience.** Les aptitudes à la pleine conscience ont été évaluées à partir du *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Heeren et al. 2011). L'instrument est composé de 39 items et utilise une échelle de Likert variant de 1 (*Jamais ou très rarement vrai*) à 5 (*Très souvent ou toujours vrai*). Voici un exemple d'item : « J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux ». Un haut score correspond à un haut niveau de pleine conscience. Cinq composantes de la pleine conscience sont ciblées : l'observation, la description, la capacité d'agir consciemment, la non-réaction et le non-jugement. La version originale (Baer et al. 2006) et francophone (Heeren et al. 2011) présente de bonnes habiletés psychométriques. L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,88.

**Détresse psychologique.** La détresse psychologique a été évaluée par le biais de l'*Échelle de dépression postnatale d'Edinburg* (EPDS; Cox et al. 1987) et du *Kessler Psychological Distress Scale* (K-10; Kessler et al. 2002). L'EPDS est composée de 10 questions évaluant les symptômes de dépression à la suite de la naissance d'un enfant et peut également être utilisée en cours de grossesse (Brandon et al. 2008; Meltzer-Brody et al. 2013). Les items utilisent une échelle qui varie de 1 (*Jamais*) à 5 (*Tout le temps*). Un faible pointage indique peu de symptômes psychologiques. Voici un exemple d'item : « J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté ». L'instrument possède de bonnes qualités psychométriques (Chabrol et al. 2008). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,86. Le K-10 est composé de dix items variant de 1 (*Jamais*) à 5 (*Tout le temps*), évaluant la détresse psychologique, notamment sous l'angle des symptômes anxieux. Un faible pointage indique une faible détresse psychologique. Voici un exemple d'item : « Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous sentie nerveuse? ». Les études concluent que le K-10 présente une bonne validité psychométrique (Bougie et al. 2016; Kessler et al. 2010). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,88.

**Stratégies de régulation émotionnelle.** Le *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz et Roemer 2004) comporte 36 items et utilise une échelle de Likert variant de 1 (*Jamais vrai*) à 5 (*Toujours vrai*). Ce questionnaire englobe six dimensions : la non-acceptation des émotions négatives, la difficulté à démontrer un comportement orienté vers un but, les difficultés de contrôle des impulsions, l'accès limité à des

stratégies de régulation des émotions perçues comme efficaces, le manque de conscience émotionnelle et le manque de compréhension de ses émotions. Voici un exemple d'item : « J'ai de la difficulté à donner un sens à mes sentiments ». Un faible pointage indique une bonne capacité à réguler ses émotions. Cette échelle présente de bonnes propriétés psychométriques (Côté et al. 2013; Gratz et Roemer 2004). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,90.

**Sentiment de compétence parentale.** Le *Maternal Confidence Questionnaire* (MCQ; Parker et Zahr 1985) permet d'évaluer la confiance des mères quant à leur capacité à reconnaître les différents besoins de leur nourrisson. Ce questionnaire est composé de 14 énoncés utilisant une échelle de type Likert variant de 1 (*Jamais*) à 5 (*Beaucoup*). Voici un exemple d'item : « Je saurai quand mon bébé désirera que je joue avec lui ». Un faible pointage indique un faible sentiment de compétence parentale. L'instrument est divisé en trois sous-échelles : les connaissances, les tâches et les sentiments. L'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques (Badr 2005; Zahr 1991). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,81. L'instrument a été administré uniquement aux deux temps de mesure prénataux.

**Lien d'affection de la mère envers son enfant.** Le questionnaire *Maternal Antenatal Attachment Scale* (MAAS; Condon et Corkindale 1997) comporte 19 énoncés et évalue, sur une échelle variable de Likert, la qualité et l'intensité de l'engagement psychologique des mères. Voici un exemple d'item : « Au cours des dernières semaines,

je me suis aperçue que je parlais au bébé quand j'étais seule ». Un haut score témoigne d'un lien d'affection positif. L'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques (van Bakel et al. 2013). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,83. L'instrument a été administré uniquement aux deux temps de mesure prénataux. Le *Maternal Postnatal Attachment Scale* (MPAS; Condon et Corkindale 1998) a été utilisé au troisième temps de mesure. Il est composé de 19 énoncés utilisant une échelle variable de Likert. Les propriétés psychométriques de l'instrument sont bonnes (Scopesi et al. 2004). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,46.

**Développement de l'enfant.** Le *Baby Pediatric Symptoms Scale* (BPSC; Sheldrick et al. 2013) comporte 12 questions dont les réponses varient de 0 (*Pas du tout*) à 2 (*Beaucoup*). Voici un exemple d'item : « Mon bébé pleure beaucoup ». Cette échelle permet de dépister des problèmes de développement chez les enfants de 18 mois et moins. Plus le score est élevé, plus des difficultés peuvent être suspectées chez l'enfant. Trois dimensions sont évaluées : l'irritabilité, le manque de flexibilité et la difficulté dans les routines. L'instrument présente de bonnes propriétés psychométriques (Sheldrick et al. 2013). L'alpha de Cronbach dans le présent échantillon est de 0,77.

### **Stratégie d'analyses**

Les analyses ont été réalisées à partir de SPSS version 26. Aucune imputation n'a été réalisée comme le nombre de données manquantes était inférieur à 5 % (Njamen

Kengdo 2016). Les données étaient normalement distribuées pour l'ensemble des variables à l'étude. Des ANOVAs à mesures répétées à un facteur ont permis de répondre à l'objectif principal de cette étude quant à la présence de différences statistiquement significatives sur les variables mesurées entre le groupe expérimental et le groupe contrôle en fonction du temps (T1, T2 et T3). Des tests-*t* ont servi à cibler où se situaient précisément les différences significatives entre les temps. Des analyses acheminatoires ont ensuite été réalisées afin d'évaluer l'hypothèse voulant que l'intervention contribue au sentiment de compétence parentale, à la qualité du lien d'affection de la mère envers son enfant et au développement de l'enfant via les aptitudes à la pleine conscience, à la suite de la naissance de l'enfant.

### **Résultats**

Mentionnons d'abord que toutes les participantes du groupe expérimental ont complété l'intervention et que 79% d'entre elles se sont présentées aux huit ateliers. De plus, le taux de participation à un minimum de six séances est de 93%. Trois participantes du groupe expérimental n'ont toutefois pas retourné les questionnaires post-intervention (T2 et T3), tout comme 12 des participantes du groupe contrôle. De plus, 96,5 % des participantes à l'intervention ont réalisé des exercices longs à la maison (*souvent* = 47,8 %; *parfois* = 47,8 %) et 77,5 % d'entre elles ont utilisé les stratégies enseignées dans les ateliers pour faire face aux difficultés rencontrées dans leur quotidien.

Le Tableau 3 présente les résultats des ANOVAs. Les résultats démontrent une interaction significative GroupeXTemps en ce qui a trait aux aptitudes de pleine conscience, aux symptômes dépressifs, à la détresse psychologique et à la régulation des émotions. En ce qui a trait aux aptitudes de pleine conscience, des tests  $t$  pour échantillons appariés indiquent une différence significative pour le groupe expérimental entre les temps 1 et 2 [ $t(24) = -5,61, p = 0,00$ ] et entre les temps 1 et 3 [ $t(24) = -4,03, p = 0,00$ ]. En ce qui concerne les symptômes dépressifs, une différence significative est observée pour le groupe expérimental entre les temps 1 et 3, [ $t(24) = 2,68, p = 0,01$ ]. Pour la détresse psychologique, une différence significative entre les temps 1 et 2 est confirmée pour le groupe expérimental [ $t(24) = 2,14, p = 0,04$ ]. Enfin, les résultats au DERS démontrent une interaction significative [ $F(1, 42) = 3,95, p = 0,02, \eta^2p = 0,09$ ]. Les tests  $t$  entre les différents temps de mesure ne permettent pas de préciser où se situe la différence. Finalement, en ce qui concerne le MAAS, l'effet d'interaction GroupeXtemps n'est pas significatif, mais les résultats démontrent tout de même une tendance plus marquée de l'investissement psychologique envers le fœtus pour le groupe expérimental que pour le groupe contrôle.

Tableau 3

*Résultats des ANOVAs (effets d'interaction)*

	Intervention ( <i>n</i> = 25)			Contrôle ( <i>n</i> = 22)			Anova mixte		
	Prétest Mean (SD)	Post test Mean (SD)	Relance Mean (SD)	Pré test Mean (SD)	Post test Mean (SD)	Relance Mean (SD)	Effet d'interaction temps*groupe	<i>p</i>	État-carré partiel
Pleine conscience	<i>(n</i> = 25)			<i>(n</i> = 19)			<i>F</i> (1, 42)		
Total	123,80 (16,28)	136,92 (16,26)	134,12 (17,70)	127,84 (19,21)	127,42 (16,44)	131,11 (27,25)	5,79	0,007	0,12
Détresse psychologique	<i>(n</i> = 23)			<i>(n</i> = 15)			<i>F</i> (1, 36)		
Dépression	8,22 (5,63)	6,04 (3,93)	5,26 (3,52)	4,93 (3,84)	4,87 (3,18)	6,27 (15,39)	3,11	0,05	0,079
Détresse	<i>(n</i> = 25)			<i>(n</i> = 19)			<i>F</i> (1, 42)		
	20,80 (6,99)	17,88 (15,57)	18,04 (5,54)	16,63 (3,86)	16,58 (3,08)	19,05 (6,10)	4,16	0,02	0,10
Régulation des émotions	<i>(n</i> = 24)			<i>(n</i> = 19)			<i>F</i> (1, 43)		
	85,21 (15,21)	83,08 (14,71)	79,20 (15,68)	78,68 (12,69)	75,00 (13,27)	81,21 (18,08)	3,95	0,02	0,09
Sentiment de compétence	<i>(n</i> = 25)			<i>(n</i> = 19)			<i>F</i> (1, 43)		
	61,44 (4,65)	62,88 (5,13)		61,33 (4,56)	61,61 (3,50)		0,91	0,35	0,02
Lien d'affection de la mère envers son enfant	<i>(n</i> = 25)			<i>(n</i> = 19)			<i>F</i> (1, 43)		
	77,72 (9,20)	80,40 (7,58)		79,74(5,37)	82,05(4,84)		0,95	0,80	0,02

*Note* : Les résultats aux sous-échelles de pleine conscience sont disponibles sur demande ou en ligne (voir Tableau B en supplément).

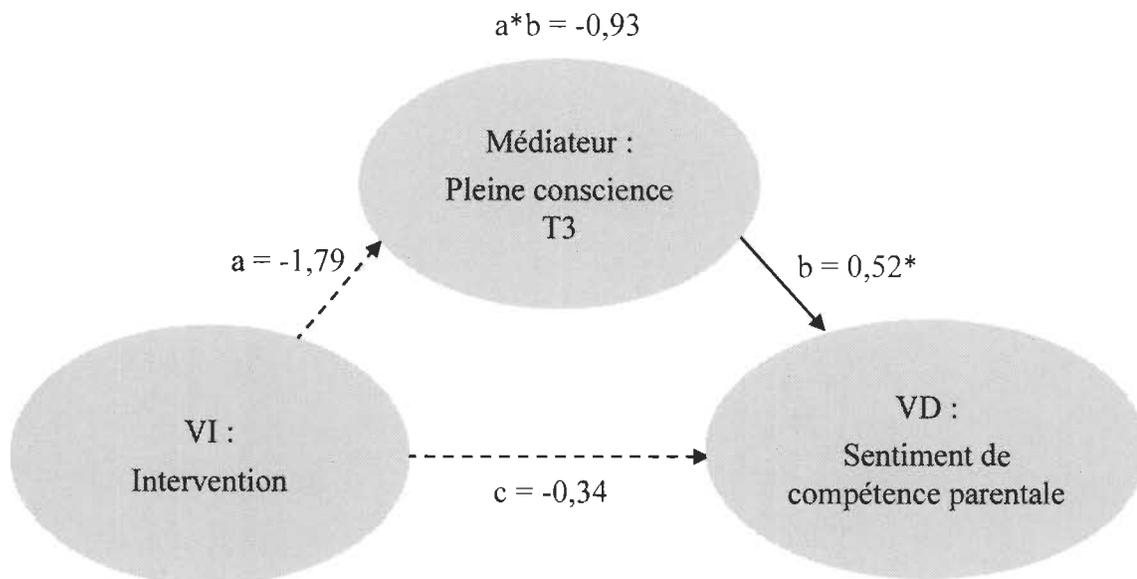
Avant de procéder aux analyses acheminatoires, des analyses préliminaires (voir Tableau 4) ont permis de confirmer des associations significatives entre le médiateur (pleine conscience) et les VD (compétence parentale, lien d'affection de la mère envers son enfant et développement de l'enfant). Quant aux analyses acheminatoires, bien que les participantes du groupe expérimental aient rapporté une amélioration significative des habiletés de pleine conscience entre le début de l'étude et la période postnatale, la participation au groupe ne prédisait pas les habiletés de pleine conscience au T3, considérant que plusieurs participantes du groupe de comparaison démontraient de telles aptitudes en l'absence d'intervention. Un lien indirect entre la participation groupe et les variables à l'étude, via la pleine conscience en période postnatale, n'était donc pas observé. Toutefois des liens directs significatifs étaient observés entre la pleine conscience en période postnatale et le sentiment de compétence parentale ( $\beta = 0,05$ ,  $t = 2,60$ ,  $p = 0,01$ ) (voir Figure 7) ainsi qu'entre la pleine conscience et la qualité du lien d'affection mère-enfant ( $\beta = 0,07$ ,  $t = 2,89$ ,  $p = 0,00$ ) (voir Figure 8). Aucune association n'était observée entre le score total de pleine conscience et le développement du nourrisson (voir Figure 9). Toutefois, comme présentée au Tableau 4, la capacité à Observer était spécifiquement corrélée au développement de l'enfant.

Tableau 4

*Corrélations bivariées de Pearson entre la pleine conscience, le sentiment de compétence parentale, le développement du lien d'affection de la mère envers son enfant et le développement de l'enfant*

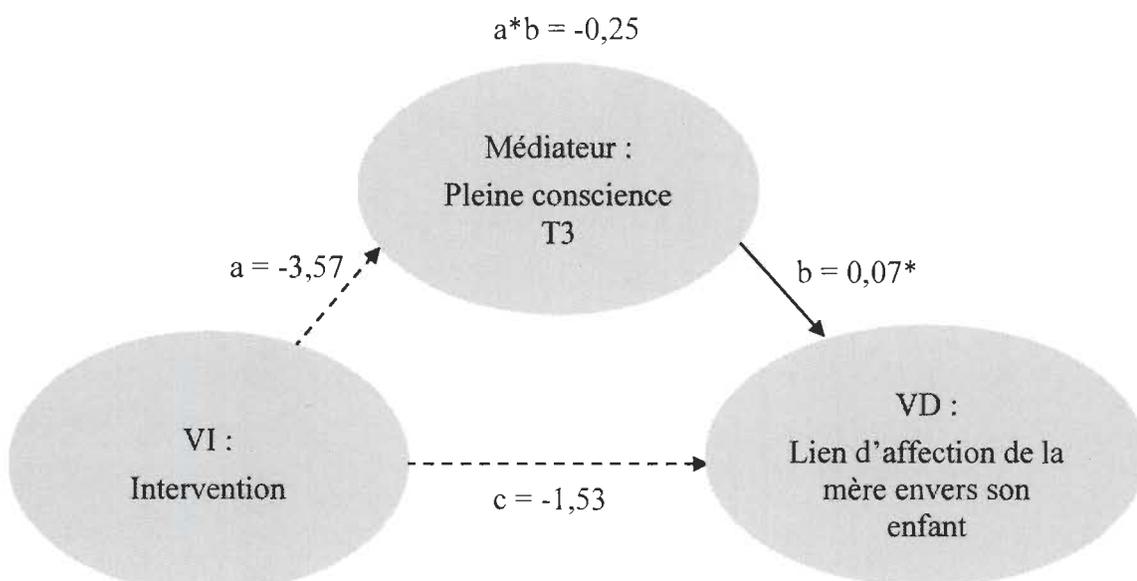
Variables mesurées	1	2	3	4	5	10	11	12	13
1. Pleine conscience (total)									
2. Pleine conscience (décrire)	0,55**								
3. Pleine conscience (non-réactivité)	0,78**	0,21							
4. Pleine conscience (agir avec attention)	0,49**	0,37*	0,10						
5. Pleine conscience (observer)	0,51**	0,25	0,17	0,03					
10. Pleine conscience (non-jugement)	0,62**	0,29	0,16	0,51**	0,36*				
11. Lien d'affection de la mère envers son enfant	0,42**	0,29	0,32*	0,36**	0,08	0,42**			
12. Sentiment de compétence parentale	0,37*	0,20	0,11	0,43**	0,18	0,47**	0,44**		
13. Symptômes pédiatriques (dév. enf.)	-0,23	0,14	-0,12	-0,35	-0,39**	-0,23	-0,20	-0,17	

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



Note : \*  $p < 0,05$ .

Figure 7. Modèle d'analyses acheminatoires de l'association entre l'intervention et le sentiment de compétence parentale, via la pleine conscience.



Note : \*  $p < 0,05$ .

Figure 8. Modèle d'analyses acheminatoires de l'association entre l'intervention et le lien d'affection de la mère envers son enfant, via la pleine conscience.

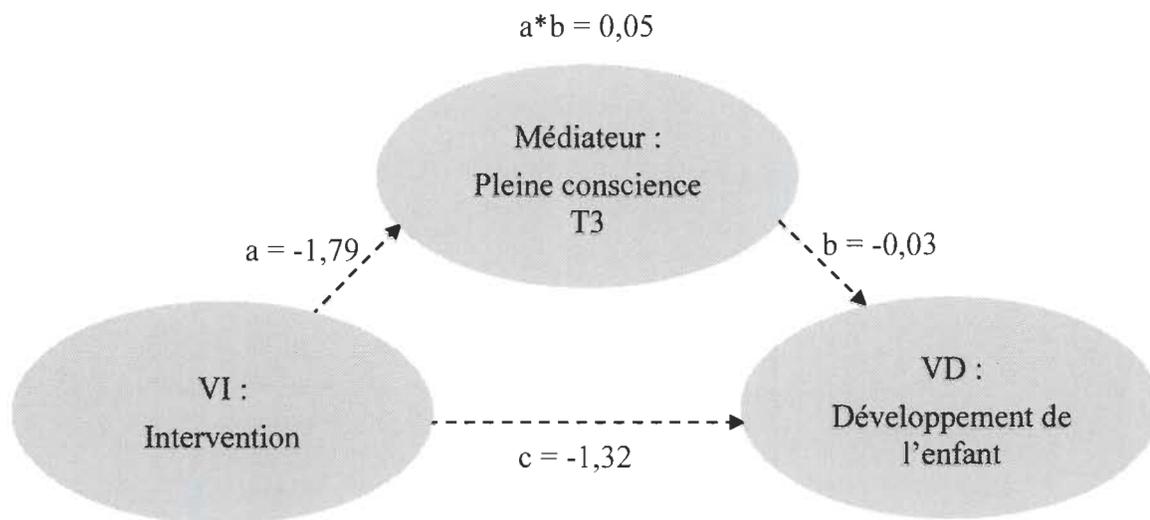


Figure 9. Modèle d'analyses acheminatoires de l'association entre l'intervention et le développement de l'enfant via la pleine conscience.

### Discussion

Les résultats de cette étude soutiennent les trois premières hypothèses voulant que la participation à une intervention basée sur la pleine conscience au cours de la période prénatale entraîne des bénéfices en ce qui a trait au bien-être psychologique, au niveau de pleine conscience et à l'adaptation à la parentalité lors de l'attente et de l'arrivée d'un enfant. En effet, alors qu'aucune amélioration significative n'est remarquée pour le groupe contrôle aux différents instruments entre les trois temps de mesure, les mères qui ont participé à l'intervention rapportent moins de détresse psychologique, une augmentation de leurs aptitudes à être en pleine conscience et une meilleure régulation de leurs émotions suite à l'intervention. Ces résultats présentent un appui additionnel à l'efficacité des interventions de pleine conscience lorsqu'offertes à des femmes enceintes de la communauté et sont en concordance avec des études antérieures (Ahmadi

et Bagheri 2017; Beddoe et al. 2019; Duncan et Bardacke 2010; Hosseinian et al. 2016; Perez-Blasco et al. 2013).

La quatrième hypothèse à l'étude, voulant que la participation au groupe entraîne des bénéfices pour la qualité de l'engagement dans la maternité et le développement de l'enfant via une amélioration des aptitudes à la pleine conscience, est partiellement supportée. En effet, nos résultats suggèrent que le niveau de pleine conscience au cours de la période postnatale est significativement associé au sentiment de compétence parentale et à la qualité du lien d'affection mère-enfant, que ces aptitudes aient été acquises ou non dans le cadre du programme d'intervention. Ces liens directs sont aussi retrouvés dans des études récentes (Matvienko-Sikar et al. 2016; Shi et MacBeth 2017; Taylor et al. 2016) et certains auteurs démontrent spécifiquement que la pleine conscience est positivement corrélée avec l'attachement maternel et influence la qualité du lien parent-enfant (Dhillon et al. 2017; Hicks et al. 2018; Kantrowitz-Gordon 2018; O'Leary et al. 2016).

Les recherches qui portent sur les prédispositions à la pleine conscience démontrent que certaines personnes présentent cette aptitude même sans intervention. Ces traits s'expriment naturellement par une meilleure qualité attentionnelle (Pepping et Duvenage 2016). Ces traits pourraient exister indépendamment de la pratique de la pleine conscience (Rau et Williams 2016), même s'il a été démontré que les prédispositions à la pleine conscience viennent médier les impacts de l'entraînement à la méditation

(Quaglia et al. 2016). Pour Tomlinson et al. (2018), les prédispositions à la pleine conscience apparaissent négativement corrélées avec la dysrégulation émotionnelle et la psychopathologie et positivement corrélées avec des processus cognitifs adaptés où les ruminations et les pensées catastrophiques sont moins nombreuses. La santé mentale chez les mères et les aptitudes innées à la pleine conscience sembleraient contribuer au développement du sentiment de compétence parentale. Ces facteurs de protection pourraient prédire le développement du lien positif mère-enfant (Gouveia et al. 2016; Sawyer Cohen 2010). Les parents qui disposent d'aptitudes à la pleine conscience apparaissent davantage habilités à interagir avec leur enfant avec une attitude de non jugement et de patience (Singh et al. 2010).

Également, nos résultats suggèrent une association particulière entre la capacité à *Observer* et le développement du nourrisson. Prendre soin d'un enfant avec sensibilité implique qu'une attention particulière, par le biais de l'observation, soit portée par la mère aux moyens de communication non verbaux du bébé, puis à ses propres pensées et émotions (Bardacke 2012). Cette attention permet à la mère de prendre du recul afin de mieux lire les besoins de son enfant et y répondre adéquatement, sans être submergée par l'émotion (Coulomb 2019). Cette étude fait partie des premières qui tendent à démontrer que de bonnes aptitudes à la pleine conscience peuvent contribuer à l'engagement maternel postnatal et rejoint les écrits de plusieurs auteurs. Ces résultats préliminaires invitent à de nouvelles études randomisées auprès de plus larges échantillons visant à valider l'effet positif de telles interventions prénatales sur le

développement de l'enfant, considérant le potentiel énorme de retombées de ces résultats pour la santé publique.

Les limites de notre recherche concernent d'abord la petite taille de notre échantillon, bien qu'il soit plus grand que plusieurs études similaires publiées (Bowen et al. 2014; Dunn et al. 2012; Perez-Blasco et al. 2013; Vieten et Astin 2008). Les abandons, principalement dans le groupe contrôle, affectent la taille de l'échantillon et amènent un questionnement quant à un possible biais d'autosélection (Gingras et Belleau 2015). Toutefois, la comparaison des scores moyens au T1 des participantes qui ont complété l'étude versus celles qui ont abandonné permet de confirmer l'absence de différence significative en ce qui a trait aux symptômes dépressifs, au niveau de pleine conscience et à la capacité de régulation des émotions. L'assignation au groupe non randomisé est une seconde limite. Ceci a notamment contribué à l'obtention de groupes inégaux en ce qui a trait au bien-être psychologique, les participantes présentant de la détresse étant plus enclines à être assignées au groupe expérimental. Il en est de même pour l'absence de mesure qui évalue spécifiquement la dimension interpersonnelle de la pleine conscience (pleine conscience et capacités parentales), qui n'était pas encore accessible et validée lors de notre collecte de données. Bien que les effets de l'intervention sur le plan du développement de l'enfant ne soient pas perceptibles à 4 mois, des mesures étalées jusqu'à 18 mois après la naissance auraient pu permettre de mieux identifier les effets du programme sur le développement ultérieur de l'enfant. Enfin, une dernière limitation vient du fait que les mesures de la pratique de la pleine

conscience en dehors des ateliers n'ont été prises qu'au T2. Ainsi, il n'est pas possible de savoir si les participantes ont poursuivi leur pratique à la maison et la contribution de cette pratique au maintien des aptitudes de pleine conscience au cours de la période postnatale (Chan 2015; Mirabel-Sarron et al. 2012). Enfin, même si les questionnaires devaient être complétés par les participantes à la maison et retournés dans des enveloppes scellées, cette recherche n'est pas exempte du biais de désirabilité sociale, étant donné que la chercheuse principale a évalué une intervention qu'elle a elle-même offerte. Toutefois, cette limite apparaît aussi constituer une force. En ce sens, le développement du lien thérapeutique a permis l'implication des participantes du groupe expérimental à tous les ateliers, sans qu'il n'y ait d'abandon.

En conclusion, la présente étude démontre qu'une intervention prénatale axée sur la pleine conscience a des effets positifs sur le bien-être psychologique des mères, leur niveau de pleine conscience et leur capacité à réguler leurs émotions, avant et après la naissance de l'enfant, et ce, même chez des mères issues de la communauté. Cela suggère que de telles interventions pourraient avoir une visée universelle, en ce sens qu'elles permettraient aux femmes enceintes de s'engager plus sereinement dans leur rôle maternel, qu'elles présentent ou non des difficultés préexistantes. En regard de ces résultats concluants, en plus de poursuivre les recherches dans ce domaine, il serait aussi souhaitable d'étudier comment des interventions axées sur la pleine conscience pourraient s'inscrire dans le cadre des politiques en périnatalité et en prévention de la santé mentale, et de préciser les intrants nécessaires à leur implantation à plus grande

échelle. Les retombées de ce type de programme, sur la santé mentale des femmes et leur progéniture et financières pour la société, seraient aussi à documenter.

### Bibliographie

- Agius A, Xuereb RB, Carrick-Sen D, Sultana R, Rankin J (2016) The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery* 36:70-79
- Ahmadi L, Bagheri F (2017) The effectiveness of educating mindfulness on anxiety, fear of delivery, pain catastrophizing and selecting caesarian section as the delivery method among nulliparous pregnant women. *Nursing Practice Today* 4(1):52-63
- Badker R, Misri S (2017) Mindfulness-Based Therapy in the perinatal period: A review of the literature. *B C Med J* 59(1):18-21
- Badr LK (2005) Further psychometric testing and use of the Maternal Confidence Questionnaire. *Issues Compr Pediatr Nurs* 28(3):163-174
- Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L (2006) Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 13(1):27-45
- Bardacke N (2012) *Se préparer à la naissance en pleine conscience*. Le courrier du livre, Paris
- Beddoe AE, Paul Yang CP, Kennedy HP, Weiss SJ, Lee KA (2009). The effects of mindfulness-based yoga during pregnancy on maternal psychological and physical distress. *JOGNN* 38(3):310-319
- Bougie E, Arim RG, Kohen DE, Findlay LC (2016) Validation of the 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K-10) in the 2012 Aboriginal Peoples Survey. *Health Rep* 27(1):3-10
- Bowen A, Baetz M, Schwartz L, Balbuena L, Muhajarine N (2014) Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms. *Isr J Psychiatry* 51(3):226-231
- Braeken MA, Jones A, Otte RA, Nyklíček I, van den Bergh BR (2017) Potential benefits of mindfulness during pregnancy on maternal autonomic nervous system function and infant development. *Psychophysiology* 54(2):279-288
- Brandon AR, Trivedi MH, Hynan LS, Miltenberger PD, Labat DB, Rifkin JB, Stringer CA (2008) Prenatal depression in women hospitalized for obstetric risk. *J Clin Psychiatry* 69(4):635-643
- Bussièrès E-L, Tarabulsy GM, Pearson J, Tessier R, Forest J-C, Giguère Y (2015) Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies. *Dev Rev* 36:179-199

- Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R (2014) Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *J Midwifery Womens Health* 59(2):192-197
- Chabrol H, Callahan S, Séjourné N (2008) Prévention et traitement de la dépression du post-partum. *Devenir* 20(3):211-248
- Chan KP (2015) Effects of perinatal meditation on pregnant Chinese women in Hong Kong: A randomized controlled trial. *J Nurs Educ & Pract* 5(1):1-18
- Condon JT, Corkindale C (1997) The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *Br J Med Psychol* 70(Pt 4):359-372
- Condon JT, Corkindale C (1998) The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol* 16(1):57-77
- Côté G, Gosselin P, Dagenais I (2013) Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J de Ther Comport et Cogn* 23(2):63-72
- Coulomb M (2019) Petit manuel de naturopathie à l'usage des futurs parents. Vers une santé parfaite, Paris
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150:782-786
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 150(6):782-786
- Deplus S, Philippot P, Lahaye M (2014) Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec l'enfant et l'adolescent : les processus de changement. *Revue québécoise de psychologie* 35(2):71-116
- Dewulf, D (2012) Mindfulness : la pleine conscience pour les ados : mieux gérer son stress et ses émotions, améliorer la concentration et la confiance en soi, se relaxer et mieux dormir (1<sup>re</sup> éd.). De Boeck, Bruxelles
- Dhillon A, Sparkes E, Duarte RV (2017) Mindfulness-based interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness* 8(6):1421-1437
- Dumas JE, Cyrulnik B (2012) L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage (3<sup>e</sup> éd.). De Boeck, Bruxelles

- Duncan LG, Bardacke N (2010) Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *J Child Fam Stud* 19(2):190-202
- Duncan LG, Shaddix C (2015) Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP): Innovation in birth preparation to support healthy, happy families. *IJBPE* 2(2):30-33
- Dunn C, Hanieh E, Roberts R, Powrie R (2012) Mindful pregnancy and childbirth: Effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Arch Womens Ment Health* 15(2):139-143
- Gingras MÈ, Belleau H (2015) Avantages et désavantages du sondage en ligne comme méthode de collecte de données : une revue de la littérature [en ligne]. Repéré à <http://espace.inrs.ca/id/eprint/2678/1/Inedit02-15.pdf>
- Gouveia MJ, Carona C, Canavarro MC, Moreira H (2016) Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7(3):700-712
- Gratz KL, Roemer L (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 26(1):41-54
- Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis C-L, Koren G, Radford K (2013) The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 74(4):e321-e341
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999) *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York
- Heeren A, Douilliez C, Peschard V, Debrauwere L, Philippot P (2011) Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *Eur Rev Appl Psychol* 61(3):147-151
- Hicks LM, Dayton CJ, Brown S, Muzik M, Raveau H (2018) Mindfulness moderates depression and quality of prenatal attachment in expectant parents. *Mindfulness* 9(5):1604-1614

- Hosseinian S, Shahtaheri E, Ebrahimi M, Mahdavi A, Ali M (2016) Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and metacognition therapy on reduction of symptoms of depression, core self-evaluation and emotion regulation difficulties in pregnant women with depression. *Acta Med* 32:20-33. Repéré à <http://www.actamedicamediterranea.com/archive/2016/special-issue-5/effectiveness-of-mindfulness-based-cognitive-therapy-and-metacognition-therapy-on-reduction-of-symptoms-of-depression-core-selfevaluation-and-emotion-regulation-difficulties-in-pregnant-women-with-depression/pdf>
- Kabat-Zinn J (1994) *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. DeBoeck, Paris
- Kantrowitz-Gordon I (2018) Factor structure and external validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in pregnancy. *Mindfulness* 9(1):243-257
- Kessler RC, Andrews G, Colpe J, Hiripi E (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol. Med* 32:959-976
- Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, ... Hu CY (2010) Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* 19(S1):4-22
- Kingston D, Tough S, Whitfield H (2012) Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev* 43(5):683-714
- Korucku O, Kukulcu K (2017) The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health Care Women Int* 38(7):765-785
- Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RP, Schumacher L, Akbari E, Tarabulsky GM (2018) A meta-analysis of maternal prenatal depression and anxiety on child socioemotional development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 57(9):645-657
- Matvienko-Sikar K, Lee L, Murphy G, Murphy L (2016) The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychol Health* 31(12):1415-1434
- Meltzer-Brody S, Boschloo L, Jones I, Sullivan PF, Penninx BW (2013) The EPDS-Lifetime: Assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. *Arch Womens Ment Health* 16(6):465-473

- Mirabel-Sarron C, Sala L, Dorocant ES, Docteur A (2012) *Mener une démarche de pleine conscience-Approche MBCT : Pour qui? Pourquoi? Comment?* Dunod, Paris
- Muzik M, Hamilton SE, Rosenblum KL, Waxler E, Hadi Z (2012) Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: Preliminary results from a pilot feasibility study. *Complement Ther Clin Pract* 18(4):235-240
- Njamen Kengdo AA (2016) Gestion des données manquantes dans les bases de données : la méthode d'imputation multiple sous XLSTAT.MPRA Paper 70835, University Library of Munich, Germany
- O'Leary K, Dockray S, Hammond S (2016) Positive prenatal well-being: Conceptualising and measuring mindfulness and gratitude in pregnancy. *Arch Womens Ment Health* 19(4):665-673
- Parker S, Zahr L (1985) The maternal confidence questionnaire. Boston City Hospital, Boston
- Pepping CA, Duvenage M (2016) The origins of individual differences in dispositional mindfulness. *Pers Individ Dif* 93:130-136
- Perez-Blasco J, Viguer P, Rodrigo M (2013) Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: Results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 16(3):227-236
- Quaglia JT, Braun SE, Freeman SP, McDaniel MA, Brown KW (2016) Meta-analytic evidence for effects of mindfulness training on dimensions of self-reported dispositional mindfulness. *Psychol Assess* 28(7):803-818.
- Rau HK, Williams PG (2016) Dispositional mindfulness: A critical review of construct validation research. *Pers Individ Dif* 93:32-43
- Sawyer Cohen JS (2010) Mindfulness and self-compassion in the transition to motherhood: A prospective study of postnatal mood and attachment. Columbia University, ProQuest Dissertations Publishing, 3447974
- Scopesi A, Viterbori P, Sponza S, Zucchinetti P (2004) Assessing mother-to-infant attachment: the Italian adaptation of a self-report questionnaire. *J Reprod Infant Psychol* 22(2):99-109
- Sheldrick RC, Henson BS, Neger EM, Merchant S, Murphy M, Perrin EC (2013) The Baby Pediatric Symptom Checklist: Development and initial validation of a New Social/Emotional Screening Instrument for Very Young Children. *Acad Pediatr* 13(1):72-80

- Shi Z, MacBeth A (2017) The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health outcomes: A systematic review. *Mindfulness* 8(4):823-847
- Singh NN, Lancioni GE, Winton AS, Singh J, Singh AN, Adkins AD, Wahler RG (2010) Training in mindful caregiving transfers to parent–child interactions. *J Child Fam Stud* 19(2):167-174.
- Snel E, Boutavant M (2013) *Calme et attentif comme une grenouille : la méditation pour les enfants avec leurs parents*. Éditions Transcontinental, Montréal
- Tarabulsky GM, Larose S (2000) *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain*. Presses de l'Université du Québec, Sainte-Foy
- Taylor BL, Cavanagh K, Strauss C (2016) The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 11(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155720>
- Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV (2002) Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 70(2):275-287
- Tomlinson ER, Yousaf O, Vittersø AD, Jones L (2018) Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness* 9(1):23-43
- Tremblay MJ, Berthelot N (soumis) L'efficacité des interventions inspirées de la pleine conscience sur la diminution de la détresse psychologique, l'augmentation des aptitudes à la pleine conscience et l'adaptation à la parentalité auprès des femmes enceintes : revue systématique et méta-analyse (soumis à la Revue canadienne de santé mentale communautaire en lecture par réviseurs).
- van Bakel HJ, Maas AJ, Vreeswijk CM, Vingerhoets AD (2013) Pictorial representation of attachment: Measuring the parent-fetus relationship in expectant mothers and fathers. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13(138). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-138>
- Vieten C (2016) *Vivre sa maternité en pleine conscience*. De Boeck supérieur, Paris
- Vieten C, Astin J (2008) Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study. *Arch Womens Ment Health* 11(1):67-74

Woody C, Ferrari A, Siskind D, Whiteford H, Harris M (2017) A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* 219:86-92

Zahr LK (1991) The relationship between maternal confidence and mother-infant behaviors in premature infants. *Res Nurs Health* 14(4):279-286

## **Discussion générale**

La pertinence scientifique et clinique de cette thèse s'inscrit principalement dans la nécessité d'évaluer et de développer des interventions visant le mieux-être psychologique des femmes en cours de grossesse, afin qu'elles assument pleinement leur rôle parental et contribuent positivement au développement de leur enfant. La pleine conscience apparaît en ce sens une approche de choix. Rappelons en réalité que cette population est à risque sur le plan de la santé mentale et que la détresse psychologique des mères a des conséquences reconnues sur le développement de l'enfant. L'absence de programme pour les femmes enceintes de la communauté et de données empiriques quant aux impacts des interventions inspirées de la pleine conscience sur l'adaptation à la parentalité et le développement des enfants, appuient aussi l'importance de ce travail de recherche.

### **Rappel de l'objectif général et des hypothèses de recherche**

L'objectif général de cette thèse était de mesurer l'efficacité des interventions axées sur la pleine conscience pendant la grossesse sur la détresse psychologique, la régulation des émotions et les aptitudes à la pleine conscience des mères en pré et postnatal. Une attention particulière fut portée sur des aspects jusqu'à maintenant négligés dans ce domaine de recherche, soit les impacts de ce type d'intervention sur le sentiment de compétence parentale, le développement du lien d'affection de la mère envers son enfant

et le développement du bébé à 4 mois de vie. Deux articles scientifiques, soit une revue systématique et méta-analyse et les résultats d'une recherche clinique, ont servi à répondre à cet objectif général, qui dans le cas de la recherche clinique, s'est décliné en quatre hypothèses spécifiques :

- les participantes du groupe expérimental présenteront une plus grande diminution de leur niveau de détresse psychologique entre le T1 et le T2 et entre le T1 et le T3 que les participantes du groupe contrôle;
- les participantes du groupe expérimental démontreront une plus grande amélioration de leur niveau de pleine conscience entre le T1 et le T2 et entre le T1 et le T3 que les participantes du groupe contrôle;
- les participantes du groupe expérimental démontreront une meilleure adaptation à la parentalité (régulation émotionnelle) entre le T1 et le T2 que les mères du groupe contrôle;
- les effets de l'intervention sur l'adaptation à la parentalité et le développement harmonieux de l'enfant à 4 mois de vie seront médiés par les aptitudes à la pleine conscience (T3).

### **Rappel et analyse des résultats**

Le premier article, une revue systématique et méta-analyse des études avec et sans groupe contrôle, s'est attardé à mesurer quantitativement l'efficacité d'ateliers de pleine conscience auprès des femmes enceintes sur l'anxiété, la dépression, la détresse psychologique, la pleine conscience, l'adaptation à la parentalité et le développement

des enfants. La synthèse des 32 articles qui ont constitué la revue systématique a permis de corroborer les impacts positifs et significatifs des interventions de pleine conscience sur la santé mentale des mères et leur niveau de pleine conscience, mais aussi de soulever plusieurs problèmes au plan méthodologique, dont principalement la petite taille des échantillons, le choix de devis non expérimentaux dans la moitié de cas, ainsi que l'hétérogénéité des populations, des instruments de mesure et du cadre d'interventions soutenant les ateliers. Les 21 articles qui ont rempli les critères de la méta-analyse ont permis le calcul d'une série de méta-analyses où des tailles d'effet variant de petites (anxiété) à moyennes (dépression, détresse psychologique et pleine conscience) ont été retrouvées. Rappelons que de grands écarts dans les tailles d'effet entre les études ont été observés, particulièrement en ce qui la détresse psychologique. Ces écarts s'expliquent notamment par les différences de population et le choix du type d'interventions. En effet, les tailles d'effet plus élevées ont été décelées dans les échantillons où les femmes avaient reçu un diagnostic de santé mentale, ce qui est attendu, considérant que les femmes présentant peu de symptômes au début de l'intervention ont peu de place à amélioration sur ces mesures (Byrne et al., 2014; Dimidjian et al., 2015; Townshend, Caltabiano, Powrie, & O'Grady., 2018). De plus, la mise en place d'approches fidèles aux interventions classiques et qui intègrent le yoga semble conduire à des tailles d'effet qui se démarquent positivement de celles obtenues lorsque le cadre d'interventions s'écarte de la MBSR et de la MBCT (Townshend et al., 2018).

Le premier volet de cette thèse a aussi permis d'en arriver au constat que très peu d'études ont mesuré l'impact des interventions de pleine conscience sur la mère et l'enfant après l'accouchement, et plus précisément sur le développement du sentiment de compétence pour la mère, son lien d'affection avec l'enfant et le développement de l'enfant. Même si les résultats des sept études qui se sont penchées sur les effets des interventions de pleine conscience sur l'adaptation à la parentalité apparaissent prometteurs, rappelons que ces données n'ont pu être incluses dans notre méta-analyse. En effet, le design de ces études et les indicateurs retenus étaient très variables, rendant la comparaison des résultats impossible. Au final, les auteurs qui se sont intéressés aux impacts des interventions axées sur la pleine conscience sur la régulation des émotions ont rapporté des tailles d'effet de moyenne à grande (Hosseinian, Shahtaheri, Ebrahimi, Mahdavi, & Ali, 2016; Vieten & Astin, 2008). Korucku et Kukulu (2017) ont confirmé pour leur part des différences significatives entre le groupe contrôle et expérimental, un mois après la naissance de l'enfant, en ce qui a trait à l'attachement postnatal, et Muzik et al. (2012) ont rapporté une taille d'effet moyenne en ce qui concerne l'attachement prénatal. Pour ce qui est de l'impact des interventions inspirées de la pleine conscience sur le sentiment de compétence maternelle, les auteurs partagent aussi des données concluantes (Byrne et al., 2014; Korucku & Kukulu, 2017; Perez-Blasco et al., 2013), qui rejoignent celles que nous avons obtenues.

Les résultats de l'étude clinique, présentés dans le second article, confirment que l'intervention de pleine conscience développée dans le cadre de cette recherche diminue

significativement, en pré et postnatal, la détresse psychologique des femmes enceintes de la population générale et augmente leur niveau de pleine conscience et leur capacité à réguler leurs émotions. En postnatal, le lien direct et positif entre la pleine conscience et le sentiment de compétence parentale ainsi qu'entre la pleine conscience et le développement du lien d'affection mère-enfant corroborent les liens directs retrouvés dans les études récentes (Dhillon et al., 2017; Matvienko-Sikar et al., 2016; Shi & MacBeth, 2017; Taylor et al., 2016). Certains auteurs avancent plus spécifiquement que la pleine conscience est positivement corrélée avec l'attachement maternel (Dhillon et al., 2017; Kantrowitz-Gordon, 2018) et influence la qualité du lien parent-enfant (Hicks, Dayton, Brown, Muzik, & Raveau, 2018; O'Leary, Dockray, & Hammond, 2016). D'autres chercheurs rapportent que les mères en pleine conscience tendent à présenter moins de détresse émotionnelle en prénatal et en postnatal, et leur progéniture, à 4 mois, affiche un comportement socioémotionnel moins négatif (Braeken, Jones, Otte, Nykliček, & van den Bergh, 2017). Toutefois, les résultats quant au devenir de l'enfant ne sont pas confirmés par nos analyses, excepté pour la dimension Observer, qui lorsqu'elle est développée par un parent, apparaît lui permettre d'accueillir sans jugement ses propres émotions, et ce que son enfant veut lui communiquer. Ainsi, il pourra répondre aux situations rencontrées avec bienveillance, plutôt que d'y réagir avec émotion (Vieten, 2016). Pour Bardacke (2012), être capable d'observer sans jugement permet de profiter des joies de la parentalité et de se rappeler de l'impermanence des moments difficiles.

Rappelons que tous les résultats significatifs ont été obtenus auprès d'une population non clinique, ce qui porte à croire qu'il serait pertinent de considérer, dans une optique plus large, voire préventive et développementale, les effets des ateliers de pleine conscience pendant la maternité. En ce sens, cette étape de vie ne constitue pas une condition clinique, mais une opportunité d'évoluer et de prendre soin de sa santé mentale. Sous cet angle, les propos de Naidoo et Wills (2010, p. 198), cités par Westerhof et Keyes (2008), prennent tout leur sens « la santé mentale est plus que l'absence de maladie mentale ou de détresse. Cela comprend la santé émotionnelle, l'autodétermination et la résilience pour gérer et faire face aux stress et aux défis de la vie » [traduction libre]. Dans le même ordre d'idées, Keng, Smoski et Robins (2011) ont révisé les recherches empiriques terrains et en laboratoires des dernières décennies portant sur les associations entre la pleine conscience et divers indicateurs de santé psychologique et ont pu avancer que la pleine conscience engendre divers effets psychologiques positifs, notamment une augmentation du bien-être subjectif, une réduction de la réactivité émotionnelle ainsi qu'une amélioration de la régulation comportementale, ce que nos résultats nous permettent aussi de corroborer. Ces conclusions portent à croire que toutes les femmes enceintes qui le souhaitent devraient pouvoir bénéficier de ce type d'intervention et être encouragées à mettre la pleine conscience au cœur de leur vie dès la grossesse et suite à l'arrivée de l'enfant.

### **Limites de l'étude**

Une des principales limites de notre étude est la petite taille de notre échantillon ( $N = 63$ ). Toutefois, 59 % ( $k = 19$ ) des études publiées dans le domaine comptaient des échantillons de moins de 50 participantes. Le choix du devis quasi expérimental constitue aussi une faiblesse, mais a permis d'offrir de l'aide aux futures mères au moment où elles en avaient le plus besoin, en ne sacrifiant pas le groupe contrôle, tout en assurant une bonne validité externe. Il en est de même pour l'absence d'un instrument qui aurait pu mesurer spécifiquement la dimension interpersonnelle de la pleine conscience dans un contexte de parentalité. Rappelons que ce type d'échelle n'était pas disponible et validée au moment de notre cueillette de données. De plus, des mesures qui se seraient étalées jusqu'à 18 mois après la naissance de l'enfant auraient permis d'observer à plus long terme l'impact de la pleine conscience sur le développement du lien d'affection de la mère envers son enfant et le développement de l'enfant, comme plus de variabilité est observée dans le développement de l'enfant à mesure que le temps passe. Enfin, il aurait été intéressant d'étudier comment d'autres variables, telles que l'effet-groupe, la relation thérapeutique, le support pour la pratique de la pleine conscience au quotidien et la motivation des mères à mettre en pratique à plus long terme les acquis, viennent influencer les effets de telles interventions.

### **Pistes de réflexion pour les recherches futures**

En plus de réaliser des études avec des échantillons de plus grandes tailles et si possible randomisés, l'évaluation des contextes précis dans lesquels les interventions de

pleine conscience ont de réels impacts sur la santé psychologique des mères, le développement de la relation d'affection de la mère envers son enfant et l'ajustement optimal de l'enfant à son milieu pourrait être une piste de recherche intéressante. Qu'en est-il de l'efficacité de ce type de programme pour les femmes de la communauté et pour celles présentant un diagnostic en santé mentale? L'impact de ces approches sur ces indicateurs est-il plus grand lorsque les mères pratiquent régulièrement la pleine conscience, en pré et postnatal, ou qu'elles ont l'appui de leur conjoint dans sa mise en pratique au quotidien? La théorie du programme semble un cadre intéressant permettant d'orienter les futures recherches à ce niveau. Cette théorie permet de bien cerner le rationnel d'un programme en se penchant sur les liens entre les besoins spécifiques des participantes, les actions posées, les buts, les objectifs et les résultats escomptés (Alain & Dessureault, 2009, p. 106). Comme cette intervention originale respecte les caractéristiques nécessaires à l'évaluation de programme; elle est clairement articulée et ses objectifs sont précis, son efficacité mériterait d'être objectivée dans différents contextes. Toujours dans une optique d'évaluation de programme, la poursuite de l'évaluation de cette intervention pourrait aussi permettre d'étudier sa faisabilité à plus grande échelle et entrevoir les changements à envisager pour que ce service réponde encore mieux aux besoins des futures mères.

### **Mise à l'essai de l'intervention**

Lorsque nous regardons sous un angle pratique le programme développé dans le cadre de cette thèse, il apparaît répondre au concept d'innovation sociale. Selon

Lévesque et Lajeunesse-Crevier (2005), l'innovation sociale est considérée comme une pratique associée à une nouvelle intervention développée pour améliorer un problème social. Cette pratique doit toutefois trouver preneur au niveau des organisations, par exemple dans le cas qui nous intéresse, auprès des CISSS, bien que les milieux de travail et communautaires se soient aussi intéressés à notre approche et pourraient aussi en bénéficier.

Dans sa Politique gouvernementale de prévention en santé (MSSS, 2018) et son plan d'action interministériel 2017-2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux énonce qu'il vise à atteindre un niveau élevé de bien-être émotionnel et psychosocial chez au moins 80 % de la population. De plus, il est attendu que 80 % des enfants commencent leur scolarité sans présenter de facteurs de vulnérabilité pour leur développement. Les interventions de pleine conscience reconnues comme ayant un impact significatif sur la diminution de la détresse psychologique des femmes en pré et postnatal pourraient certes contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

Dans le même ordre d'idées, l'implantation d'interventions inspirées de la pleine conscience en cours de grossesse rejoint aussi ce que « La Politique de périnatalité » (MSSS, 2018) préconise, soit que les services offerts favorisent la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents, en renforçant le lien affectif et l'attachement sécurisant par le biais de diverses méthodes. Rappelons que notre étude a déjà démontré que la pleine conscience s'est montrée concluante à cet égard alors qu'elle est directement liée au

développement du lien d'affection de la mère envers son enfant. Dans cette même politique, tout comme dans notre examen de la littérature scientifique, il est reconnu que le taux élevé de dépressions postnatales renforce l'importance des interventions préventives s'adressant à toutes les femmes enceintes. Ainsi, une « préparation prénatale adéquate peut favoriser, pour la femme enceinte, la constitution ou la consolidation de facteurs de protection de sa santé mentale, et lui permettre d'agir sur certains facteurs de risque » (MSSS, 2008, p. 110). Nos recherches ont démontré que les interventions inspirées de la pleine conscience permettent d'assurer un soutien adéquat aux femmes. Enfin, l'implantation d'un tel programme permettrait la formation de professionnels du réseau de la santé et des services sociaux face aux enjeux psychologiques associés à la maternité et à la parentalité, ce que recommande aussi le MSSS (2018).

L'importance d'offrir de la formation sur les approches de pleine conscience aux intervenants et personnels soignants et même de la rendre obligatoire dans les programmes universitaires a plusieurs avantages pour le patient, la personne qui dispense les soins ainsi que pour l'organisation (Dobkin & Hutchinson, 2013; West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016). D'abord, l'expérience de pleine conscience apparaît faciliter le développement du savoir-être chez le soignant, en plus de contribuer à l'amélioration de la communication entre le soignant et le client (Amutio-Kareaga, García-Campayo, Delgado, Hermosilla, & Martínez-Taboada, 2017). Plus spécifiquement, il est reconnu que la pratique de la méditation pleine conscience chez les intervenants peut faciliter la présence authentique, l'empathie et la compassion,

l'alliance thérapeutique et la conscience réflexive, gages de succès dans une intervention (Pérodeau & Devault, 2018).

Rappelons de plus que les intervenants sont exposés tous les jours à la souffrance et qu'ils doivent porter de lourdes responsabilités, tout en évitant les erreurs médicales ou de jugement qui pourraient coûter la vie de leur client, impacter sur leur carrière et augmenter la facture pour eux ou l'organisation. Plusieurs auteurs reconnaissent en ce sens que la pratique de la pleine conscience diminue la détresse psychologique des dispensateurs de soins, augmente leur qualité de vie, réduit l'instabilité sur le plan de l'humeur et augmente l'empathie et la compassion face à soi-même, les préservant ainsi d'un risque d'épuisement (Fendel, Bürkle, & Göritz, 2020; Ireland et al., 2017; Pérodeau & Devault, 2018).

Plusieurs facultés de médecine au Québec ont mis la pleine conscience comme formation obligatoire au cursus scolaire. Cela est le cas de l'Université de Montréal, depuis 2012 (Gravel, 2014). Cette pratique fait aussi partie du programme de formation des futurs médecins de l'Université McGill depuis 2015. De plus, la clinique MindSpace, à Montréal, offre des sessions de MBSR aux médecins, aux infirmières, aux gestionnaires, aux chercheurs et aux secrétaires du Centre universitaire.

Sur le plan de la formation continue au Québec, la pleine conscience est offerte par différents ordres professionnels. Enfin, dans plusieurs universités, des ateliers de pleine

conscience sont accessibles à la population étudiante, chaque session, en présentiel, mais aussi en ligne. Une exploration terrain (région du BSL), a toutefois permis de faire le constat qu'aucune formation basée sur la pleine conscience n'est offerte aux futures infirmières de l'UQAR, même si des besoins sont nommés par celles interrogées. Quant à la formation des sages-femmes, au plan provincial, elle ne survole que brièvement, dans un cours de communication, les notions de pleine conscience.

### **Les pères et la pleine conscience**

Enfin, pourquoi ne pas inviter les pères avec leur conjointe à participer aux ateliers de pleine conscience offerts dans un contexte de périnatalité. En effet, il a été soulevé précédemment que les impacts de la pleine conscience peuvent s'élargir au contexte de la parentalité. En ce sens, des études stipulent que les enfants dont les parents présentent une forte disposition à la pleine conscience auraient moins de problèmes comportementaux et feraient montre de plus de souplesse dans leurs interactions familiales et sociales (Parent et al, 2016). Aussi, les couples dont les conjoints présentent une prédisposition élevée à la pleine conscience réagissent mieux aux situations stressantes du quotidien que ceux qui ont un faible niveau de pleine conscience (Barnes, Brown, Krusemark, Campbell, & Rogge, 2007).

En examinant plus attentivement la littérature qui s'est intéressée aux impacts des interventions de pleine conscience pour les pères, nous notons que peu d'études ont été publiées, mais que celles répertoriées témoignent de résultats encourageants. Ainsi, les

hommes inclus dans l'étude de Gambrel et Piercy (2015) rapportent que cette intervention a contribué à les faire sentir plus impliqués dans la grossesse et plus supportant face à leur conjointe. Les pères confient aussi avoir appris des techniques de pleine conscience qui les aideront dans leur futur à mieux : (1) gérer leur stress; (2) communiquer afin de résoudre les conflits; et (3) accomplir avec succès leur rôle parental. Pour Duncan et Shaddix (2015), le père, tout comme la mère, peut bénéficier des enseignements tirés de la pleine conscience en cours de grossesse, alors que les deux partenaires sont susceptibles de voir une amélioration de leur santé mentale et de leur préparation face à l'accouchement, de développer une plus grande sensibilité face à leur enfant et une relation de couple plus harmonieuse. Rappelons que toutes ces composantes contribuent au développement du lien d'affection du parent envers son enfant et au développement optimal de ce dernier.

## **Conclusion générale**

La maternité constitue une étape de vie qui permet de porter un regard sur soi, en mettant l'accent sur le désir d'évoluer pour l'autre. Toutefois, vivre sa grossesse sereinement constitue un défi de taille lorsque nous sommes conscients de tous les enjeux liés à la parentalité, par exemple les événements imprévus au cours de cette transition, la détresse psychologique des parents, la régulation de leurs émotions, leur niveau de pleine conscience et le tempérament de l'enfant (Kingston et al., 2012; Kohlhoff & Barnett, 2013; Tarabulsy et al., 2008). En pratique, cette transition se traduit par un besoin de support et d'interventions dont l'efficacité est appuyée par la recherche. Il en est ainsi des interventions de pleine conscience en cours de grossesse qui ont fait l'objet d'études que nous avons enrichies par l'ajout de preuves empiriques sur l'efficacité de la pleine conscience en cours de grossesse pour diminuer la détresse psychologique chez les mères, augmenter leur niveau de pleine conscience et leur capacité à réguler leurs émotions. Notre programme, « Vivre sa grossesse sereinement : ateliers de pleine conscience pour les mamans », visait aussi à combler le manque d'études sur les impacts en postnatal de ce type d'interventions et l'absence de services offerts aux femmes pendant cette période cruciale de leur vie. La force de cette approche réside de plus dans sa capacité à diminuer les symptômes dépressifs des femmes enceintes de façon significative, lorsque comparée à une intervention de support en santé mentale traditionnelle (Dimidjian et al., 2015). La pleine conscience chez les femmes

enceintes permettrait aussi de prévenir les rechutes dépressives en post-partum (Miklowitz et al., 2015).

Par le biais de la mise en pratique de la pleine conscience pendant la grossesse, notre désir d'unir prévention et intervention apparaît désormais possible. Nous souhaitons en ce sens que des recherches robustes méthodologiquement se multiplient dans ce domaine, que les dirigeants s'attardent au sérieux de ces résultats ainsi qu'à la possibilité d'implanter ce type de programmes dans différents contextes. La pleine conscience a sans équivoque des impacts sur le bien-être de la mère et de l'enfant. De surcroît, l'implication du père dans cette expérience pourrait aussi s'avérer une richesse, tant pour lui que pour le couple et l'enfant à naître.

Les résultats concluants à la suite de nos analyses nous portent à croire que notre projet devrait être considéré comme un programme de prévention à offrir à plus grande échelle et dont les retombées pourraient être importantes, tant au niveau de la santé des parents que de celles des enfants. Pour ce faire, il s'avère nécessaire de s'intéresser aux intrants en lien avec la mise sur pied d'un tel programme, par exemple les ressources humaines et financières, et aux retombées de son déploiement, en terme économique et sociétal, d'autant plus que ce programme apparaît pouvoir s'inscrire dans une politique de santé publique.

Cette approche pourrait de plus s'avérer complémentaire à une intervention relationnelle spécifique au travail du lien d'attachement mère-enfant, en préparant les mères, en amont, à une présence attentive et sans jugement lorsqu'elles interagissent avec leur enfant. La guidance interactive dans les thérapies relationnelles, qui se focalise sur l'interaction visible mère-enfant dans une attitude de base positive et encourageante, apparaît rejoindre les attitudes d'autocompassion et de non jugement entraînées dans les approches de pleine conscience. L'entraînement de base de la pleine conscience, qui vise aussi à développer l'observation des sensations corporelles, des émotions et des pensées, pourrait aussi préparer les parents aux approches relationnelles et augmenter leur efficacité. Par exemple, dans l'approche Watch, Wait, and Wonder (Cohen et al., 1999), le parent est invité à voir son enfant comme pour la première fois, rappelant ainsi l'expérience de l'exercice du raisin sec. Les aptitudes nécessaires à l'implication et au succès d'une approche relationnelle peuvent donc être développées par le biais de la pleine conscience, dès la conception de l'enfant.

Il ne faut toutefois pas passer sous silence que la pleine conscience, comme toutes les approches, comporte des risques. Ils peuvent être de l'ordre de la détresse transitoire, mais aussi amener des impacts plus durables sur le fonctionnement de la personne (Britton, Lindahl, Cooper, Canby, & Palitsky, 2021; van Gordon, Shonin, & Garcia-Campayo, 2017). Les principaux rapportés concernent un sentiment de manque, une difficulté à se sentir confortable dans le monde et l'impression d'être aliéné par la société ainsi qu'une hypersensibilité. Il arrive aussi qu'il y ait plus d'autocritique face à

soi-même, de symptômes anxiodépressifs et de douleur émotionnelle (Cebolla, Demarzo, Martins, Soler, & Garcia-Campayo, 2017). D'autres auteurs ajoutent à cette liste : l'inconfort face aux sensations physiques et les émotions et une incapacité à les gérer, de la dissociation ou un sentiment d'engourdissement, des flashbacks et des ruminations en lien avec la difficulté à rester dans le moment présent (Pérodeau & Devault, 2018). Cebolla et al. (2017) expliquent toutefois comment trois facteurs principaux, soit le type de pratique, la fréquence et la période de vie où la pleine conscience est pratiquée, modèrent ces effets négatifs. Ainsi, même si elles peuvent comporter des inconvénients, les modalités de cette approche mises en place dans cette étude (approche de groupe, méditations courtes et centrées sur le corps) apparaissent limiter les effets négatifs exacerbés par une pratique individuelle de longue durée et focalisée sur l'attention. De plus, l'importance d'inclure dans la pratique de la pleine conscience du travail sur la compassion et l'autocompassion apparaît centrale. Aussi, il est primordial de s'assurer que dans le consentement éclairé, ces effets soient expliqués aux participantes et que les impacts positifs escomptassent supérieurs aux effets négatifs (Britton et al., 2021). Dans le même ordre d'idées, la pratique de la pleine conscience peut s'avérer périlleuse dans les cas de traumatismes et de problèmes de santé mentale sévères (Anālayo, 2019, van Gordon et al., 2017). Nous nous sommes ainsi assurés du suivi post-intervention, mais aussi au préalable, que la psychose soit dans nos critères d'exclusion.

Notre volonté de rallier clinique et recherche, ainsi que les différentes écoles de pensées en psychologique, par le biais de la pleine conscience dans un contexte de périnatalité, semble possible grâce aux résultats de cette thèse qui corroborent l'efficacité des approches de pleine conscience dans un contexte de périnatalité, tant par le biais de la méta-analyse que de la recherche terrain. Ainsi, pleine conscience et maternité apparaissent faire équipe et rejoindre différentes écoles de pensée et théories : (1) l'école cognitivo-comportementale, en s'attardant aux pensées de la mère, à ses émotions, à ses comportements et à ses valeurs; (2) les théories de l'attachement, par le biais de la pleine conscience interpersonnelle; (3) certains aspects de la théorie psychanalytique alors que la grossesse peut conduire à une réorganisation du moi féminin en un moi maternel et ramener des conflits autour de la dépendance et de l'autonomie auxquels la mère doit porter une attention sans jugement (Abdel-Baki & Poulin, 2004); et (4) les théories biologiques, qui décrivent bien comment le stress pendant la grossesse peut aussi provenir de perturbations endocriniennes et affecter l'enfant.

Avant de terminer, nous tenons à vous assurer que nous comptons personnellement contribuer à poursuivre le travail amorcé dans ce domaine par nos publications et actions concrètes dans le milieu, et ce, en pleine conscience.

## Références générales

- Abdel-Baki, A., & Poulin, M.-J. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. *Psychothérapies*, 24(1), 3-9.
- Agius, A., Xuereb, R. B., Carrick-Sen, D., Sultana, R., & Rankin, J. (2016). The co-existence of depression, anxiety and posttraumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 36, 70-79.
- Alain, M. (2009). *Les us et abus dans l'application de la régression multiple en sciences humaines*. Trois-Rivières, QC : Les éditions SMG.
- Alain, M., & Dessureault, D. (Éds). (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Amutio-Kareaga, A., García-Campayo, J., Delgado, L. C., Hermosilla, D., & Martínez-Taboada, C. (2017). Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: A narrative review. *Journal of Clinical Medicine*, 6(3), 33.
- Anālayo, B. (2019). The insight knowledge of fear and adverse effects of mindfulness practices. *Mindfulness*, 10(10), 2172-2185.
- André, C. (2010). *La méditation de pleine conscience* [en ligne]. Repéré à [https://www.psychanalyse.com/pdf/MEDITATION%20EN%20PLEINE%20CONSCIENCE%20-%20ARTICLE%202010%20PSY%20EN%20MOUVEMENT%20\(9%20Pages%20-%201,4%20Mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/MEDITATION%20EN%20PLEINE%20CONSCIENCE%20-%20ARTICLE%202010%20PSY%20EN%20MOUVEMENT%20(9%20Pages%20-%201,4%20Mo).pdf)
- Badker, R., & Misri, S. (2017). Mindfulness-Based Therapy in the perinatal period: A review of the literature. *British Columbia Medical Journal*, 59(1), 18-21.
- Bardacke, N. (2012). *Se préparer à la naissance en pleine conscience*. Paris, France : Le courrier du livre.
- Bardacke, N., & Duncan, L. G. (2014). *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting: Cultivating inner resources for the transition to parenthood and beyond. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Lexington, KY: Ruth Bear.

- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K., & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 482-500.
- Bateman, A. (2015). *Le traitement basé sur la mentalisation : théories et applications*. Document inédit, manuel du participant de la formation organisée par Porte-Voix, Montréal, QC.
- Baudouin, D. (2012). De la question Clinique à la réponse scientifique. *La revue de la médecine générale*, 297, 34-46.
- Baudry, C. (2012). *Interactions mère-enfant et le développement durant la petite enfance: un lien causal? : méta-analyse : les interventions offertes aux mères adolescentes favorisent-elles le développement cognitif de leur enfant? Un examen critique du lien de causalité entre la qualité des interactions mère-enfant et le développement cognitif* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 72(1), 12-20.
- Berthelot, N. (2016). La mentalisation : au cœur de la pratique clinique et de la santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 1-5.
- Bialy, L. K. (2006). *Impact of stress and negative mood on mother and child: Attachment, child development and intervention* (Thèse de doctorat inédite). California Institute of Integral Studies, Californie, États-Unis.
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536-551. doi: 10.1007/s12671-013-0209-7
- Braeken, M. A., Jones, A., Otte, R. A., Nyklíček, I., & van den Bergh, B. R. (2017). Potential benefits of mindfulness during pregnancy on maternal autonomic nervous system function and infant development. *Psychophysiology*, 54(2), 279-288.
- Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., & Palitsky, R. (2021). Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clinical Psychological Science*, 1-20. doi: 2167702621996340
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.

- Bussi eres, E.-L., Tarabulsky, G. M., Pearson, J., Tessier, R., Forest, J.-C., & Giguère, Y. (2015). Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: A meta-analysis of prospective studies. *Developmental Review, 36*, 179-199.
- Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, S., & Schutze, R. (2014). Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(2), 192-197. doi: 10.1111/jmwh.12075
- Cebolla, A., Demarzo, M., Martins, P., Soler, J., & Garcia-Campayo, J. (2017). Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PloS One, 12*(9), Article e0183137.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C. J., Barwick, M., & Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother–infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health, 20*(4), 429-451.
- Dayan, J. (2002). *Maman, pourquoi tu pleures? Les désordres émotionnels de la grossesse et de la maternité*. Paris, France : Odile Jacob.
- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., & Dubeau, D. (2009).   la rencontre des parents : des constats issus des pratiques. *L'infirmière clinicienne, 6*(2), 1-5.
- Deplus, S., Philippot, P., & Lahaye, M. (2014). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec l'enfant et l'adolescent. *Les processus de changement, 35*(2), 71-116.
- Desmecht, S., & Achim, J. (2016). Image corporelle, attitudes et conduites alimentaires durant la grossesse : une recension des écrits. *Revue québécoise de psychologie, 37*(1), 7-26.
- Dewulf, D. (2012). *Mindfulness : la pleine conscience pour les ados. Mieux gérer son stress et ses émotions, améliorer la concentration et la confiance en soi, se relaxer et mieux dormir* (1<sup>re</sup>  d.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-based interventions during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness, 8*(6), 1421-1437.
- Dionne, F., & Blais, M. C. (2014). Pleine conscience et douleur chronique :  tat actuel des connaissances. *Revue québécoise de psychologie, 35*(2), 47-69.

- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2015). An open trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the prevention of perinatal depressive relapse/recurrence. *Archives of Women's Mental Health, 18*(1), 85-94. doi: 10.1007/s00737-014-0468-x
- Dimidjian, S., Goodman, S. H., Felder, J. N., Gallop, R., Brown, A. P., & Beck, A. (2016). Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(2), 134-145.
- Dobkin, P. L., & Hutchinson, T. A. (2013). Teaching mindfulness in medical school: Where are we now and where are we going? *Medical Education, 47*(8), 768-779.
- Dumas, J. E., & Cyrulnik, B. (2012). *L'enfant anxieux : comprendre la peur de la peur et redonner courage* (3<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Duncan, L. G., & Bardacke, N. (2010). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 190-202.
- Duncan, L. G., & Shaddix, C. (2015). Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP): Innovation in birth preparation to support healthy, happy families. *International Journal of Birth and Parent Education, 2*(2), 30-33.
- Fall, E. (2016). *Introduction à la pleine conscience*. Paris, France : Dunod.
- Fendel, J. C., Bürkle, J. J., & Göritz, A. S. (2020). Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: A systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine, 96*(5), 751-764.
- Ferry, N. (2008). Devenir mère, une formidable rencontre. *Spirale, 47*(3), 157-165.
- Gambrel, L. E., & Piercy, F. P. (2015). Mindfulness-based relationship education for couples expecting their first child—Part 1: A randomized mixed-methods program evaluation. *Journal of Marital and Family Therapy, 41*(1), 5-24.
- Gannon, M., Mackenzie, M., Kaltenbach, K., & Abatemarco, D. (2017). Impact of mindfulness-based parenting on women in treatment for opioid use disorder. *Journal of Addiction Medicine, 11*(5), 368-376.
- Germer, C. K. (2013). Mindfulness: What is it? What does it matter?. Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Éds), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-35). New York, NY: The Guilford Press.

- Goodall, K., Trejnowska, A., & Darling, S. (2012). The relationship between dispositional mindfulness, attachment security and emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 52*(5), 622-626.
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., ... Freeman, M. (2014). CALM pregnancy: Results of a pilot study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's Mental Health, 17*, 373-387.
- Goodman, T., Greenland, S. K., & Siegel, D. J. (2012). Mindful parenting as a path to wisdom and compassion. Dans C. K. Germer, R. D. Siegel, C. K. Germer, & R. D. Siegel (Éds), *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 295-310, 407, xxiii). New York, NY: Guilford Press.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports, 98*(2), 107-109.
- Graignic-Philippe, R., Tordjman, S., Granier-Deferre, C., Ribeiro, A., Jacquet, A. Y., ...Gérardin, P. (2005). Le stress prénatal : état de la question et perspective. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 53*(1), 54-61.
- Gravel, P. (2014, 13 décembre). *La méditation pleine conscience*. Le Devoir, science.
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C.-L., Koren, G., & Radford, K. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry, 74*(4), e321-e341. doi: 10.4088/JCP.12r07968
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M. H., Mbourou-Azizah, G., Da Silva, R. B., ... Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Santé publique, 27*(1), 27-37.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 37-61.
- Hicks, L. M., Dayton, C. J., Brown, S., Muzik, M., & Raveau, H. (2018). Mindfulness moderates depression and quality of prenatal attachment in expectant parents. *Mindfulness, 9*(5), 1604-1614.

- Hosseinian, S., Shahtaheri, E., Ebrahimi, M., Mahdavi, A., & Ali, M. (2016). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and metacognition therapy on reduction of symptoms of depression, core self-evaluation and emotion regulation difficulties in pregnant women with depression. *Acta Medica*, 32, 2033.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J., de Medina, P. G. R., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81-91.
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Conditions de vie et société. Mieux connaître la parentalité au Québec. Un portrait à partir de l'Enquête québécoise sur l'expérience des parents d'enfants de 0 à 5 ans 2015* [en ligne]. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2610970>
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2011). *Adaptation à la parentalité* [en ligne]. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/adaptation-a-la-parentalite.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (INESSS, 2013). *Les normes de production des revues systématiques : Guide méthodologique* [en ligne]. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS\\_Normes\\_production\\_revues\\_systematiques.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf)
- Ireland, M. J., Clough, B., Gill, K., Langan, F., O'Connor, A., & Spencer, L. (2017). A randomized controlled trial of mindfulness to reduce stress and burnout among intern medical practitioners. *Medical Teacher*, 39(4), 409-414.
- Jurgens, M. A., Levy-Rueff, M., Goffinet, F., Golse, B., & Beauquier-Macotta, B. (2010). Étude des propriétés psychométriques d'une échelle d'attachement prénatal. (version française de la Prenatal Attachment Inventory; PAI, Müller, 1993). *L'Encéphale*, 36(3), 219-225.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Paris, France : DeBoeck.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kantrowitz-Gordon, I. (2018). Factor structure and external validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in pregnancy. *Mindfulness*, 9(1), 243-257.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.

- Khoury, B., Dionne, F., & Grégoire, S. (2019). La pleine conscience incarnée : un concept unificateur entre les traditions orientales et occidentales de la pleine conscience. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 177(7), 633-640.
- King, S., Barr, R. G., Brunet, A., Saucier, J.-F., Meaney, M., Woo, S., & Chanson, C. (2000). La tempête de verglas : une occasion d'étudier les effets du stress prénatal chez l'enfant et la mère. *Santé mentale au Québec*, 25(1), 163-185.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 683-714.
- Kohlhoff, J., & Barnett, B. (2013). Parenting self-efficacy: Links with maternal depression, infant behavior and adult attachment. *Early Human Development*, 89(4), 249-256.
- Korucku, O., & Kukulcu, K. (2017). The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health Care for Women International*, 38(7), 765-785.
- Landy, S., & Tam, K. K. (1998). *Comprendre l'incidence de facteurs de risque multiples sur le développement de l'enfant à divers âges*. Document de travail n o W-98-22F. Direction générale de la recherche appliquée. Politique stratégique. Ottawa, ON : Développement des ressources humaines Canada.
- Lee, J. Y., Knauer, H. A., Lee, S. J., MacEachern, M. P., & Garfield, C. F. (2018). Father-inclusive perinatal parent education programs: asystematic review. *Pediatrics*, 142(1). Article e20180437. doi: 10.1542/peds.2018-0437
- Lévesque, B., & Lajeunesse-Crevier, F. (2005). *Innovations et transformations sociales dans le développement économique et le développement social : approches théoriques et politiques publiques*. Québec, QC : CRISES.
- Luberto, C. M., Park, E. R., & Goodman, J. H. (2018). Postpartum outcomes and formal mindfulness practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy for perinatal women. *Mindfulness*, 9(3), 850-859.
- Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychological Health*, 31(12), 1415-1434. doi: 10.1080/08870446.2016.1220557

Miklowitz, D. J., Semple, R. J., Hauser, M., Elkun, D., Weintraub, M. J., & Dimidjian, S. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for perinatal women with depression or bipolar spectrum disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(5), 590-600. doi: 10.1007/s10608-015-9681-9

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2005). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: guide pour soutenir le développement de l'attachement sécurisant de la grossesse à 1 an*. [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000989/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2008). *Politique en périnatalité. Un projet porteur de vie* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2018). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>

Morin, A. (2018). *Ouvrir son coeur*. Montréal, QC : Le quartanier.

Muzik, M., Hamilton, S. E., Rosenblum, K. L., Waxler, E., & Hadi, Z. (2012). Mindfulness yoga during pregnancy for psychiatrically at-risk women: Preliminary results from a pilot feasibility study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18(4), 235-240.

Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. Dans B. Ostafin, M. Robinson, & B. Meier (Éds), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 121-137). New York, NY: Springer.

O'Leary, K., Dockray, S., & Hammond, S. (2016). Positive prenatal well-being: Conceptualising and measuring mindfulness and gratitude in pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 665-673.

Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2004) *ICD-10 International statistical classification of diseases and related health problems: Tenth revision* (2<sup>e</sup> éd.) [en ligne]. Repéré à <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>

Organisation mondiale de la santé. (OMS, 2017). Journée mondiale de la santé mentale 2017 - *La santé mentale au travail* [en ligne]. Repéré à <https://www.who.int/mediacentre/events/2017/mental-health-day/fr/>

- Parent, J., McKee, L. G., Anton, M., Gonzalez, M., Jones, D. J., & Forehand, R. (2016). Mindfulness in parenting and coparenting. *Mindfulness*, 7(2), 504-513.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C., & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 23(1), 23-39. doi: 10.1016/S0163-6383(00)00029-1
- Perez-Blasco, J., Viguer, P., & Rodrigo, M. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: Results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(3), 227-236. doi: 10.1007/s00737-013-0337-z
- Pérodeau, G., & Devault, A (2018). *Pleine conscience et relation d'aide. Théories et pratiques*. Québec, QC : Presses de l'Université Laval, 273 pages.
- Potharst, E. S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S. M. (2017). Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness*, 8(5), 1236-1250.
- Ravier, L. (2012). *Vivre en pleine conscience* [en ligne]. Repéré à <https://www.psychologies.com/Culture/Spiritualites/Meditation/Interviews/Vivre-en-pleine-conscience>
- Reeves, N. (2017). *L'anxiété spécifique à la grossesse : une entité clinique distincte? : étude prospective et longitudinale comparée de l'évolution, de l'intensité, des facteurs de risque, des corrélats associés et de la prédiction de l'humeur maternelle postnatale* [en ligne]. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02277580>
- Roch, G., Brabant, L. H., Da Silva, R. B., de Montigny, F., Azizah, G. M., Deshaies, M.-H., & Comeau, Y. (2016). *D'un regard sur la vulnérabilité périnatale à une évaluation des services de « relevailles » offerts par les centres de ressources périnatales (CRP) du Québec* [en ligne]. Repéré à <http://cerif.uqo.ca/sites/cerif.uqo.ca/files/rapport-recherche-geroch-janvier-2016.pdf>
- Rose, I., & St-Amand, P. (2015, janvier). *La thérapie d'acceptation et d'engagement appliquée aux enfants et aux adolescents*. Formation à l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive (IFTCC).
- Roux, B., Deplus, S., Lahaye, M., & Philippot, P. (2017). Comparaison d'une intervention basée sur la pleine conscience et d'un programme de relaxation chez les enfants et adolescents. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 22, 3-26.

- Rûmi, J. (n.d.). *Poème : La maison d'hôte* [en ligne]. Repéré à <https://www.quantum-resources.be/poeme-la-maison-d-hote/>
- Sawyer Cohen, J. A. (2010). *Mindfulness and self-compassion in the transition to motherhood: A prospective study of postnatal mood and attachment* (Thèse de doctorat inédite). Columbia University, ProQuest Dissertations Publishing, 3447974.
- Schroeter, C., & Mangold, G. (2019). *L'efficacité de la pleine conscience comme moyen de prévention de la dépression périnatale : travail de Bachelor* (Thèse de doctorat inédite). Haute école de santé, Genève.
- Serfaty, A., & Bréart, G. (2014). Construction des connaissances, politique de santé en périnatalité et état de santé périnatale. *Revue de médecine périnatale*, 6(4), 210-215.
- Shi, Z., & MacBeth, A. (2017). The effectiveness of mindfulness-based interventions on maternal perinatal mental health outcomes: A systematic review. *Mindfulness*, 8(4), 823-847.
- Snel, E., & van Rillaer, J. (2012). *Calme et attentif comme une grenouille : la méditation pour les enfants avec leurs parents*. Paris, France : Les Arènes.
- Snyder, R., Shapiro, S., & Treleaven, D. (2012). Attachment theory and mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*, 21(5), 709-717.
- Tarabulsy, G. M., & Larose, S. (2000). *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (Vol. 7). Sainte-Foy, QC : Les Presses de l'Université du Québec.
- Tarabulsy, G. M., Provost, M. A., Larose, S., Moss, E., Lemelin, J. P., Moran, G., ... Pederson, D. R. (2008). Similarities and differences in mothers' and observers' ratings of infant security on the Attachment Q-Sort. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 10-22.
- Taylor, B. L., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2016). The effectiveness of mindfulness-based interventions in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(5), e0155720.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.

- Townshend, K., Caltabiano, N. J., Powrie, R., & O'Grady, H. (2018). A preliminary study investigating the effectiveness of the Caring for Body and Mind in Pregnancy (CBMP) in reducing perinatal depression, anxiety and stress. *Journal of Child & Family Studies*, 27(5), 1556-1566.
- Tremblay, M.-J. (2015a). *Ma cabane dans l'arbre*. Poème inédit, non publié.
- Tremblay, M.-J. (2015b). *Triangle des Bermudes*. Exercice inédit, non publié.
- van Gordon, W., Shonin, E., & Garcia-Campayo, J. (2017). Are there adverse effects associated with mindfulness?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 977-979.
- Vanier, C., & Toussaint-Lachance, M. (2009). *Bilan de l'implantation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) en Montérégie* [en ligne]. Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2388/N4%20PE%20SIPPE%20BIL%20BILANSIPPE-Sept09.pdf>
- Veringa, I. K., de Bruin, E. I., Bardacke, N., Duncan, L. G., van Steensel, F. J., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2016). 'I've changed my mind'. Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: Study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-14.
- Vieten, C. (2016). *Vivre sa maternité en pleine conscience*. Bruxelles, Belgique : De Boeck supérieur.
- Vieten, C., & Astin, J. (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 11(1), 67-74.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2008). Mental health is more than the absence of mental illness. *Monthly Mental Health*, 63, 808-820.
- Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H., & Harris, M. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 219, 86-92.
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 388(10057), 2272-2281.

**Appendice A**  
Dépliant

*Ces sessions sont offertes dans le cadre d'une étude doctorale (UQTR et CISSS):*

*Collaboration des mamans demandée pour cueillette de données sur l'efficacité des interventions de pleine conscience pendant la grossesse et sur le développement de l'enfant.*



**Pour inscription :**

**Marie-Josée Tremblay**  
M.Ps, doctorante en  
psychologie:  
418-868-1010 # 2479

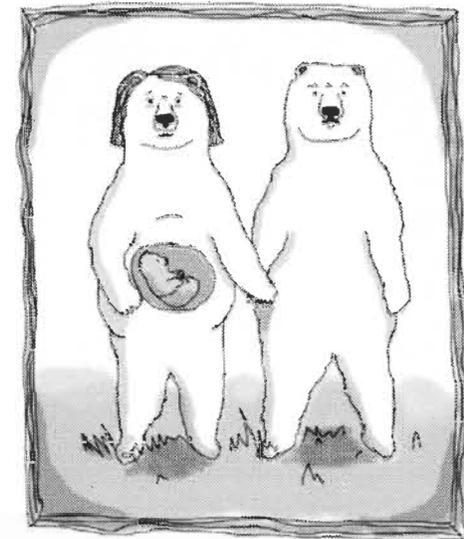


**Centre Intégré  
de santé  
et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent**

**Québec** 

**COMMENT VIVRE  
SA GROSSESSE  
SEREINEMENT:**

**Ateliers de pleine conscience  
pour les mamans**



56

**Par: Marie-Josée Tremblay, Psychologue  
et Julie Boucher, Travailleuse sociale.**



### Objectifs des ateliers de pleine conscience

- ♦ Pratiquer de brèves méditations de pleine conscience afin de trouver de la tranquillité dans les journées parfois chargées;
- ♦ Profiter du moment présent;
- ♦ Prendre conscience de nos pensées, émotions et sensations corporelles et de leurs influences sur nos attitudes et choix de vie;
- ♦ Accueillir et apprendre à gérer toutes les émotions afin qu'elles ne nous dominent plus;
- ♦ Apprendre à lâcher prise;
- ♦ Développer une attitude d'ouverture et de curiosité face à l'expérience d'être parent;
- ♦ Développer de la patience, de la compassion vis-à-vis nous-même et notre enfant;
- ♦ Être calme et disponible pour bien lire les besoins du bébé et y répondre adéquatement.

### Séance 1 : Le Pilote

Automatique

Séance 2: Donner de l'attention au corps

Séance 3: S'arrêter et respirer

Séance 4: Accueillir l'émotion

Séance 5: Ne pas faire ce que l'émotion me dit de faire

Séance 6: Prendre de la distance par rapport aux pensées

Séance 7: Avancer vers ce qui est important pour moi (motivations et valeurs)

Séance 8: Agir



### SESSIONS DE HUIT SEMAINES (Hiver 2018)

- ◊ Inscription gratuite;
- ◊ Groupe offert aux femmes ayant entre 12 et 28 semaines de grossesse au moment de l'inscription;
- ◊ Être disponibles pendant 8 semaines;
- ◊ Maximum 10 participantes par session;
- ◊ Climat agréable; calme et ressourçant;
- ◊ Les groupes auront lieu à La maison de la famille

## **Appendice B**

Lettre d'information et de consentement

## LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

---

**Les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience sur l'adaptation à la parentalité et le développement des enfants : une étude périnatale et longitudinale**

**Marie-Josée Tremblay, M.Ps**  
**Département de psychologie**  
**Chercheuse, doctorante en psychologie à l'UQTR et psychologue clinicienne au**  
**CISSS du Bas-St-Laurent**

**Nicolas Berthelot, Ph. D**  
**Professeur, chercheur et directeur de thèse**  
**Département des sciences infirmières, UQTR**

**Votre participation à cette recherche vise à mieux comprendre les effets des ateliers de pleine conscience pendant la grossesse, sur votre adaptation au rôle de parent et sur le développement de votre bébé.**

### **Objectifs**

Ce projet de recherche a pour but d'évaluer les effets des ateliers de pleine conscience sur des composantes telles que la détresse psychologique, le sentiment de compétence parentale, la sensibilité maternelle, la régulation des émotions et le niveau de pleine conscience.

Cette lettre d'information vise à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à cette recherche, de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Prenez donc le temps de lire attentivement ce document et n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles. Vous disposez de tout le temps dont vous avez besoin pour prendre votre décision quant à votre participation.

Votre participation à cette étude implique que vous participiez à neuf ateliers de pleine conscience, d'une durée d'une heure trente chacun, qui seront offerts gratuitement par une psychologue du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent – installations du KRTB. Ces rencontres s'adressent aux femmes enceintes qui ont entre 14 et 28 semaines de grossesse au début des sessions. Les frais de déplacement et de gardiennage vous seront remboursés à la fin de chaque rencontre. La participation à cette étude implique que vous répondiez à un questionnaire sociodémographique et à d'autres questionnaires, ce qui devrait prendre entre 45 et 60 minutes de votre temps, à trois reprises. Les questionnaires peuvent être remplis en ligne ou en format papier, comme vous le souhaitez.

<i>Évaluation pré ateliers</i>	<i>Évaluation post ateliers</i>	<i>Évaluation bébé 4 mois</i>
<p><u>Questionnaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociodémographique : 8 minutes</li> <li>• Détresse psychologique : 10 minutes</li> <li>• Sentiment de compétence parentale : 5 minutes</li> <li>• Attachement prénatal : 4 minutes</li> <li>• Stratégies de régulation émotionnelle : 10 minutes</li> <li>• Pleine conscience : 10 minutes</li> </ul>	<p><u>Questionnaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction face aux ateliers : 5 minutes</li> <li>• Détresse psychologique : 10 minutes</li> <li>• Sentiment de compétence parentale : 5 minutes</li> <li>• Attachement prénatal : 4 minutes</li> <li>• Stratégies de régulation émotionnelle : 10 minutes</li> <li>• Pleine conscience : 10 minutes</li> </ul>	<p><u>Questionnaires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détresse psychologique : 10 minutes</li> <li>• Sentiment de compétence parentale : 4 minutes</li> <li>• Attachement postnatal : 4 minutes</li> <li>• Stratégies de régulation émotionnelle : 10 minutes</li> <li>• Pleine conscience : 10 minutes</li> <li>• Développement de l'enfant : 24 minutes</li> </ul>

### **Risques, inconvénients, inconforts**

Le temps consacré à la partie évaluation (pré/post-ateliers et après la naissance de l'enfant), d'un total d'environ 60 minutes à trois reprises, est le seul inconvénient potentiel.

Il est possible que le fait de répondre aux questions posées suscite chez vous de la détresse. Sachez que vous serez libre de refuser de répondre à toute question et, qu'au besoin, nous pourrions vous référer à des ressources appropriées. Dans le cas où le fait de répondre aux questions susciterait chez vous des sentiments désagréables, n'hésitez pas à en parler avec madame Nancy Dubé, responsable de la périnatalité au CLSC (418) 867-2642.

Il est aussi possible qu'un inconfort trop grand vous empêche de répondre entièrement à un questionnaire. Le cas échéant, il incombe à vous et à la chercheuse de convenir d'un commun accord de poursuivre ou non l'étude.

### **Bénéfices**

Votre participation à la recherche contribuera à l'avancement des connaissances au sujet des effets d'une intervention axée sur la pleine conscience pour les femmes enceintes. Le fait de participer à la recherche pourrait vous amener à développer de nouvelles stratégies pour mieux gérer vos émotions. Une telle démarche pourrait être favorable à votre adaptation au rôle de parent, au développement de la relation avec votre enfant et à son propre développement. Il faut noter que nous offrirons une halte-garderie pour les mamans qui ont d'autres enfants et une compensation d'ordre monétaire pour les déplacements. Les participantes qui choisiront de ne pas participer aux ateliers, mais qui souhaiteront faire partie du groupe contrôle, seront éligibles aux tirages de quatre cartes Mastercard prépayées de 25 \$ chacune, en échange de leur temps. Un tirage sera fait aux post tests, un au temps deux et un autre au temps trois (4 mois après la naissance du bébé).

### **Confidentialité**

Les données recueillies dans le cadre de cette étude sont entièrement confidentielles. Seuls les chercheurs responsables de l'étude auront la possibilité d'apparier votre nom aux données recueillies. La confidentialité sera assurée par la substitution du nom du participant par un code numérique. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme de publications ou de communications, ne permettront pas d'identifier les participants.

Un seul formulaire permettra de vous identifier comme participante, soit la Lettre d'information et de consentement. Ce questionnaire sera conservé sous clé par Madame Nancy Dubé, infirmière responsable de la cueillette des données, dans un classeur indépendant au CLSC de Rivière-du-Loup. Les données codées seront saisies dans une banque de données SPSS que seuls les chercheurs responsables pourront consulter.

Madame Dubé a signé un engagement à la confidentialité. Cinq ans après la fin de l'étude, les données papier seront déchiquetées par les archives du CISSS du Bas-Saint-Laurent si vous refusez d'être recontactée. Ainsi, les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Advenant une poursuite de la recherche au-delà de ce qui est indiqué dans le présent document (si par exemple l'équipe de recherche compte mesurer l'efficacité à plus long terme d'une intervention axée sur la pleine conscience), l'équipe de recherche vous contactera afin d'obtenir votre consentement écrit. Ainsi, si vous acceptez d'être recontactée, votre dossier pourra être gardé pour une période d'au maximum 10 ans, après la fin de l'étude après quoi les dossiers seront détruits par les archives du CISSS du Bas-St-Laurent.

Comme participante aux ateliers du CISSS du Bas-Saint-Laurent, vous connaîtrez l'identité des personnes participantes ainsi que les renseignements et opinions partagées lors des discussions. Nous comptons sur votre collaboration pour conserver le caractère confidentiel de ces informations.

### **Participation volontaire**

La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre d'y participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Si vous le souhaitez, vos données pourront être détruites, advenant votre retrait de l'étude. Vous êtes également entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche sans avoir à motiver votre décision ni à subir quelque préjudice que ce soit.

Le fait de participer ou non au projet de recherche n'affectera en rien les services auxquels vous avez droit.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

### **Remerciement**

Votre collaboration est précieuse. Nous l'apprécions et vous en remercions.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse Marie-Josée Tremblay, M.Ps par téléphone au (418) 868-1010 poste 2479 ou avec son directeur de recherche Nicolas Berthelot au (819) 376-5011, poste 3487.

Vous pouvez également contacter madame Nancy Dubé, responsable de la périnatalité au CLSC au 418 867-2642

### **Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche**

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche du CISSS du Bas-Saint-Laurent de même que par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières qui a émis un certificat portant le numéro CER-CISSSBSL-20160420-01, le 19 mai 2016. Vous pouvez joindre le comité du CISSS du Bas-Saint-Laurent au (418) 724-3000 poste 7442, et le comité de l'Université du Québec à Trois-Rivières par téléphone au (819) 376-5011 poste 2129 pour par courrier électronique au CERH@uqtr.ca

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participante ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le service aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré de santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent au 1-844-255-7568.



## CONSENTEMENT

---

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

J'accepte qu'on me laisse un message vocal  OUI  NON

ADRESSE COURRIEL : \_\_\_\_\_

### Consentement à être recontactée

J'accepte que mes coordonnées soient conservées de manière sécuritaire et confidentielle par le chercheur responsable de l'étude pendant une période de 10 ans et que l'équipe de recherche me recontacte dans le futur advenant une poursuite du projet de recherche.

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

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

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

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

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (Lettres moulées)	Signature	Date

### **Engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche**

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Marie-Josée Tremblay

Nom de la chercheuse	Signature	Date

Nicolas Berthelot

Nom du directeur de recherche	Signature	Date

**Appendice C**  
Questionnaire sociodémographique

Numéro de participant : \_\_\_\_\_

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

J M A

## Questionnaire sociodémographique

### Section I : Questions générales

**1. Quel est votre sexe?**

- Féminin
- Masculin

**2. Quel est votre âge?**

\_\_\_\_\_ ans

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Section II : Occupation principale actuelle**

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

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

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

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

### Section III : Description de votre vie conjugale et familiale actuelle

**9. Quel est votre état civil actuel? (veuillez cocher toutes les cases qui vous représentent)**

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

\*Si vous êtes actuellement célibataire, veuillez passer à la **Section IV** du questionnaire\*

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

\_\_\_\_\_an(s)

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

\_\_\_\_\_an(s)

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

### Section IV : Situation économique

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

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

**Section V : État de santé actuel**

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

- Oui\*
- Non

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

---

---

---

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

- Oui\*
- Non

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

---

---

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

- Oui\*
- Non

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

---

---

---

## Section VI : Consultation(s) psychologique(s)

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

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

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

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

## Section VII : Antécédent(s)

**18. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une condition ou de trouble(s) de santé mentale? Si oui, veuillez spécifier si le trouble a été diagnostiqué par un médecin ou un autre professionnel de la santé (p. ex., psychologue).**

Moment de l'épisode			Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?	
Actuel	Passé	Trouble de santé mentale	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.4 Trouble de comportement alimentaire (p. ex., boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.5 Troubles psychotiques (p. ex., schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.9 Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Oui\*  
 Non

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

---



---

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

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?	
Actuel	Passé		Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.4 Trouble de comportement alimentaire (p. ex., boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.5 Troubles psychotiques (p. ex., schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.9 Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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



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

Moment de l'épisode		Trouble de santé mentale	Est-ce que le trouble a été diagnostiqué?		Lien de parenté
Actuel	Passé		Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.1 Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.2 Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.3 Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.4 Trouble de comportement alimentaire (p. ex., boulimie, anorexie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.5 Troubles psychotiques (p. ex., schizophrénie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.6 Trouble de la personnalité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.7 Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.8 Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.9 Autre(s) : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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

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

**Appendice D**  
Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

*Five Facets Mindfulness Questionnaire*

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée.  
 Cochez le chiffre qui correspond le mieux à ce qui est généralement vrai pour vous.

	1 <i>jamais ou très rarement vrai</i>	2 <i>rarement vrai</i>	3 <i>parfois vrai</i>	4 <i>souvent vrai</i>	5 <i>très souvent ou toujours vrai</i>			
				1	2	3	4	5
1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir y réagir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelque façon distrait(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis facilement distrait(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Version originale : Baer et al. (2008)  
 Adaptation et validation francophone : Heeren et al. (2011)

17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.	<input type="checkbox"/>				
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.	<input type="checkbox"/>				
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.	<input type="checkbox"/>				
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.	<input type="checkbox"/>				
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.	<input type="checkbox"/>				
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.	<input type="checkbox"/>				
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.	<input type="checkbox"/>				
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.	<input type="checkbox"/>				
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.	<input type="checkbox"/>				
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.	<input type="checkbox"/>				
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.	<input type="checkbox"/>				
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).	<input type="checkbox"/>				
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.	<input type="checkbox"/>				
30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.	<input type="checkbox"/>				
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.	<input type="checkbox"/>				
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.	<input type="checkbox"/>				
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.	<input type="checkbox"/>				
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.	<input type="checkbox"/>				

Version originale : Baer et al. (2008)  
Adaptation et validation francophone : Heeren et al. (2011)

35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.	<input type="checkbox"/>				
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.	<input type="checkbox"/>				
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.	<input type="checkbox"/>				
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.	<input type="checkbox"/>				
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.	<input type="checkbox"/>				

Version originale : Baer et al. (2008)  
 Adaptation et validation francophone : Heeren et al. (2011)

Cotation de la version francophone :

N.B.: Les items suivis de R sont à inverser avant de réaliser le calcul des scores aux facettes.

Le score à chaque facette représente la somme des scores des items de celle-ci.

1. **Facteur Observation** (Observe): Items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36
2. **Facteur Description de l'expérience** (Describe): Items 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37
3. **Action en pleine conscience** (Act with awareness): Items 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R
4. **Non-réactivité aux événements privés** (Nonreactivity to inner experience): Items 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33
5. **Non-jugement** (Nonjudge): Items 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R
6. **Mindfulness** (second-order factor): Items 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36, 2, 7, 12R, 16R, 22R, 27, 32, 37, 5R, 8R, 13R, 18R, 23R, 28R, 34R, 38R, 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33, 3R, 10R, 14R, 17R, 25R, 30R, 35R, 39R (soit l'addition des scores des 5 facteurs précédents).

**Appendix E**  
Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

## EPDS

*Soulignez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les sept derniers jours.*

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**  
Aussi souvent que d'habitude  
Pas tout à fait autant  
Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci  
Absolument pas
2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**  
Autant que d'habitude  
Plutôt moins que d'habitude  
Vraiment moins que d'habitude  
Pratiquement pas
3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, parfois  
Pas très souvent  
Non, jamais
4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**  
Non, pas du tout  
Presque jamais  
Oui, parfois  
Oui, très souvent
5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons\*.**  
Oui, vraiment souvent  
Oui, parfois  
Non, pas très souvent  
Non, pas du tout
6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements\*.**  
Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations  
Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude  
Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations  
Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, parfois  
Pas très souvent  
Non, pas du tout
8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, très souvent  
Pas très souvent  
Non, pas du tout
9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré\*.**  
Oui, la plupart du temps  
Oui, très souvent  
Seulement de temps en temps  
Non, jamais
10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal\*.**  
Oui, très souvent  
Parfois  
Presque jamais  
Jamais

The Royal College of Psychiatrists 1987. L'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg peut être photocopiée par des chercheurs ou des cliniciens à des fins personnelles sans autorisation des éditeurs. Le questionnaire doit être copié en entier et porter la mention suivante :

Cox, J.L., Holden, J.M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. Une permission écrite du Royal College of Psychiatrists est nécessaire pour copier ou distribuer ce questionnaire à des tiers ou le publier (version papier, en ligne ou sous tout autre format).

**Appendix F**  
Kessler Psychological Distress Scale (K-10)

### Échelle de détresse K-10

Les questions suivantes portent sur des sentiments que vous auriez pu vivre au cours du dernier mois. Cochez la case qui correspond à votre état pendant cette période.

**Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e)...**

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais	Je ne sais pas
1. Épuisé(e) sans véritable raison ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
2. Nerveux(se) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
3. Si nerveux(se) que rien ne pouvait vous calmer ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
4. Désespéré(e) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
5. Agité(e) ou ne tenant pas en place ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
6. Si agité(e) que vous ne pouviez pas rester sans bouger ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
7. Triste ou déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
8. Si déprimé(e) que rien ne pouvait vous faire sourire ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
9. Comme si tout était un effort ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
10. Bon à rien ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

**Appendix G**  
Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)



## DERS-F: Echelle de régulation émotionnelle

Le DERS est une échelle permettant d'évaluer à quel point vous êtes attentifs à vos émotions dans la vie de tous les jours, à quel point vous utilisez les informations que vos émotions vous donnent et comment vous réagissez de manière générale.

Répondez à toutes les questions en cochant à chaque fois une seule case par énoncé selon si celui-ci vous correspond:

- (1) *presque jamais*
- (2) *quelques fois*
- (3) *la moitié du temps*
- (4) *la plupart du temps*
- (5) *presque toujours*

Code: .....

	1 presque jamais	2 quelques fois	3 la moitié du temps	4 la plupart du temps	5 presque toujours
01) Je comprends bien mes sentiments	<input type="checkbox"/>				
02) Je fais attention à ce que je ressens	<input type="checkbox"/>				
03) Les expériences émotionnelles me submergent et sont incontrôlables	<input type="checkbox"/>				
04) Je n'ai aucune idée concernant comment je me sens	<input type="checkbox"/>				
05) J'ai des difficultés à donner un sens à mes sentiments	<input type="checkbox"/>				
06) Je fais attention à mes sentiments	<input type="checkbox"/>				
07) Je sais exactement comment je me sens	<input type="checkbox"/>				
08) Je prends garde à ce que je ressens	<input type="checkbox"/>				
09) Je suis déconcerté(e) par ce que je ressens	<input type="checkbox"/>				
10) Quand je suis contrarié(e), je prends en compte cette émotion	<input type="checkbox"/>				
11) Quand je suis contrarié(e), le fait de ressentir une telle émotion me met en colère contre moi-même	<input type="checkbox"/>				
12) Quand je suis contrarié(e), je suis embarrassé(e) de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>				
13) Quand je suis contrarié(e), j'ai de la difficulté à terminer un travail	<input type="checkbox"/>				
14) Quand je suis contrarié(e), je devient incontrôlable	<input type="checkbox"/>				

	presque jamais 1	quelques fois 2	la moitié du temps 3	la plupart du temps 4	presque toujours 5
15) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais rester comme ça très longtemps	<input type="checkbox"/>				
16) Quand je suis contrarié(e), je crois que je vais bientôt me sentir très déprimé(e)	<input type="checkbox"/>				
17) Quand je suis contrarié(e), je crois que mes sentiments sont valables et importants	<input type="checkbox"/>				
18) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer sur d'autres choses	<input type="checkbox"/>				
19) Quand je suis contrarié(e), je me sens incontrôlable	<input type="checkbox"/>				
20) Quand je suis contrarié(e), je peux continuer à faire des choses	<input type="checkbox"/>				
21) Quand je suis contrarié(e), j'ai honte de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>				
22) Quand je suis contrarié(e), je sais que je peux trouver un moyen pour enfin aller mieux	<input type="checkbox"/>				
23) Quand je suis contrarié(e), je me sens désanné(e)	<input type="checkbox"/>				
24) Quand je suis contrarié(e), je sens que je peux garder le contrôle de mes comportements	<input type="checkbox"/>				
25) Quand je suis contrarié(e), je me sens coupable de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>				
26) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à me concentrer	<input type="checkbox"/>				
27) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à contrôler mon comportement	<input type="checkbox"/>				
28) Quand je suis contrarié(e), je crois qu'il n'y a rien que je puisse faire pour me sentir mieux	<input type="checkbox"/>				
29) Quand je suis contrarié(e), je m'en veux de ressentir une telle émotion	<input type="checkbox"/>				
30) Quand je suis contrarié(e), je me sens vraiment mal	<input type="checkbox"/>				
31) Quand je suis contrarié(e), je pense que me complaire dans ces contrariétés est la seule chose à faire	<input type="checkbox"/>				
32) Quand je suis contrarié(e), je perds le contrôle de mes comportements	<input type="checkbox"/>				
33) Quand je suis contrarié(e), j'ai des difficultés à penser à autre chose	<input type="checkbox"/>				
34) Quand je suis contrarié(e), je prends le temps de découvrir ce que je ressens vraiment	<input type="checkbox"/>				
35) Quand je suis contrarié(e), cela prend du temps avant que je ne me sente mieux	<input type="checkbox"/>				
36) Quand je suis contrarié(e), mes émotions prennent le dessus	<input type="checkbox"/>				

Avez vous répondu à tous les énoncés?

Merci!

Version française validée:

Dan-Glauser, E. S., & Scherer, K. R. (2013). The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Factor Structure and Consistency of a French Translation. *Swiss Journal of Psychology*, 72(1), in press.

**Appendice H**  
Maternal Confidence Questionnaire (MCQ) (version prénatale)

## MCQ (version prénatale)

À quel point vous sentez-vous confiant(e) d'avoir ces habiletés parentales à la suite de la naissance de votre bébé? (Encerclez la réponse correspondante)

Questions	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Je saurai quand mon bébé désirera que je joue avec lui.	1	2	3	4	5
2. Je saurai comment prendre soin de mon bébé mieux que n'importe qui d'autre.	1	2	3	4	5
3. Lorsque mon bébé sera chigneux ou turbulent, je connaîtrai la raison.	1	2	3	4	5
4. Je pourrai identifier quand mon bébé sera fatigué et aura besoin de dormir.	1	2	3	4	5
5. Je saurai ce qui rend mon bébé heureux.	1	2	3	4	5
6. Je pourrai donner un bain à mon bébé.	1	2	3	4	5
7. Je pourrai nourrir mon bébé adéquatement.	1	2	3	4	5
8. Je pourrai tenir mon bébé adéquatement.	1	2	3	4	5
9. Je pourrai reconnaître que mon bébé est malade.	1	2	3	4	5
10. Je serai frustré(e) lorsque je prendrai soin de mon bébé.	1	2	3	4	5
11. Je serais bon(ne) pour aider les autres mères/pères à apprendre à prendre soin de leur enfant.	1	2	3	4	5
12. Être un parent est demandant et peu gratifiant.	1	2	3	4	5
13. J'ai toutes les habiletés nécessaires pour être un bon parent.	1	2	3	4	5
14. Je serai satisfait(e) de mon rôle comme parent.	1	2	3	4	5

**Appendice I**  
Maternal Confidence Questionnaire (MCQ) (version postnatale)

**MCQ (version postnatale)**

À quel point vous sentez-vous confiant(e) par rapport à ces habiletés parentales ?  
(Encercliez la réponse correspondante)

Questions		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
1.	Je sais quand mon bébé désire que je joue avec lui.	1	2	3	4	5
2.	Je sais comment prendre soin de mon bébé mieux que n'importe qui d'autre.	1	2	3	4	5
3.	Lorsque mon bébé est chigneux ou turbulent, je connais la raison.	1	2	3	4	5
4.	Je peux identifier quand mon bébé est fatigué et a besoin de dormir.	1	2	3	4	5
5.	Je sais ce qui rend mon bébé heureux.	1	2	3	4	5
6.	Je peux donner un bain à mon bébé.	1	2	3	4	5
7.	Je peux nourrir mon bébé adéquatement.	1	2	3	4	5
8.	Je peux tenir mon bébé adéquatement.	1	2	3	4	5
9.	Je peux reconnaître que mon bébé est malade.	1	2	3	4	5
10.	Je suis frustré(e) lorsque je prends soin de mon bébé.	1	2	3	4	5
11.	Je serais bonne pour aider les autres mères à apprendre à prendre soin de leur enfant.	1	2	3	4	5
12.	Être un parent est demandant et peu gratifiant.	1	2	3	4	5
13.	J'ai toutes les habiletés nécessaires pour être un bon parent.	1	2	3	4	5
14.	Je suis satisfait(e) de mon rôle comme parent.	1	2	3	4	5

**Appendix J**  
Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS)

## MAAS

**Veillez cocher l'énoncé qui correspond le plus à vos sentiments concernant la grossesse et le bébé.**

- 1. Au cours des deux dernières semaines, j'ai pensé au bébé que je porte ou j'ai été préoccupée à son sujet :**
  - presque tout le temps
  - très fréquemment
  - fréquemment
  - occasionnellement
  - pas du tout
  
- 2. Au cours des deux dernières semaines, lorsque j'ai parlé du bébé que je porte ou que j'ai pensé à lui, cela a entraîné des émotions :**
  - vraiment limitées ou inexistantes
  - plutôt limitées
  - entre faibles et fortes
  - assez fortes
  - vraiment fortes
  
- 3. Au cours des deux dernières semaines, mes sentiments concernant le bébé que je porte ont été :**
  - vraiment positifs
  - plutôt positifs
  - un mélange de positif et de négatif
  - plutôt négatifs
  - vraiment négatifs
  
- 4. Au cours des deux dernières semaines, j'ai eu le désir de lire ou de m'informer à propos du développement du bébé. Ce désir est :**
  - vraiment limité ou inexistant
  - plutôt limité
  - entre faible et fort
  - assez fort
  - vraiment fort
  
- 5. Au cours des deux dernières semaines, j'ai essayé de me représenter ce à quoi le bébé qui se développe dans mon ventre ressemble :**
  - presque tout le temps
  - très fréquemment
  - fréquemment
  - occasionnellement
  - pas du tout

6. **Au cours des deux dernières semaines, j'ai pensé au bébé qui se développe dans mon ventre principalement comme étant :**
- une vraie petite personne à l'intérieur de moi qui a des caractéristiques particulières
  - un bébé comme tous les autres bébés
  - un être humain
  - un être vivant
  - un être qui n'est pas encore tout à fait en vie
7. **Au cours des deux dernières semaines, j'ai ressenti que le bébé dépend de moi pour assurer son bien-être :**
- totalement
  - en bonne partie
  - moyennement
  - un peu
  - pas du tout
8. **Au cours des deux dernières semaines, je me suis aperçue que je parlais au bébé lorsque j'étais seule :**
- pas du tout
  - occasionnellement
  - fréquemment
  - très fréquemment
  - presque à toutes les fois que je suis seule
9. **Au cours des deux dernières semaines, lorsque je pense (ou parle) au bébé, mes pensées sont :**
- toujours tendres et aimantes
  - principalement tendres et aimantes
  - un mélange de tendresse et d'irritation
  - relativement empreintes d'irritation
  - empreintes de beaucoup d'irritation
10. **L'image que je me fais de ce à quoi le bébé ressemble actuellement dans mon ventre est :**
- vraiment claire
  - plutôt claire
  - plutôt vague
  - vraiment vague
  - je n'ai aucune idée de ce à quoi le bébé ressemble

- 11. Au cours des deux dernières semaines, lorsque je pense au bébé dans mon ventre, mes sentiments sont :**
- vraiment tristes
  - moyennement tristes
  - un mélange de joie et de tristesse
  - moyennement heureux
  - vraiment heureux
- 12. Certaines femmes enceintes deviennent parfois tellement irritées par le bébé en eux qu'elles se sentent comme si elles avaient envie de lui faire mal ou de le punir :**
- Je ne peux pas m'imaginer que je pourrais vivre de tels sentiments
  - Je peux m'imaginer que je pourrais parfois vivre de tels sentiments, mais ça ne m'est jamais arrivé jusqu'à maintenant
  - Je me suis sentie de cette façon à une ou deux reprises
  - Je me suis occasionnellement sentie de cette façon
  - Je me suis souvent sentie de cette façon
- 13. Au cours des deux dernières semaines, je me suis sentie :**
- vraiment distante émotionnellement de mon bébé
  - moyennement distante émotionnellement de mon bébé
  - pas particulièrement proche de mon bébé
  - moyennement proche émotionnellement de mon bébé
  - vraiment proche émotionnellement de mon bébé
- 14. Au cours des deux dernières semaines, j'ai fait attention à ce que je mange afin de m'assurer que le bébé ait une saine alimentation :**
- pas du tout
  - une fois ou deux
  - occasionnellement
  - assez souvent
  - toutes les fois que je mangeais
- 15. Lorsque je verrai le bébé pour la première fois après l'accouchement, je m'attends :**
- à ressentir une intense affection
  - à ressentir principalement de l'affection
  - à ce qu'un ou deux aspects de mon bébé me déplaisent
  - à ce que plusieurs aspects de mon bébé me déplaisent
  - à ressentir principalement de l'aversion

**16. Lorsque mon bébé naîtra, j'aimerais le serrer contre moi :**

- immédiatement
- après qu'il ait été enveloppé dans une couverture
- après qu'il ait été lavé
- après que j'aie pu me reposer une heure ou deux
- le lendemain

**17. Au cours des deux dernières semaines, j'ai rêvé à ma grossesse ou au bébé :**

- pas du tout
- occasionnellement
- fréquemment
- très fréquemment
- presque toutes les nuits

**18. Au cours des deux dernières semaines, j'ai remarqué que j'avais tendance à mettre mes mains sur mon ventre pour sentir le bébé ou que j'avais tendance à caresser mon ventre :**

- plusieurs fois chaque jour
- au moins une fois par jour
- occasionnellement
- une seule fois
- pas du tout

**19. Si je vivais une interruption de grossesse à ce moment-ci (en raison d'un problème ou d'un accident) sans souffrir et sans subir de conséquences physiques, je m'imagine que je me sentirais :**

- vraiment soulagée
- moyennement soulagée
- neutre (c'est-à-dire ni triste ni soulagée ou j'aurais des sentiments partagés)
- moyennement triste
- vraiment triste

**Appendice K**  
Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS)

## MPAS

**Les énoncés ci-dessous réfèrent à différentes pensées et réactions émotives que les parents ont lorsqu'ils prennent soin de leurs enfants. Veuillez choisir la réponse qui vous correspond le mieux.**

- 1. Lorsque je prends soin du bébé, j'ai un sentiment d'agacement ou d'irritation :**
  - très fréquemment
  - fréquemment
  - occasionnellement
  - très rarement
  - jamais
  
- 2. Lorsque je prends soin du bébé, j'ai l'impression qu'il est délibérément difficile ou qu'il/elle cherche à me provoquer :**
  - très fréquemment
  - fréquemment
  - occasionnellement
  - très rarement
  - jamais
  
- 3. Au cours des deux dernières semaines, je décrirais mes sentiments envers le bébé comme :**
  - de l'aversion
  - pas de sentiments forts envers le bébé
  - une légère affection
  - une affection modérée
  - une intense affection
  
- 4. Lorsque je considère mes interactions générales avec le bébé, je :**
  - me sens vraiment coupable de ne pas être plus impliquée
  - me sens modérément coupable de ne pas être plus impliquée
  - me sens un peu coupable de ne pas être plus impliquée
  - je ne me sens pas coupable concernant mon implication
  
- 5. Lorsque j'interagis avec le bébé, je me sens :**
  - très incompetente et peu confiante
  - modérément incompetente et peu confiante
  - modérément compétente et confiante
  - très compétente et confiante

- 6. Lorsque je suis avec le bébé, je me sens tendue et anxieuse :**  
 très fréquemment  
 fréquemment  
 occasionnellement  
 presque jamais
- 7. Lorsque je suis avec le bébé et que d'autres personnes sont également présentes, je me sens fière du bébé :**  
 très fréquemment  
 fréquemment  
 occasionnellement  
 presque jamais
- 8. Je tente de JOUER avec le bébé le plus possible :**  
 cela est vrai  
 cela est faux
- 9. Lorsque je dois quitter le bébé :**  
 je me sens majoritairement plutôt triste (ou c'est difficile de quitter)  
 je me sens souvent plutôt triste (ou c'est difficile de quitter)  
 j'ai des sentiments partagés entre la tristesse et le soulagement  
 je me sens souvent plutôt soulagée (et c'est facile de quitter)  
 je me sens généralement plutôt soulagée (et c'est facile de quitter)
- 10. Lorsque je suis avec le bébé :**  
 j'en retire toujours beaucoup de plaisir ou de satisfaction  
 j'en retire fréquemment beaucoup de plaisir ou de satisfaction  
 j'en retire occasionnellement beaucoup de plaisir ou de satisfaction  
 je n'en retire que très rarement beaucoup de plaisir ou de satisfaction
- 11. Lorsque je ne suis pas avec le bébé, je m'aperçois que je pense à lui/elle :**  
 presque tout le temps  
 très fréquemment  
 fréquemment  
 occasionnellement  
 pas du tout
- 12. Lorsque je suis avec le bébé :**  
 je cherche normalement à prolonger le temps que je passe avec lui/elle  
 je cherche normalement à limiter le temps que je passe avec lui/elle

- 13. Lorsque j'ai été séparée du bébé pour une longue période et que je suis sur le point de le/la retrouver, je ressens normalement :**
- un intense plaisir à l'idée de le/la retrouver
  - un plaisir modéré à l'idée de le/la retrouver
  - un léger plaisir à l'idée de le/la retrouver
  - aucun sentiment à l'idée de le/la retrouver
  - des sentiments négatifs à l'idée de le/la retrouver
- 14. Je perçois maintenant le bébé :**
- tout à fait comme étant mon propre bébé
  - un peu comme étant mon propre bébé
  - pas tout à fait encore comme étant mon propre bébé
- 15. Concernant les choses que j'ai ou que nous avons dû abandonner en raison du bébé :**
- cela me contrarie beaucoup
  - cela me contrarie modérément
  - cela me contrarie un peu
  - cela ne me contrarie pas du tout
- 16. Au cours des trois derniers mois, j'ai eu le sentiment que je n'avais pas suffisamment de temps pour moi et mes propres intérêts :**
- presque tout le temps
  - très fréquemment
  - occasionnellement
  - pas du tout
- 17. Prendre soin de ce bébé représente une immense charge de responsabilités. Je considère que cela est :**
- vraiment vrai
  - modérément vrai
  - un peu vrai
  - pas du tout vrai
- 18. Je fais confiance à mon jugement concernant les besoins de mon bébé :**
- presque jamais
  - occasionnellement
  - la plupart du temps
  - presque tout le temps
- 19. Normalement, lorsque je suis avec le bébé :**
- je suis vraiment impatiente
  - je suis un peu impatiente
  - je suis moyennement patiente
  - je suis extrêmement patiente

**Appendice L**  
Échelles de symptômes pédiatriques

**Échelles de symptômes pédiatriques**

Les questions suivantes concernent des comportements de votre enfant. Pour répondre, pensez à ce qui serait attendu chez un enfant du même âge que le vôtre et identifiez à quel point chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Beaucoup</b>
Est-ce que votre enfant est mal à l'aise avec les nouvelles personnes ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant trouve difficile de se retrouver dans de nouveaux endroits ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant a de la difficulté avec le changement ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant accepte de se faire prendre par d'autres personnes ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant pleure beaucoup ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant a de la difficulté ou a besoin de beaucoup de temps pour se calmer ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant est difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-ce difficile de réconforter votre enfant ?	0	1	2
Est-ce difficile pour votre enfant de suivre une routine ou un horaire ?	0	1	2
Est-ce difficile de coucher votre enfant ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant vous empêche de dormir suffisamment ?	0	1	2
Est-ce que votre enfant a de la difficulté à demeurer endormi ?	0	1	2