

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

VALIDATION DE LA VERSION FRANCOPHONE DE L'INDICE DE DÉTRESSE  
PÉRITRAUMATIQUE RELIÉE À LA COVID- 19, AUPRÈS D'UNE POPULATION DE  
PARENTS D'UN NOUVEAU-NÉ

THÈSE DE SPÉCIALISATION  
PRÉSENTÉE COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU BACCALAURÉAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LUCIANA LASSANCE

SOUS LA SUPERVISION DE  
CLAUDE BÉLANGER, Ph. D., ET NATACHA GODBOUT, Ph. D.

LE 12 MAI 2021

## Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier mes directeurs, Claude Bélanger et Natacha Godbout, qui m'ont donné l'opportunité de participer à ce projet. Merci de votre support et de vos conseils qui m'ont permis de me surpasser et d'améliorer mes compétences. Je tiens aussi à remercier toute l'équipe du laboratoire TRACE qui m'a chaleureusement accueilli. C'est vraiment un plaisir de travailler avec vous. Je remercie particulièrement mon mentor et « grande sœur », Mathilde Baumann pour sa disponibilité et son sens critique qui m'ont permis de pousser mes limites, d'apprendre et de perfectionner mon travail.

Le plus grand des remerciements à mon conjoint, Luc, qui m'a toujours encouragée depuis le début de mon parcours académique. Merci pour ton support quotidien ainsi que pour tes encouragements qui m'ont donné l'énergie et la confiance pour continuer. Finalement, je remercie ma famille qui, même de loin, m'a appuyé dans la poursuite de mon rêve.

## Table de matières

REMERCIEMENTS .....	2
LISTE DE TABLEAUX .....	5
RÉSUMÉ.....	6
INTRODUCTION .....	7
Les effets psychologiques de la COVID-19 .....	8
La COVID-19 et la parentalité.....	9
Instruments de mesure existants pour mesurer la détresse péritraumatique .....	9
<i>COVID-19 Peritraumatic Distress Index</i> .....	11
Variables potentiellement liées à la détresse péritraumatique .....	12
Objectifs et hypothèses .....	13
MÉTHODE.....	14
Population et procédure .....	14
Instruments de mesure .....	14
Indice de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 .....	15
Questionnaires utilisés pour mesurer les variables reliées à l’IDPC (validité convergente et divergente).....	16
L’échelle de détresse psychologique.....	16
L’échelle de dépression postnatale d’Édimbourg.....	16
L’échelle de satisfaction de vie.....	16
Analyses statistiques.....	17
RÉSULTATS.....	19
Analyses descriptives et bivariées .....	19
Modèles d’équations structurelles exploratoires (ESEM) .....	20
Variables liées à la détresse péritraumatique (validité convergente et divergente) .....	24
DISCUSSION.....	25
Variables liées à la détresse péritraumatique (validité convergente et divergente) .....	27
Prévalence de la détresse péritraumatique reliée à la COVID-19.....	28
LIMITES ET RECHERCHES FUTURES.....	31
CONCLUSION.....	34
RÉFÉRENCES .....	35
ANNEXES .....	43
Annexe 1 : Lettre d’approbation du comité éthique.....	44
Annexe 2 : Formulaire de consentement .....	45

Annexe 3 : Énoncés qui composent la version originale du COVID-19 <i>Peritraumatic Distress Index</i> (CPDI) ainsi que la traduction en français et l'adaptation québécoise.....	49
Annexe 4 : Version francophone de l'Indice de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 (IDPC; Qiu <i>et al.</i> , 2020) .....	51
Annexe 5 : Questionnaires utilisés pour mesurer les variables reliées à l'IDPC .....	52

## Liste de tableaux

<b>TABLEAU 1. DIFFÉRENCE DE MOYENNES POUR LA DÉTRESSE PÉRITRAUMATIQUE SELON LE GENRE .....</b>	<b>19</b>
<b>TABLEAU 2. PROPORTION DES HOMMES ET FEMMES SELON LE NIVEAU DE DÉTRESSE PÉRITRAUMATIQUE RELIÉE À LA COVID-19 (DP) .....</b>	<b>20</b>
<b>TABLEAU 3. SOLUTION FACTORIELLE DES 24 ÉNONCÉS RÉPARTIS EN 4 FACTEURS OBTENUE PAR LES ANALYSES D'ÉQUATIONS STRUCTURELLES EXPLORATOIRES (ESEM) .....</b>	<b>22</b>
<b>TABLEAU 4. SOLUTION FACTORIELLE FINALE OBTENUE PAR LES ANALYSES D'ÉQUATIONS STRUCTURELLES EXPLORATOIRES (ESEM) .....</b>	<b>23</b>
<b>TABLEAU 5. CORRÉLATIONS ENTRE L'IDPC ET SES FACTEURS ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE, LES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION POST-PARTUM ET LA SATISFACTION DE VIE .....</b>	<b>24</b>

## Résumé

Des instruments mesurant la détresse péritraumatique ont été développés et validés en français, mais ceux-ci ne sont pas adaptés au contexte de pandémie de COVID-19. L'Indice de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19, IDPC (*COVID-19 Peritraumatic Distress Index*, CPDI; Qiu *et al.*, 2020) est parmi les premiers instruments créés et validés pour mesurer la détresse péritraumatique reliée à la COVID-19. À notre connaissance, cet instrument n'a pas encore été validé en français. En raison des ressources adaptatives importantes qui sont sollicitées durant la pandémie de COVID-19, les parents d'un nouveau-né peuvent être particulièrement vulnérables au stress généré par cette situation (Epifanio *et al.*, 2015). En effet, l'isolement associé aux mesures de distanciation sociale et de confinement est susceptible de fragiliser leur santé mentale et les mener à vivre de la détresse péritraumatique. Cette étude vise en conséquence à évaluer les propriétés psychométriques de la version francophone de l'IDPC auprès d'un échantillon de 492 parents d'un nouveau-né. La structure factorielle, la cohérence interne ainsi que la validité convergente et divergente de l'instrument sont examinées. Les résultats indiquent que l'IDPC possède une bonne cohérence interne et semblent appuyer la structure factorielle en quatre facteurs de l'instrument original. Les corrélations entre la détresse péritraumatique et différentes variables d'intérêt (c.-à-d., détresse psychologique, dépression post-partum et satisfaction de vie) vont dans le sens attendu. Les analyses descriptives révèlent que 21,7% des parents d'un nouveau-né présentent de la détresse péritraumatique. En somme, les résultats indiquent des qualités psychométriques satisfaisantes pour la version francophone de l'IDPC, offrant aux chercheurs l'accès à un instrument de mesure de détresse péritraumatique adapté au contexte de la pandémie de COVID-19.

*Mots-clés* : COVID-19, détresse péritraumatique, parentalité, validation, détresse psychologique, dépression post-partum, satisfaction de vie

## Introduction

Suite à la première éclosion en décembre 2019, la maladie à coronavirus (COVID-19) s'est rapidement répandue dans plusieurs pays au début de l'année 2020. Le 11 mars 2020, le statut de pandémie mondiale a été prononcé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2020). Au Québec, les premiers cas d'infection virale ont été identifiés à la fin du mois de février 2020 et au cours des semaines suivantes, le nombre de cas a augmenté de façon exponentielle (Ministère de la Santé et Services sociaux, 2020). C'est entre les mois de mars et de mai 2020, que le Québec vit la période la plus alarmante de la première vague, avec environ 45 000 cas confirmés et plus de 5 000 décès (Institut national de santé publique du Québec, 2020). Ainsi, au Québec, la pandémie et les mesures de distanciation sociale imposées par le gouvernement afin de ralentir la contagion (p. ex., confinement, télétravail, fermeture d'écoles et des commerces non essentiels) ont entraîné une augmentation de l'anxiété et de la détresse psychologique au sein de la population (Dubé *et al.*, 2020). En mai 2020, 12% de la population québécoise affirmait vivre une détresse psychologique (Échelle de détresse psychologique; Kessler *et al.*, 2002), tandis que cette prévalence était de 2% en 2014 (cité dans Dubé *et al.*, 2020). Cette différence de résultats indique une augmentation de 10 % de la détresse psychologique, qui pourrait être attribuable à la pandémie de COVID-19.

Lors d'une étude portant sur l'épidémie du Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2004, les chercheurs avaient avancé que certaines personnes avaient vécu cette épidémie comme une expérience adverse et qu'ils éprouvaient des symptômes de détresse péritraumatique (Hawryluck *et al.*, 2004). La détresse péritraumatique est définie comme une détresse psychologique ressentie pendant ou immédiatement après un événement traumatique (Bunnell *et al.*, 2018). Il serait dès lors très possible que certaines personnes vivent la pandémie de COVID-19 de la même manière, et peut-être avec une symptomatologie plus prononcée en raison des impacts plus importants associés à cette pandémie. À cet égard, des études récentes soutiennent que la pandémie de COVID-19 est associée au développement de la détresse péritraumatique chez la population de différents pays (Abad *et al.*, 2020; Costantini et Mazzotti, 2020; Qiu *et al.*, 2020).

Les parents d'un nouveau-né peuvent être particulièrement vulnérables au stress généré par la pandémie puisque leurs ressources adaptatives sont déjà très sollicitées lors de la naissance d'un nouvel enfant. Les contraintes associées à la pandémie exigent de leur part une mobilisation accrue de leurs stratégies d'adaptation (Epifanio *et al.*, 2015), ce qui pourrait affecter tant leur

bien être psychologique que leur fonctionnement conjugal (Keizer et Schenk, 2012). Par conséquent, la pandémie et les mesures de distanciation sociale et de confinement qui doivent être adoptées pour y faire face, peuvent fragiliser la santé mentale des parents d'un nouveau-né et les mener à vivre de la détresse péritraumatique. Les réactions générales associées à ce type de détresse font référence à des comportements, émotions, pensées et symptômes physiques associés au stress vécus pendant l'évènement (p. ex., étourdissements, sentiments de peur, perte d'espoir, immobilité devant le danger, symptômes de dissociation; Gorman *et al.*, 2014). Dans le cas des parents d'un nouveau-né en contexte de pandémie de COVID-19, cela pourrait aussi renvoyer, entre autres, à la peur que la famille soit contaminée par le virus, aux conflits familiaux et à l'impuissance, à l'isolement par rapport au réseau de soutien, et aux changements physiologiques associés à l'accouchement et à la naissance. Étant donné les effets néfastes que la détresse péritraumatique peut avoir sur la santé mentale des parents d'un nouveau-né, il est donc important de mesurer et de documenter ces symptômes chez cette population, afin de mieux comprendre ses effets et de prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale.

À l'heure actuelle, il n'existe pas, à notre connaissance, d'instrument francophone validé permettant de mesurer le niveau de détresse péritraumatique spécifiquement reliée à la COVID-19 au sein de la population québécoise. De même, une validation en français de l'instrument pourrait être utile dans d'autres pays francophones, avec quelques adaptations au niveau des énoncés. Ainsi, cette étude vise la validation de la version francophone d'un questionnaire auprès des parents d'un nouveau-né, vivant au Québec, dans le but de mesurer le niveau de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 et de documenter les effets délétères de la pandémie sur la santé mentale de cette population vulnérable.

### **Les effets psychologiques de la COVID-19**

Bien que la recherche explorant les répercussions psychologiques de la pandémie de COVID-19 soit relativement récente, plusieurs études soutiennent déjà des effets délétères sur la santé psychologique des individus. En effet, l'étude de Qiu et ses collègues (2020), réalisée auprès d'un large échantillon chinois ( $N= 52\ 730$ ) au début de la pandémie, indique que 35% des répondants présentaient des niveaux modérés à sévères de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Constatini et Mazzoti (2020) réalisée en Italie auprès de 329 participants, indiquant qu'un tiers de participants présentaient des niveaux modéré et sévère de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19. Une étude similaire réalisée



au Brésil, l'un des pays le plus touchés au monde par la COVID-19 (OMS, 2021b), effectuée sur un échantillon de 1 844 personnes, indique que 47,5% des participants présentaient un niveau modéré de détresse péritraumatique tandis que 23,8% présentaient un niveau sévère de détresse péritraumatique liée à la COVID-19 (Abad *et al.*, 2020). De même, une étude réalisée au Pérou dans un échantillon de 400 individus a révélé que 35,5% des participants rapportaient un niveau modéré de détresse péritraumatique liée à la COVID-19 et que 9,3% rapportaient un niveau sévère de détresse (Krüger-Malpartida *et al.*, 2020).

### **La COVID-19 et la parentalité**

La naissance d'un enfant représente un événement de vie majeur qui peut s'accompagner de changements dans le fonctionnement psychosocial d'un individu (Meleis, 2010). En effet, l'arrivée d'un enfant peut causer des changements structuraux significatifs (p. ex., réorganisation de l'horaire de travail, isolement) qui peuvent affecter son bien-être (Keizer *et al.*, 2010). Parmi les répercussions de la parentalité les plus documentées se trouvent une augmentation du stress, de l'anxiété, des symptômes dépressifs et les risques de détresse conjugale (Keizer et Schenk, 2012; Matthey *et al.*, 2000; Mughal *et al.*, 2018). Ainsi, les parents d'un nouveau-né peuvent être particulièrement vulnérables dans le contexte de la pandémie de COVID-19, puisqu'ils sont déjà fragilisés par les changements apportés par la naissance de leur enfant. Considérant que la détresse péritraumatique liée à la COVID-19 est liée au développement d'autres psychopathologies chez les parents et leurs enfants (p. ex., dépression post-partum, détresse psychologique, trouble d'anxiété chez l'enfant; Brock *et al.*, 2015; Goodman *et al.*, 2011), il est important d'identifier et de mesurer adéquatement ses symptômes. Ainsi, pour mesurer la détresse péritraumatique liée à la pandémie de COVID-19, un instrument valide et facile à administrer semble nécessaire. De plus, il est aussi important de documenter les liens entre la détresse péritraumatique et les symptômes de dépression post-partum, la détresse psychologique et la satisfaction de vie chez cette population.

### **Instruments de mesure existants pour mesurer la détresse péritraumatique**

Afin de mieux documenter ses symptômes, des instruments qui mesurent la détresse péritraumatique ont été développés et validés en français. Par exemple, l'Inventaire de détresse péritraumatique (PDI; Jehel *et al.*, 2005) évalue la réaction péritraumatique à un événement ponctuel pour lequel la vie d'un individu a été mise en danger (p. ex., « je pensais que j'allais mourir », « j'avais peur pour ma propre sécurité »). Néanmoins, ce questionnaire n'inclut pas des

aspects qui sont spécifiques à une épidémie (p. ex., peur d'être contaminé ou qu'un proche le soit) et encore moins à la situation inédite caractérisée par la pandémie de COVID-19 (p. ex., achat des masques et des médicaments, colère contre les autorités et la gestion gouvernementale de la situation). Une autre mesure francophone de la détresse péritraumatique disponible est le Questionnaire de dissociation péritraumatique (PDEQ; Birnes *et al.*, 2005) qui évalue les symptômes de dissociation associés à un événement menaçant (p. ex., « ma perception du temps était changée – les choses avaient l'air de se dérouler au ralenti »). Cependant, ce questionnaire exclut d'autres symptômes qui sont propres à la détresse péritraumatique (p. ex., humeur négative, changements cognitifs et comportementaux, symptômes de somatisation et d'irritabilité), ce qui représente une limite, car il ne mesure pas tous ces aspects qui sont importants dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Un autre questionnaire qui est beaucoup utilisé pour mesurer la détresse liée à un trauma est l'*Impact of Event Scale* (IES-R; Weiss, 2007). Par contre, il s'agit d'un instrument utilisé pour évaluer des symptômes liés au stress posttraumatique (pensées intrusives, évitement des souvenirs de l'évènement, et de symptômes d'hyperexcitation) au cours de la semaine suivant l'évènement traumatique (p. ex., « Tout rappel de l'évènement ravivait mes sentiments face à l'évènement », « Des images de l'évènement surgissaient dans ma tête ») et non la détresse péritraumatique vécue durant une situation de stress chronique telle que nous pouvons la retrouver en période de pandémie. Ce questionnaire ne semble donc pas très bien adapté à la mesure de la détresse péritraumatique pouvant être vécue en contexte de pandémie, puisqu'il ne considère pas le développement d'une humeur négative, des changements comportementaux, ni des changements physiologiques. En définitive, étant donné que la pandémie du COVID-19 n'est pas un événement de courte durée et qu'elle entraîne plusieurs changements susceptibles de bouleverser la vie d'un individu (p. ex., mesures sanitaires), les instruments disponibles actuellement pour mesurer la détresse péritraumatique ne semblent pas tenir compte des points qui sont spécifiques à la pandémie de COVID-19. Ces aspects renvoient notamment au port du masque généralisé et à la désinfection des lieux, ainsi qu'à l'inquiétude par rapport à l'entourage (transmission, contamination) et à l'anxiété générée par les nouvelles. Ces aspects devraient donc être inclus dans une mesure de détresse péritraumatique liée à la COVID-19, afin de mesurer adéquatement les caractéristiques spécifiques de cette situation inédite. Pour pallier le manque de ces aspects, le *COVID-19 Peritraumatic Distress Index* (CPDI) a été conçu pour mesurer spécifiquement la

détresse péritraumatique reliée à la COVID-19. Ainsi, la présente étude s'inscrit dans une volonté de traduire et valider la version francophone de l'instrument.

**COVID-19 Peritraumatic Distress Index.** Étant donné la situation caractéristique d'une pandémie mondiale, pour mieux répondre au manque de mesures adéquates et pour mieux mesurer la détresse péritraumatique vécue par la population en contexte de pandémie, Qiu et ses collègues (2020) ont créé le *COVID-19 Peritraumatic Distress Index* (CPDI). Développé et validé en Chine dans un échantillon de plus de 50 000 participants de 36 provinces, le CPDI est un questionnaire auto-rapporté qui mesure la détresse péritraumatique vécue spécifiquement pendant la pandémie de COVID-19 (Qiu *et al.*, 2020). D'une durée d'administration relativement rapide (en moyenne 10 minutes) et d'utilisation facile pour les participants, puisque les questions sont simples et claires, le CPDI évalue la fréquence de l'anxiété, des phobies spécifiques et comportement compulsif; de la dépression, des changements cognitifs et de la perte du fonctionnement social; ainsi que de l'évitement et des symptômes physiques durant la semaine qui a précédé la passation du test. L'instrument permet de documenter trois niveaux de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19, soit une détresse normale, modérée et sévère.

Le contenu de la version originale du CPDI, en chinois, a été validé par des psychiatres du *Shanghai Mental Health Center* et possède un alpha de Cronbach de 0,95 (Qiu *et al.*, 2020). Le questionnaire a ensuite été traduit en anglais par Qiu et ses collaborateurs et cette version anglaise a été utilisée dans les études de validation du CPDI. Bien que les auteurs ne rapportent pas d'information sur la structure factorielle du CPDI (Qiu *et al.*, 2020), ils ont été contactés personnellement et ont confirmé une structure en quatre facteurs (Qiu, 2021) : (1) *Humeur négative*, qui consiste à ressentir des sentiments d'anxiété, de tristesse et d'impuissance (p. ex., « Je me sens plus nerveux.se et anxieux.se que d'habitude »); (2) *Changement cognitif et comportemental*, qui inclut des pensées compulsives ainsi que des comportements d'évitement en lien avec la COVID-19 (p. ex., « Je m'informe au sujet du COVID-19 toute la journée. Même si ce n'est pas nécessaire, je ne peux m'arrêter »); (3) *Somatisation*, qui fait référence à des symptômes physiques (p. ex., « Je me sens étourdi.e ou je ressens des maux de dos, de tête et/ou des douleurs à la poitrine »); et (4) *Hyperexcitation et irritabilité*, qui renvoie à l'augmentation de l'état d'alerte ainsi que des comportements de retrait social (p. ex., « Je suis plus irritable et les conflits avec ma famille et/ou mes proches sont fréquents »).

Outre l'article lié à la version originale chinoise, deux études de validation ont été identifiées, une italienne (Costantini et Mazzotti, 2020) et une péruvienne (Petrozzi *et al.*, 2020). Ces études confirment une cohérence interne satisfaisante (0,92 et 0,93, respectivement) pour le score total. Le CPDI a aussi été utilisé dans plusieurs études dans différents pays (p. ex., Brésil, Arabie Saoudite, Bangladesh, France) et celles-ci démontrent également une cohérence interne satisfaisante qui varie de 0,81 à 0,91 (Al-Hanawi *et al.*, 2020; Marzo *et al.*, 2021; Megalakaki *et al.*, 2021; Shrestha *et al.*, 2020; Zhang *et al.*, 2020). Une de ces études témoigne aussi de la bonne stabilité temporelle de l'instrument ( $\alpha = 0,87$  au premier temps de mesure et  $\alpha = 0,89$  au deuxième; Megalakaki *et al.*, 2021). La validité de contenu de l'instrument a été jugée comme satisfaisante par des experts dans les études de validation italienne et péruvienne (Costantini et Mazzotti, 2020; Petrozzi *et al.*, 2020). En somme, les trois études de validation témoignent des qualités psychométriques satisfaisantes du CPDI, toutefois elles n'ont pas évalué la structure factorielle de l'instrument. La validation de la structure factorielle du questionnaire permettrait alors de combler une lacune présente dans la recherche en ce que concerne le CPDI.

Ainsi, compte tenu des qualités psychométriques satisfaisantes auprès de populations de différents pays, de son utilisation dans plusieurs pays, de son temps d'administration rapide, ainsi que le fait qu'il considère des éléments qui sont spécifiques au contexte de la pandémie de COVID-19, le CPDI semble adapté pour mesurer la détresse péritraumatique reliée à la COVID-19. Or, une étude de validation de la version française semble nécessaire afin de valider cet instrument auprès de parents québécois d'un nouveau-né, qui sont vulnérables au stress généré par la COVID-19.

### **Variables potentiellement liées à la détresse péritraumatique**

La détresse péritraumatique que certains parents peuvent éprouver durant la pandémie de COVID-19 peut être reliée à d'autres variables pertinentes, telle que la dépression post-partum (Brock *et al.*, 2015; Qu *et al.*, 2012). Des études indiquent que la détresse péritraumatique serait associée aux symptômes d'anxiété, de dépression et de somatisation qui caractérisent la détresse psychologique (Hiar *et al.*, 2016; Nishi *et al.*, 2009). D'ailleurs, une étude réalisée en France indique une forte corrélation entre la détresse péritraumatique reliée à COVID-19 et les symptômes de dépression et d'anxiété (Megalakaki *et al.*, 2021). Une autre étude réalisée en Chine auprès de 7 236 personnes afin d'évaluer l'effet de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale de la population indique qu'environ 35% des participants présentaient des symptômes

d'anxiété, 20% des symptômes dépressifs et 18% des problèmes de sommeil en février 2020, indiquant une forte présence d'une détresse psychologique durant les premiers mois de la pandémie (Huang et Zhao, 2020). À ceci s'ajoute que la détresse psychologique et des événements stressants, peuvent être associés à une diminution du niveau de satisfaction de vie des individus (Bhullar *et al.*, 2012; Hamarat et Thompson, 2001). Ainsi, la détresse péritraumatique liée à la COVID-19 et aux mesures de distanciation sociale associées ainsi que les restrictions de déplacement imposées durant la pandémie pourraient être reliées à une baisse de la satisfaction de vie la population. Il serait pertinent d'examiner les liens entre la détresse péritraumatique telle qu'évaluée par le CPDI et la détresse psychologique, la dépression post-partum ainsi que la satisfaction de vie chez la population des parents d'un nouveau-né au Québec dans le cadre d'une étude de validité.

### **Objectifs et hypothèses**

Considérant l'importance d'étudier les répercussions de la pandémie sur la santé mentale de parents d'un nouveau-né au Québec, cette étude vise à évaluer les propriétés psychométriques de la version francophone du *COVID-19 Peritraumatic Distress Index* (CPDI; Qiu *et al.*, 2020), l'Indice de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 (IDPC)<sup>1</sup>, dans un échantillon de cette population. Cette étude vise à tester les propriétés psychométriques du questionnaire en analysant sa structure factorielle et en mesurant sa consistance interne, ainsi que la validité convergente avec des variables reliées habituellement à la détresse péritraumatique (c.-à-d., détresse psychologique et la dépression post-partum) et divergente avec des variables distinctes (c.-à-d., satisfaction de vie en général), étant donné que leur lien a été observé dans des études antérieures. Trois hypothèses découlent de cet objectif : (1) la version francophone de l'IDPC présentera des qualités psychométriques satisfaisantes, avec un niveau de cohérence interne similaire à celle de la version originale du questionnaire; (2) la structure factorielle de la version en français reproduira celle de l'étude originale et des autres études de validation du questionnaire, soit un modèle en quatre facteurs; et (3) un niveau élevé de détresse péritraumatique sera positivement corrélé avec la détresse psychologique et la dépression post-partum, tandis qu'il sera négativement corrélé à un score élevé de satisfaction de vie.

---

<sup>1</sup> La traduction française du titre sera utilisée tout au long du présent texte.

## Méthode

### Population et procédure

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une étude plus vaste dirigée par Dre Natacha Godbout (Ph. D.) et Dre Alison Paradis (Ph. D.) dont l'objectif est d'étudier la santé mentale et conjugale de couples parents d'un nouveau-né du Québec, en ajoutant un volet relié aux effets de la pandémie de COVID-19. Le projet a été approuvé par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) de l'Université du Québec à Montréal (UQAM). Ces parents d'un nouveau-né ont été aléatoirement sélectionnés parmi les relevés des nouvelles naissances de la liste du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP). Les participants ont été sélectionnés en fonction des critères d'inclusion suivants : 1) être parent d'un nouveau-né âgé de moins de six mois, 2) être en relation de couple (les deux parents de l'enfant), 3) être âgé de 18 ans ou plus, et 4) parler et écrire couramment le français. La participation à l'étude était volontaire et chaque partenaire du couple avait droit à une carte-cadeau d'une valeur de 20\$ une fois le questionnaire rempli. Ils ont été rejoints par téléphone et ont été invités à remplir un questionnaire en ligne sur la plateforme *Qualtrics* entre les mois d'avril et novembre de 2020.

L'échantillon de la présente étude est composé de 492 de participants québécois francophones âgés de 18 ans et plus ( $M = 30,49$ ,  $É.-T. = 5,84$ ). Afin de respecter l'indépendance des données, un membre de chaque couple était aléatoirement sélectionné. Parmi les participants, 58,3% s'identifient comme femme ( $n = 287$ ) et 41,7% comme homme ( $n = 205$ ). Bien qu'il n'y ait pas de consensus quant à la taille d'échantillon minimale requise pour une analyse factorielle confirmatoire, plusieurs auteurs recommandent un ratio de 10 individus par item afin d'assurer une puissance statistique satisfaisante (p. ex., Hair *et al.*, 1998; Nunnally, 1978). Étant donné le nombre d'items du questionnaire ( $n = 24$ ), un minimum de 240 participants était nécessaire. Ainsi, un échantillon de 492 participants se situe au-delà du seuil minimal pour atteindre la puissance statistique.

### Instruments de mesure

L'IDCP a été intégré dans un projet de plus haute envergure afin de mesurer les effets de la COVID-19 sur la santé mentale et conjugale de parents d'un nouveau-né. Les participants ont complété un questionnaire sociodémographique ainsi que des mesures de détresse psychologique, de symptômes de dépression post-partum et de satisfaction de vie.

### **Indice de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 (IDPC; Qiu *et al.*, 2020).**

L'instrument compte 24 questions qui sont répondues sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (« jamais ») à 4 (« la plupart du temps »). Le score total varie de 4 à 100 et est calculé en additionnant le chiffre 4 à la somme de tous les items. Un score en dessous de 28 indique l'absence de détresse, entre 28 et 51 une détresse légère à modérée et un score supérieur à 51 une détresse sévère (Qiu *et al.*, 2020). Le questionnaire original a été validé en Chine et son contenu a été évalué par des psychiatres du *Shanghai Mental Health Center* ( $\alpha = 0,95$ ; Qiu *et al.*, 2020). La traduction vers l'anglais de l'instrument a été faite par l'équipe de Qiu, et cette version a été utilisée comme base pour la traduction de l'instrument dans les études de validation de l'IDPC (c.-à-d., l'italienne et la péruvienne; Costantini et Mazzotti, 2020; Petrozzi *et al.*, 2020). D'autres études qui ont utilisé l'IDPC, sans toutefois le valider, ont aussi utilisé cette version comme base pour la traduction de l'instrument dans leur langue respective.

À l'instar des validations italienne et péruvienne de l'instrument, l'IDPC a été traduit en français à partir de la version anglaise en utilisant la méthode de traduction inversée (Vallerand, 1989), dans laquelle les items sont traduits en français, puis retraduits dans la langue originale anglaise. Dans un premier temps, le questionnaire a été traduit en français par un membre bilingue de l'équipe de recherche. Ensuite, un deuxième membre bilingue a retraduit en anglais la version française, sans avoir accès au questionnaire original. La comparaison de la traduction inversée au questionnaire original par un comité de trois chercheuses a permis d'évaluer si la version traduite reproduit fidèlement la version originale du questionnaire. Lorsque des incohérences entre les deux versions sont trouvées, les items de la version française sont retravaillés afin qu'elle soit conforme au sens original. Cette méthode est recommandée puisqu'elle favorise une traduction adéquate et une meilleure compréhension des questions par les répondants (Vallerand, 1989).

Ce processus de traduction inversée a permis de constater que certaines adaptations étaient nécessaires. Ainsi, dans la version française du questionnaire, l'item 21 ("*Recently, I rarely talk to my family*") a été reformulé et son échelle de réponse a été inversée, étant donné que l'item comprenait le mot « rarement », qui est aussi un élément de l'échelle de réponse (1 = rarement). Afin d'éviter toute confusion de la part des participants, l'item est devenu « Je parle à ma famille et à mes proches », répondu sur l'échelle de réponse allant de 0 (« jamais ») à 4 (« la plupart du temps »). L'item 24 ("*I have constipation or frequent urination*") a aussi été reformulé afin d'être plus inclusif concernant les changements physiologiques qui peuvent être provoqués

par le stress (p. ex., diarrhée). Ainsi, l’item traduit est devenu « J’ai remarqué des changements dans mes besoins à la toilette (constipation, diarrhée, urines plus fréquentes) ». D’autres items du questionnaire ont subi de changements mineurs après la traduction en français afin de faciliter et optimiser la compréhension des énoncés.

### **Questionnaires utilisés pour mesurer les variables reliées à l’IDPC (validité convergente et divergente)**

En raison du fait qu’ils mesurent des concepts qui sont similaires et reliés, des questionnaires mesurant la détresse psychologique, la dépression post-partum et la satisfaction de vie ont été utilisés pour examiner la validité de construit de l’instrument à travers l’analyse de corrélations entre ces échelles et l’IDPC.

**L’échelle de détresse psychologique (K6; Kessler *et al.*, 2003).** Le K6 mesure le niveau de détresse psychologique. Elle comprend six questions sur les états émotionnels des participants.es. Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en 5 points allant de 0 (« jamais ») à 4 (« toujours ») et le score total varie de 0 à 24. Un score élevé reflète une détresse psychologique élevée. La cohérence interne de l’instrument a été démontrée comme satisfaisante dans des études précédentes (p. ex.,  $\alpha = 0,89$ , Kessler *et al.*, 2003), de même que dans la présente étude avec  $\alpha = 0,81$ .

**L’échelle de dépression postnatale d’Édimbourg (EPDS; Guedeney et Fermanian, 1998).** La version française de l’*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox *et al.*, 1987) mesure les symptômes d’une dépression majeure survenant dans l’année qui suit la naissance d’un enfant. Le questionnaire compte 10 questions cotées sur une échelle de Likert en 4 points allant de 0 (absence de symptôme) à 3 (symptôme de dépression). Le score total varie de 0 à 30, où un score plus élevé reflète des symptômes de dépression post-partum plus élevés. La cohérence interne pour l’étude originale est  $\alpha = 0,87$  et pour la présente étude est de  $\alpha = 0,80$ .

**L’échelle de satisfaction de vie (ESDV-5; Blais *et al.*, 1989).** La version en français du *Satisfaction With Life Scale* (SWLS; Diener *et al.*, 1985) mesure le niveau de satisfaction générale d’une personne par rapport à sa vie. Le questionnaire est composé de 5 questions cotées sur une échelle de Likert en 7 points allant de 1 (« fortement en désaccord ») à 7 (« fortement en accord »). Le score total est obtenu par la somme de tous les items et varie de 5 (satisfaction faible) à 35 (grande satisfaction). La cohérence interne de l’instrument est satisfaisante tant dans l’étude originale ( $\alpha = 0,87$ ) que dans la présente étude ( $\alpha = 0,85$ ).



## Analyses statistiques

Dans un premier temps, des analyses descriptives et bivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS v25. Ainsi, des tests-*t* et des analyses de chi-carrés ont été effectués afin d'identifier des différences significatives entre les hommes et les femmes par rapport au niveau de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19. Dans un second temps, afin d'évaluer la structure factorielle et les qualités psychométriques de la version francophone du questionnaire, des analyses d'équations structurelles exploratoires (ESEM) ont été réalisées avec le logiciel Mplus v7.4 (Muthén et Muthén, 2015) en reprenant la structure originale de l'IDPC. Cette technique d'analyse statistique permet d'intégrer les composantes des analyses factorielles confirmatoires (CFA) et des analyses factorielles exploratoires (EFA; Marsh *et al.*, 2009). À l'instar des CFA, les ESEM évaluent la structure factorielle suggérée, fournissant des indices d'ajustement (Chi-carré, CFI, TLI, RMSEA), des erreurs standards, des coefficients de saturation, des tests de la signification statistique (valeur *p*) et des pourcentages de variance expliquée (Asparouhov et Muthén, 2009).

Les CFA supposent qu'un item ne peut être représenté que par un seul facteur, éliminant l'hypothèse qu'il puisse aussi saturer sur d'autres facteurs (*cross-loadings*; Asparouhov et Muthén, 2009). Toutefois, un instrument de mesure peut avoir plusieurs items quiaturent sur différents facteurs, notamment les instruments psychologiques (Marsh *et al.*, 2014). Idéalement, un item ne devrait pas avoir un coefficient de saturation de plus de 0,50 sur deux facteurs différents, afin de saturer clairement sur le facteur auquel il est associé (Böthe *et al.*, 2020; Haynes *et al.*, 1995). Ainsi, en éliminant les saturations croisées, les CFA pourraient produire des facteurs déformés avec des corrélations factorielles qui seraient surestimées, ce qui pourrait en retour conduire à des distorsions dans les relations structurelles (Asparouhov et Muthén, 2009; Marsh *et al.*, 2009, 2014). Il en résulte la possibilité que les données ne soient pas ajustées de façon optimale au modèle imposé, puisqu'il y a un risque que celui-ci ne reflète pas la façon dont l'instrument de mesure se comporte dans l'échantillon (Asparouhov et Muthén, 2009; Marsh *et al.*, 2009). Afin de pallier ces limites, il semble judicieux d'incorporer des EFA aux analyses, tel que le propose l'analyse ESEM (Asparouhov et Muthén, 2009; Marsh *et al.*, 2014). En effet, les ESEM permettent de contrecarrer ces limites en intégrant des saturations croisées dans ses modèles, ce qui permet de mieux contrôler le fait que les items sont des indicateurs faillibles du construit (Guay *et al.*, 2015). Il est rare qu'un item soit un indicateur parfait lié uniquement au facteur qu'il représente, puisqu'ils ont plutôt tendance à avoir certaines

associations résiduelles avec d'autres construits, notamment quand l'instrument possède plusieurs facteurs qui sont conceptuellement liés ou qui se chevauchent (Morin *et al.*, 2016). Les ESEM permettent donc aux items de présenter un certain degré d'association avec les autres construits inclus dans le modèle, soit une forme d'erreur de mesure systématique (Marsh *et al.*, 2014; Morin *et al.*, 2016). Ainsi, les ESEM semblent être la meilleure approche pour évaluer les propriétés psychométriques de l'IDPC. Comme recommandé par Marsh et ses collègues (2009), nous utilisons une rotation *geomin* (la rotation par défaut de Mplus).

L'adéquation du modèle ESEM est basée sur les indices d'ajustement suivants (Brown, 2015; Caron, 2018; Hu et Bentler, 1999) : (1) l'indice comparatif d'ajustement (*Comparative fit index* - CFI) qui compare le modèle théorique à un modèle nul (valeurs  $\geq 0,95$  sont considérées comme satisfaisantes; Hu et Bentler, 1999), (2) l'indice de Tucker-Lewis (*Tucker-Lewis index* - TLI) semblable au CFI, il compare le modèle évalué à un modèle nul (valeurs  $0,95$  sont considérées optimales; Hu et Bentler, 1999), (3) l'erreur quadratique moyenne de l'approximation (*Root mean square error of approximation* - RMSEA) qui mesure l'ajustement des mesures théoriques aux données ( $\leq 0,06$  indique un bon ajustement;  $\leq 0,08$  est considéré comme acceptable; Caron, 2018); et (4) le chi-carré ( $\chi^2$ ), qui mesure le degré de l'ajustement du modèle aux données par rapport au modèle théorique ( $p > 0,05$ ; Caron, 2018). Étant donné que le chi-carré est sensible à la taille de l'échantillon, celui-ci est souvent significatif lorsque le nombre de participants supérieur à 400 (Caron, 2018). Afin de vérifier la qualité de la structure factorielle, le ratio du chi-carré sur le nombre de degrés de liberté ( $\chi^2/dl$ ) a été employé (valeur  $< 5$  sont considérées comme satisfaisantes,  $< 3$  comme idéales; Ullman, 2001).

La cohérence interne du questionnaire ainsi que celle de chaque sous-échelle sont évaluées par le coefficient d'alpha de Cronbach avec le logiciel SPSS v25 ( $\alpha \geq 0,70$  acceptable,  $\geq 0,80$  bon,  $\geq 0,90$  excellent; Hogan, 2017). La validité convergente et divergente est mesurée par les mesures de corrélation de Pearson ( $r \geq 0,10$  corrélation faible,  $\geq 0,30$  corrélation moyenne,  $\geq 0,50$  corrélation forte; Cohen, 1988).

## Résultats

### Analyses descriptives et bivariées

Les résultats des analyses descriptives indiquent que la détresse péritraumatique moyenne reliée à la COVID-19 de l'ensemble des participants est de 19,00 ( $\bar{E}.-T. = 2,15$ ). Selon les seuils proposés par les créateurs du questionnaire original (Qiu *et al.*, 2020), la majorité des participants présente un niveau normal de détresse péritraumatique (78,3 %,  $n = 385$ ), tandis que 19,9 % ( $n = 98$ ) de participants présentent un niveau modéré et que seulement 1,8 % ( $n = 9$ ) présentent un niveau sévère de détresse péritraumatique. Les résultats de l'analyse de chi-carré révèlent une différence significative dans la proportion de femmes et d'hommes présentant de la détresse péritraumatique ( $\chi^2 = 9,07$ ;  $p = 0,003$ ). Les femmes sont plus nombreuses à rapporter un niveau de détresse péritraumatique modéré ou sévère (26,5%,  $n = 76$ ) que les hommes (15,1%,  $n = 31$ ), alors que ceux-ci sont plus nombreux à rapporter un niveau de détresse normal (84,9%,  $n = 174$ ) que les femmes (73,5%,  $n = 211$ ).

Tel que présenté dans le Tableau 1, le résultat des test-*t* bilatéraux pour échantillons indépendants indique une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes sur leurs scores de détresse péritraumatique. Les femmes rapportent un score de détresse péritraumatique plus élevé que les hommes. Le résultat d'une analyse de chi-carré (voir Tableau 2) indique une différence significative dans la proportion des hommes et des femmes concernant le niveau de détresse péritraumatique. Les hommes sont plus nombreux à rapporter un niveau normal de détresse péritraumatique que les femmes et les femmes sont plus nombreuses à déclarer un niveau modéré de détresse que les hommes. Il n'y a pas de différence significative quant au niveau sévère de détresse.

Tableau 1

*Différence de moyennes pour la détresse péritraumatique selon le genre*

	Femmes ( $n = 287$ )	Hommes ( $n = 205$ )			
	$M (\bar{E}.-T.)$	$M (\bar{E}.-T.)$	<i>t</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>
Détresse péritraumatique	21,05 (12,37)	16,11 (11,25)	4,53	490	0,000

Tableau 2

*Proportion des hommes et femmes selon le niveau de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 (DP)*

	Femmes (n = 287)	Hommes (n = 205)	$\chi^2$	ddl	p
Niveaux de DP			9,25	2	0,010
Normal (0-27)	73,5 % <sup>a</sup>	84,9 % <sup>b</sup>			
Modéré (28-51)	24,0 % <sup>a</sup>	14,1 % <sup>b</sup>			
Sévère (52-100)	2,4 %	1 %			

*Note.* Les lettres différentes reflètent des différences significatives entre les proportions.

### **Modèles d'équations structurelles exploratoires (ESEM)**

Un premier modèle a été vérifié à l'aide d'un modèle d'équations structurelles exploratoires (ESEM), afin de vérifier si les quatre facteurs de la version francophone de l'IDPC étaient représentés par leurs énoncés respectifs. Les résultats de cette première analyse sont présentés dans le Tableau 3 et révèlent que la structure en quatre facteurs de l'IDPC s'ajuste bien aux données,  $\chi^2(186) = 397,953$ ;  $p < 0,001$ ; ratio;  $\chi^2/dl = 2,14$ ; CFI = 0,98; TLI = 0,97; RMSEA = 0,05, 90% IC (0,04 - 0,06). Toutefois, ce modèle indique les items 6 (« Je me sens impuissant.e et en colère contre les personnes qui m'entourent, le gouvernement et/ou les médias ») et 7 (« Je perds confiance envers les autres personnes ») s'ajustent mieux au facteur *Hyperexcitation et irritabilité* au lieu de leur facteur d'origine *Changement cognitif et comportemental*, avec des valeurs de coefficients standardisés ( $\beta$ ) de 0,64 et 0,76 respectivement. De plus, l'item 21 (« Je parle à ma famille ou mes proches ») n'est pas significatif dans le facteur *Hyperexcitation et irritabilité* et présente un coefficient standardisé très faible ( $\beta = -0,01$ ;  $p = 0,918$ ). Étant donné que la valeur  $\beta$  de l'item 21 dans les autres facteurs était aussi faible (allant de -0,25 à 0,02) et qu'il ne s'ajustait pas théoriquement aux facteurs, cet item a été supprimé du modèle. De même, l'item 12 (« J'évite de regarder les nouvelles sur le COVID-19, car j'ai trop peur de le faire ») a été supprimé étant donné son coefficient standardisé faible sur tous les facteurs (soit  $< 0,30$ ).

Ainsi, un le modèle a été testé sans les items 12 et 21. Les résultats sont présentés dans le Tableau 4 et appuient un modèle en quatre facteurs, qui présente de bons indices d'ajustement,  $\chi^2(149) = 358,44$ ;  $p < 0,001$ ; ratio  $\chi^2/dl = 2,40$ ; CFI = 0,98; TLI = 0,96; RMSEA = 0,05, 90% IC

(0,05 - 0,06). La valeur des coefficients standardisés varie entre 0,44 et 0,86 pour le facteur *Humeur négative*, entre 0,38 et 0,69 pour le facteur *Changement cognitif et comportemental*, entre 0,51 et 0,69 pour le facteur *Somatisation*, et enfin entre 0,34 et 0,67 pour le facteur *Hyperexcitation et irritabilité*. De plus, tous les facteurs sont significativement corrélés entre eux, les coefficients de relations variant entre  $r = 0,26$  et  $r = 0,60$  ( $p < 0,001$ ), ne dépassant pas le seuil de 0,70 qui révélerait un problème de colinéarité. De même, tous les facteurs sont significativement corrélés avec le score total ( $r =$  entre 0,54 et 0,90;  $p < 0,001$ ).

La version finale de l'IDCP est composée de 22 énoncés distribués en quatre facteurs. En raison des deux items éliminés, le calcul du score total a été adapté afin d'être ramené sur 100, tel que suggéré par les auteurs de la version originale, pour des fins de comparaison. Ainsi, le score total a été calculé en faisant la moyenne des 22 items et en la multipliant par 25, dans le but d'avoir un score qui varie entre 0 et 100 afin de pouvoir le comparer à l'étude du questionnaire original.

Tableau 3

*Solution factorielle des 24 énoncés répartis en 4 facteurs obtenue par les analyses d'équations structurelles exploratoires (ESEM)*

Items du questionnaire	HN	HI	CC	SO
1. Je me sens plus nerveux.se et anxieux.se que d'habitude	<b>0,63</b>	0,31	-0,16	0,25
2. Je me sens insécure et j'ai acheté beaucoup de masques, médicaments, désinfectants, gants ou d'autres produits.	<b>0,70</b>	-0,04 <sup>ns</sup>	0,14	0,01 <sup>ns</sup>
3. Je ne peux pas m'empêcher d'imaginer que ma famille ou moi-même pourrions être infectés, et je me sens terrifié.e et inquiet.ète à ce sujet.	<b>0,85</b>	-0,01 <sup>ns</sup>	0,09	-0,06 <sup>ns</sup>
4. Peu importe ce que je fais, je me sens vide et impuissant.e.	<b>0,45</b>	0,33	0,14	0,09 <sup>ns</sup>
5. Je suis triste pour les gens atteints du COVID-19 et leur famille.	<b>0,46</b>	-0,02 <sup>ns</sup>	0,13	-0,21
6. Je me sens impuissant.e et en colère contre les personnes qui m'entourent, le gouvernement et/ou les médias.	0,7 <sup>ns</sup>	<b>0,64</b>	0,23	-0,21
7. Je perds confiance envers les autres personnes.	0,15	<b>0,67</b>	0,19 <sup>ns</sup>	-0,27
13. Je suis plus irritable et les conflits avec ma famille et/ou mes proches sont fréquents.	0,15	<b>0,38</b>	0,08 <sup>ns</sup>	0,33
14. Je me sens fatiguée et parfois même épuisée.	0,06 <sup>ns</sup>	<b>0,46</b>	0,01 <sup>ns</sup>	0,50
15. Je me sens au ralenti en raison de mon anxiété.	0,22	<b>0,41</b>	0,00 <sup>ns</sup>	0,53
16. Je trouve difficile de me concentrer	-0,01 <sup>ns</sup>	<b>0,52</b>	0,00 <sup>ns</sup>	0,55
17. Je trouve difficile de prendre des décisions.	-0,02 <sup>ns</sup>	<b>0,54</b>	0,06 <sup>ns</sup>	0,42
20. Je me sens mal à l'aise dans mes interactions avec les autres.	0,22	<b>0,33</b>	0,08 <sup>ns</sup>	0,18
21. Je parle à ma famille ou mes proches.	-0,25	<b>-0,01<sup>ns</sup></b>	0,02 <sup>ns</sup>	0,20
8. Je m'informe au sujet du COVID-19 toute la journée. Même si ce n'est pas nécessaire, je ne peux m'arrêter.	0,29	-0,15	<b>0,36</b>	0,03 <sup>ns</sup>
9. Je crois les informations en lien avec la COVID-19 sans faire attention à la source d'où elles proviennent.	-0,12	0,04 <sup>ns</sup>	<b>0,71</b>	0,02 <sup>ns</sup>
10. J'ai plutôt tendance à croire les informations négatives à propos du COVID-19 et à être sceptique face aux bonnes nouvelles.	0,00 <sup>ns</sup>	0,26	<b>0,65</b>	-0,08 <sup>ns</sup>
11. Je partage des nouvelles à propos du COVID-19 (surtout des nouvelles négatives).	0,10	0,11 <sup>ns</sup>	<b>0,59</b>	0,06 <sup>ns</sup>
12. J'évite de regarder les nouvelles sur le COVID-19, car j'ai trop peur de le faire.	0,20	0,27	<b>0,25</b>	0,08 <sup>ns</sup>
18. Je me sens étourdi.e ou je ressens des maux de dos, de tête et/ou des douleurs à la poitrine.	0,08 <sup>ns</sup>	0,13 <sup>ns</sup>	0,27	<b>0,50</b>
19. Je ressens des maux de ventre, gonflements et/ou d'autres malaises gastriques.	0,07 <sup>ns</sup>	0,12 <sup>ns</sup>	0,24	<b>0,59</b>
22. Je ne dors pas bien ou il m'arrive de rêver que ma famille ou moi-même sommes infectés par la COVID-19.	0,35	-0,02 <sup>ns</sup>	0,16	<b>0,51</b>
23. J'ai perdu mon appétit.	0,19	0,07 <sup>ns</sup>	0,20	<b>0,60</b>
24. J'ai remarqué des changements dans mes besoins à la toilette (constipation, diarrhée, urines plus fréquentes).	0,08 <sup>ns</sup>	-0,04 <sup>ns</sup>	0,25	<b>0,68</b>

*Note.* HN = Humeur négative; HI = Hyperexcitation et irritabilité; CC = Changement cognitif et comportemental; SO = Somatisation. ns = coefficients non significatifs. Tous les autres coefficients sont significatifs à  $p < 0,05$ .

Tableau 4

*Solution factorielle finale obtenue par les analyses d'équations structurelles exploratoires (ESEM)*

Items du questionnaire	HN	HI	CC	SO	
1. Je me sens plus nerveux.se et anxieux.se que d'habitude	<b>0,64</b>	0,31	-0,16	0,23	
2. Je me sens insécure et j'ai acheté beaucoup de masques, médicaments, désinfectants, gants ou d'autres produits.	<b>0,71</b>	-0,05 <sup>ns</sup>	0,15	-0,01 <sup>ns</sup>	
3. Je ne peux pas m'empêcher d'imaginer que ma famille ou moi-même pourrions être infectés, et je me sens terrifié.e et inquiet.ète à ce sujet.	<b>0,86</b>	-0,02 <sup>ns</sup>	0,09	-0,07 <sup>ns</sup>	
4. Peu importe ce que je fais, je me sens vide et impuissant.e.	<b>0,47</b>	0,33	0,14	0,07 <sup>ns</sup>	
5. Je suis triste pour les gens atteints du COVID-19 et leur famille.	<b>0,44</b>	-0,04 <sup>ns</sup>	0,13	-0,17	
6. Je me sens impuissant.e et en colère contre les personnes qui m'entourent, le gouvernement et/ou les médias.	0,08 <sup>ns</sup>	<b>0,63</b>	0,22	-0,21	
7. Je perds confiance envers les autres personnes.	0,15	<b>0,67</b>	0,21 <sup>ns</sup>	-0,28	
13. Je suis plus irritable et les conflits avec ma famille et/ou mes proches sont fréquents.	0,17	<b>0,39</b>	0,07 <sup>ns</sup>	0,31	
14. Je me sens fatiguée et parfois même épuisée.	0,05 <sup>ns</sup>	<b>0,47</b>	0,01 <sup>ns</sup>	0,49	
15. Je me sens au ralenti en raison de mon anxiété.	0,23	<b>0,42</b>	-0,01 <sup>ns</sup>	0,51	
16. Je trouve difficile de me concentrer	-0,01 <sup>ns</sup>	<b>0,53</b>	0,01 <sup>ns</sup>	0,53	
17. Je trouve difficile de prendre des décisions.	-0,01 <sup>ns</sup>	<b>0,55</b>	0,07 <sup>ns</sup>	0,41	
20. Je me sens mal à l'aise dans mes interactions avec les autres.	0,22	<b>0,34</b>	0,09 <sup>ns</sup>	0,17	
8. Je m'informe au sujet du COVID-19 toute la journée. Même si ce n'est pas nécessaire, je ne peux m'arrêter.	0,29	-0,14 <sup>ns</sup>	<b>0,38</b>	0,03 <sup>ns</sup>	
9. Je crois les informations en lien avec la COVID-19 sans faire attention à la source d'où elles proviennent.	-0,12	0,03 <sup>ns</sup>	<b>0,69</b>	0,03 <sup>ns</sup>	
10. J'ai plutôt tendance à croire les informations négatives à propos du COVID-19 et à être sceptique face aux bonnes nouvelles.	0,01 <sup>ns</sup>	0,26	<b>0,65</b>	-0,07 <sup>ns</sup>	
11. Je partage des nouvelles à propos du COVID-19 (surtout des nouvelles négatives).	0,09 <sup>ns</sup>	0,10 <sup>ns</sup>	<b>0,59</b>	0,08 <sup>ns</sup>	
18. Je me sens étourdi.e ou je ressens des maux de dos, de tête et/ou des douleurs à la poitrine.	0,08 <sup>ns</sup>	0,12 <sup>ns</sup>	0,25	<b>0,53</b>	
19. Je ressens des maux de ventre, gonflements et/ou d'autres malaises gastriques.	0,07 <sup>ns</sup>	0,11 <sup>ns</sup>	0,23	<b>0,61</b>	
22. Je ne dors pas bien ou il m'arrive de rêver que ma famille ou moi-même sommes infectés par la COVID-19.	0,35	-0,01 <sup>ns</sup>	0,16	<b>0,51</b>	
23. J'ai perdu mon appétit.	0,20	0,08 <sup>ns</sup>	0,19	<b>0,60</b>	
24. J'ai remarqué des changements dans mes besoins à la toilette (constipation, diarrhée, urines plus fréquentes).	0,08 <sup>ns</sup>	-0,03 <sup>ns</sup>	0,23	<b>0,69</b>	
<b>Corrélations entre les facteurs</b>					
	HN	HI	CC	SO	IDPC
HN	-	0,53**	,42**	,42**	0,77**
HI		-	0,43**	0,60**	0,90**
CC			-	0,35**	0,65**
SO				-	0,73**
IDPC					-

Note. HN = Humeur négative; HI = Hyperexcitation et irritabilité; CC = Changement cognitif et comportemental; SO = Somatisation. ns = coefficients non significatifs. Tous les autres coefficients sont significatifs à  $p < 0,05$ .

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

### Cohérence interne

L'alpha de Cronbach pour le de l'IDPC est 0,88. En ce qui concerne les facteurs, le facteur *Changement cognitif et comportemental* ne présente pas une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = 0,58$ ). Pour les autres trois facteurs, les alphas de Cronbach sont 0,76 (*Humeur négative et Somatisation*) et 0,84 (*Hyperexcitation et irritabilité*).

### Variables liées à la détresse péritraumatique (validité convergente et divergente)

La validité convergente et divergente de l'IDPC a été évaluée en effectuant des corrélations entre le score total, ainsi que le score de chaque facteur, et différentes variables d'intérêt (voir Tableau 5). Le score total de la version en français de l'IDPC est positivement corrélé au score total de l'échelle de détresse psychologique et de l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg. De même, le score total est négativement corrélé au score de l'échelle de satisfaction de vie. Les résultats des corrélations entre chaque facteur et les questionnaires montrent la même tendance, sauf celle entre le facteur *Humeur négative* et l'échelle de satisfaction de vie, qui n'est pas significative. Ceux-ci révèlent que le facteur *Hyperexcitation et irritabilité* est celui qui est le plus fortement corrélé à ces trois variables.

Tableau 5

*Corrélations entre l'IDPC et ses facteurs et la détresse psychologique, les symptômes de dépression post-partum et la satisfaction de vie*

	Détresse psychologique	Dépression post-partum	Satisfaction de vie
IDCP	0,37**	0,36**	- 0,17**
<i>Facteurs de l'IDCP</i>			
HN	0,17**	0,21**	-0,02 <sup>ns</sup>
CC	0,17**	0,15**	-0,11*
SO	0,26**	0,26**	-0,11*
HI	0,44**	0,40**	-0,24**

*Note.* Le *n* varie entre 485 et 491 selon le nombre de participants qui ont répondu aux questionnaires. HN = Humeur négative; HI = Hyperexcitation et irritabilité; CC = Changement cognitif et comportemental; SO = Somatisation. ns = coefficients non significatifs.

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



## Discussion

Considérant l'importance d'étudier les répercussions de la pandémie sur la santé mentale de la population au Québec, la présente étude avait pour objectif d'évaluer les qualités psychométriques de la version francophone de l'Indice de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 (IDPC), soit sa structure factorielle, son niveau de cohérence interne ainsi que ses niveaux de validité de convergence et de divergence, au sein d'un échantillon francophone particulièrement susceptible de vivre de la détresse péritraumatique, soit les parents d'un nouveau-né.

Les résultats ont révélé que l'instrument possède des qualités psychométriques satisfaisantes et similaires à celles obtenues dans la validation originale (Qiu *et al.*, 2020) et d'autres études de validation du questionnaire (Costantini et Mazzotti, 2020; Petrozzi *et al.*, 2020). Étant donné que cette étude est la première à valider la structure factorielle de l'IDPC, tel que discuté en haut, il n'est pas possible de comparer toutes les qualités psychométriques. Les résultats du modèle ESEM appuient la structure factorielle en quatre facteurs proposée par Qiu et ses collègues (2020) avec des modifications mineures. D'abord, la première différence avec la structure factorielle de l'instrument original concerne l'item 21 (« Je parle à ma famille ou mes proches ») qui n'est pas significatif dans le facteur *Hyperexcitation et irritabilité* et qui présente un coefficient standardisé très faible, suggérant que l'item est faiblement associé au facteur qu'il mesure. Cette question avait pour but de mesurer la perte du fonctionnement social à travers l'éloignement de la famille. Or, cet aspect ne semble pas refléter le facteur *Hyperexcitation et irritabilité* chez les participants de la présente étude qui ont rapporté avoir continué à parler à leurs familles et à leurs proches. Il est possible que cela soit particulier à l'échantillon, composé de parents d'un nouveau-né. En effet, étant donné que la naissance d'un enfant est une étape importante dans le cycle de la vie (Meleis, 2010), il est possible que les participants aient continué à parler à leurs proches afin de donner des nouvelles du nouveau-né ou pour avoir du soutien psychologique de leur part. De plus, lors de la traduction française, l'énoncé a été modifié et son échelle de mesure a été inversée puisque dans la version originale, l'item contenait le mot « rarement » qui était aussi un élément de l'échelle de réponse (1 = rarement). Ainsi, dans le but de prévenir une éventuelle confusion de la part des participants, l'item est devenu « Je parle à ma famille et à mes proches ». Cependant, il est possible que cette adaptation de l'item original n'ait pas eu l'effet désiré et qu'elle ait nui à la bonne compréhension de l'énoncé par les participants, ce qui a pu affecter leurs réponses. De plus, l'instrument original a

été validé sur une population chinoise dont la culture diffère de la culture du Québec. Ainsi, il est possible que cet item soit peu adapté pour mesurer la perte du fonctionnement social dans la culture québécoise. Dans un second temps, l’item 12 (« J’évite de regarder les nouvelles sur le COVID-19, car j’ai trop peur de le faire ») présente aussi une faible saturation, indiquant qu’il est faiblement associé au facteur *Changement cognitif et comportemental*. Cette faible saturation pourrait être expliquée par le fait que cet item ne reflèterait pas la réalité de parents d’un nouveau-né. Étant donné que cet item se réfère au fait d’éviter de regarder les nouvelles sur la COVID-19, il se peut qu’en raison du fait d’avoir un nouveau-né à la maison, ce qui demande beaucoup d’attention de la part des parents, ces participants aient eu moins de temps pour s’informer sur l’évolution de la pandémie. Ainsi, le fait d’éviter de s’informer ne s’appliquait pas à eux, ce qui a pu se refléter dans leurs réponses à ces questions.

Ensuite, les résultats des ESEM indiquent que les items 6 (« Je me sens impuissant.e et en colère contre les personnes qui m’entourent, le gouvernement et/ou les médias ») et 7 (« Je perds confiance envers les autres personnes ») s’accordent mieux avec les items du facteur *Hyperexcitation et irritabilité* au lieu de ceux du facteur *Changement cognitif et comportemental*. Ce changement est cohérent et peut être expliqué par le fait que, au sein d’un échantillon de parents québécois, le contenu des énoncés représente davantage des états d’hypervigilance, d’irritabilité et de retrait social qu’un changement cognitif en soi. En effet, des sentiments tels ceux manifestés par une colère persistante, un sentiment d’impuissance et la perte de confiance peuvent être associés à une irritabilité accrue (American Psychiatric Association [APA], 2013). En raison du fait que les items 6 et 7 mesurent des éléments entourant le concept d’irritabilité, il n’est pas surprenant qu’ils soient plus fortement liés au facteur *Hyperexcitation et irritabilité*. Finalement, ces deux énoncés ne s’accordent pas aux autres énoncés du facteur d’origine qui sont centrés sur la mesure d’un changement cognitif et comportemental.

Par ailleurs, les indices de cohérence interne de l’instrument sont similaires à ceux de l’étude originale et à d’autres études de validation de l’instrument en italien et en espagnol (Costantini et Mazzotti, 2020; Petrozzi *et al.*, 2020). De même, les indices de cohérence interne observés dans la présente étude sont satisfaisants pour trois des quatre facteurs mesurés. Cependant, le facteur *Changement cognitif et comportemental* présente une cohérence interne ( $\alpha = 0,58$ ) qui est au-dessous du seuil de 0,70 selon lequel la valeur est considérée comme satisfaisante. Cela peut être justifié par le fait que l’item 8 (« Je m’informe au sujet du COVID-

19 toute la journée. Même si ce n'est pas nécessaire, je ne peux m'arrêter ») présente un coefficient standardisé faible comparé aux autres items du facteur. De plus, le déplacement des items 6 et 7 vers le facteur *Hyperexcitation et irritabilité* peut également avoir participé à la diminution de l'alpha de Cronbach du facteur *Changement cognitif et comportemental* puisque cette valeur est influencée par le nombre d'items (Hogan, 2017). D'une façon générale, hormis les items 6 et 7, tous les items du facteur sont reliés à la recherche et au partage d'information sur la COVID-19. La cohérence interne faible du facteur *Changement cognitif et comportemental* peut refléter le fait que l'échantillon est formé par des parents d'un nouveau-né qui pourraient manquer de temps pour regarder les nouvelles sur la pandémie. En effet, la naissance d'un enfant engendre des changements structuraux dans la vie des parents et peut être associée à une augmentation de la charge de travail à la maison, une diminution du sommeil, et des activités centrées sur le nouveau-né, ce qui implique moins de temps pour s'informer sur l'actualité.

Un autre aspect à considérer qui peut expliquer le non-ajustement du modèle original du questionnaire, est le fait que la traduction du présent questionnaire a été effectuée à partir d'une traduction anglaise du questionnaire original. Cependant, les données de validation de cette version n'ont jamais été publiées. Il est alors possible que la traduction anglaise de l'instrument ne reflète pas les mêmes concepts que la version originale chinoise.

### **Variables liées à la détresse péritraumatique (validité convergente et divergente)**

Les validités convergente et divergente de l'IDPC sont appuyées par les liens entre la détresse péritraumatique et des variables reliées. Ces liens ont été observés lors des études qui suggèrent que la détresse péritraumatique serait un facteur de risque pour le développement d'une détresse psychologique et de la dépression post-partum ainsi que pour la diminution du niveau de satisfaction de vie des individus.

Conformément aux hypothèses, le score total de l'IDPC est positivement corrélé au score de détresse psychologique (K6) et à celui de la dépression post-partum (EPDS), bien que les résultats indiquent des concepts bien distincts. Étant donné que l'IDPC mesure notamment la fréquence de l'anxiété, de la dépression, des changements cognitifs ainsi que le niveau d'irritabilité et des symptômes d'hyperexcitation, il est attendu que son score aille dans le même sens que les scores du K6 et de l'EPDS, car ce sont des concepts reliés. Aussi, le score total l'IDPC est négativement et faiblement corrélé au score de satisfaction de vie (ESDV-5). En effet, certaines études indiquent que plus une personne éprouve de la détresse, plus son niveau de satisfaction de

vie sera faible (Bhullar *et al.*, 2012; Hamarat et Thompson, 2001). Toutefois, le facteur *Humeur négative* n'est pas significativement corrélé au score de satisfaction de vie. Ce résultat est contraire à ceux présentés par des études qui suggèrent que la peur et l'anxiété auraient un effet négatif sur le niveau de satisfaction de vie (Gori *et al.*, 2020; Pedraza *et al.*, 2020). Or, la faible corrélation négative entre ces deux variables peut refléter le fait qu'ils sont des concepts bien différents, témoignant de la validité discriminante de l'instrument. Finalement, le facteur *Hyperexcitation et irritabilité* est celui qui présente la plus forte corrélation aux scores du K6 et de l'EPDS. Ceci peut être expliqué par le fait que l'irritabilité, un des concepts mesurés par cette échelle, est très présente chez les personnes qui ont des symptômes d'anxiété et de dépression (Perlis *et al.*, 2009), ce qui pourrait expliquer la forte corrélation entre les scores. De même, plusieurs concepts mesurés par cette échelle font partie des symptômes de l'anxiété et de la dépression, tels que le ralentissement psychomoteur, fatigue, perte de concentration et sentiment de dévalorisation (APA, 2013). Étant donné qu'il s'agit des concepts similaires, il n'est pas surprenant de constater une forte corrélation entre les scores du facteur *Hyperexcitation et irritabilité* et ceux du K6 et de l'EPDS.

### **Prévalence de la détresse péritraumatique reliée à la COVID-19**

La prévalence de détresse péritraumatique au sein de la population des parents d'un nouveau-né québécois est plus faible que celle démontrée par les études de Qiu et ses collègues (2020), de Costatini et Mazzotti (2020) et de Krüger-Malpartida et ses collaborateurs (2020). Tandis qu'en Chine, en Italie et au Pérou la prévalence de détresse péritraumatique était, respectivement, de 35%, 30,1% et 44,8%, la présente étude indique un taux de prévalence de 21,7% chez les parents d'un nouveau-né au Québec. De même, le score moyen de détresse péritraumatique de l'échantillon de la présente étude ( $M = 19,00$ ;  $É.-T. = 12,25$ ) est aussi inférieur à ceux des études chinoise ( $M = 23,65$ ;  $É.-T. = 15,45$ ), italienne ( $M = 22,27$ ;  $É.-T. = 15,25$ ) et péruvienne ( $M = 29,50$ ;  $É.-T. = 14,30$ ).

Cette différence du niveau de détresse péritraumatique peut être expliquée par l'influence des différences culturelles sur les résultats des analyses. Premièrement, les études de validation du questionnaire préalablement publiées ont été effectuées auprès des populations de différents continents (p. ex., Asie et Europe) dont la culture diffère de celle de l'Amérique du Nord (Miyamoto *et al.*, 2014). Par exemple, la différence de valeurs, perception et expression des émotions peut être différente d'une culture à l'autre (Hinton et Lewis-Fernández, 2011), ce qui peut influencer les réponses des participants. En effet, certaines études indiquent que les cultures

occidentales et orientales diffèrent quant à la façon dont les individus régulent leurs émotions après un événement négatif. Les Occidentaux seraient plutôt motivés à augmenter leurs émotions positives et diminuer les émotions négatives après un événement négatif, ce qui aurait comme conséquence une tendance à ressentir moins d'émotions négatives que les Asiatiques (Miyamoto *et al.*, 2014). Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans les cultures asiatiques, il existe une plus grande croyance que les émotions négatives ont des aspects positifs (Miyamoto *et al.*, 2014). De même, les Asiatiques auraient tendance à vivre plus intensément des émotions négatives telles que la peur et l'impuissance (Hinton et Lewis-Fernández, 2011). En somme, chaque culture possède ses propres valeurs et croyances qui influencent la façon dont les personnes vivent et expriment les émotions par rapport à un événement, qu'il soit positif ou négatif. Ces différences culturelles dans l'expression des émotions ont pu influencer la réponse de participants.

Deuxièmement, le niveau de sévérité des contraintes imposées par le gouvernement afin de diminuer la contagion variait d'un pays à l'autre. En Chine, le gouvernement a imposé des mesures plus sévères que celles adoptées au Québec, telles qu'un confinement très strict, une surveillance accrue de la population à l'aide de drones et la suspension des transports publics (Burki, 2020). De même, étant donné l'existence d'un gouvernement autoritaire en Chine, qui permet que les autorités adoptent de mesures plus sévères, a pu avoir une influence sur le niveau de détresse de la population par rapport aux possibles représailles de la part du gouvernement. En Italie et au Pérou, en vertu de la gravité des cas d'infection, le gouvernement a aussi imposé un confinement très sévère, dans lequel les déplacements de la population n'étaient pas autorisés sauf pour se rendre au travail, pour des soins de santé ou pour acheter de la nourriture. Pour sortir de la maison, les citoyens devraient avoir un document justificatif, sans quoi ils étaient passibles d'une arrestation (Fowks, 2020; Horowitz, 2020). Ainsi, la différence du niveau de détresse péritraumatique pourrait refléter le fait que les mesures adoptées par les gouvernements de la Chine, Italie et Pérou étaient davantage sévères que celles adoptées au Québec, où les déplacements en ville n'étaient pas interdits ni devaient être justifiés. Troisièmement, le plus faible taux de détresse péritraumatique au Québec peut aussi être un reflet de la traduction de l'instrument. Considérant le fait que la traduction en français est basée sur une traduction anglaise du questionnaire original (qui à notre connaissance n'a pas fait objet d'une étude de validation), il est possible que cette traduction ne reflète pas totalement les concepts du questionnaire original. Les résultats pourraient ainsi s'expliquer, partiellement, par un problème de traduction du chinois vers le français (en passant par l'anglais).

Le faible niveau de détresse péritraumatique présenté par les participants de la présente étude peut aussi s'expliquer par le fait que notre échantillon est composé de parents d'un nouveau-né, qui constituent une tranche de la population qui vit une période d'adaptation dans leur vie (Meleis, 2010). Ainsi, il est possible que cette population puisse trouver des avantages dans le fait d'être confiné. Notamment, puisque le confinement implique que les deux partenaires soient à la maison, ce qui est relativement normatif pour des parents de nouveau-né, celui-ci pourrait permettre le partage de tâches à la maison ainsi que de la garde de l'enfant, en plus d'offrir l'opportunité de vivre plus d'expériences avec le nouveau-né et de partager plus d'émotions avec l'autre parent (p. ex., travail à la maison).

Finalement, nos résultats indiquent que les femmes présentent un niveau de détresse péritraumatique significativement plus élevé que celui des hommes. Ces résultats rejoignent ceux des études italienne et chinoise qui indiquent que les femmes rapportent des niveaux de détresse péritraumatique plus élevés que les hommes (Costantini et Mazzotti, 2020; Qiu *et al.*, 2020). Plusieurs explications sont possibles pour mieux comprendre ces différences selon le genre. Premièrement, de façon générale, les femmes rapportent davantage de dépression, d'anxiété et de détresse psychologique que les hommes, et ce, pour différents pays ainsi que dans différents contextes socioéconomiques et psychosociaux (Matud *et al.*, 2015; Nurullah, 2010; OMS, 2021a). Considérant que l'échantillon est composé de parents d'un nouveau-né, cette divergence peut aussi refléter les différences entre les hommes et femmes par rapport à leur ajustement à cette nouvelle réalité (Epifanio *et al.*, 2015). Par exemple, la dépression post-partum est plus répandue chez les mères que chez les pères (Matthey *et al.*, 2000) ainsi que l'anxiété et le stress parental (Epifanio *et al.*, 2015). Il est aussi commun que les mères vivent un inconfort physique et qu'elles soient insatisfaites avec leur propre corps, ce qui peut influencer leur bien-être psychologique (Parfitt et Ayers, 2014). Ainsi, les femmes semblent être plus sensibles aux changements apportés par la transition à la parentalité (Epifanio *et al.*, 2015; Meier *et al.*, 2020), ce qui pourrait aussi se refléter dans les résultats au questionnaire mesurant la détresse péritraumatique reliée à la COVID-19. Deuxièmement, des études indiquent que, malgré le fait que les deux parents soient à la maison suite au confinement, la division du travail concernant les tâches domestiques demeure genrée, c'est-à-dire que les femmes assument une charge mentale supérieure par rapport aux obligations familiales, ainsi qu'une partie plus importante des tâches ménagères, de même qu'une plus grande responsabilité des enfants durant la pandémie de

COVID-19 (Shockley *et al.*, 2020; Waddell *et al.*, 2021). Dans le même ordre d'idées, l'étude de Matud et ses collègues (2015) suggèrent que le fait de consacrer plus de temps par jour à la garde des enfants et moins d'importance à des activités divertissantes peut être un facteur qui accroît la détresse psychologique des mères. Il est dès lors possible que ce niveau de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 plus important chez les femmes soit le reflet d'un partage inégal de la charge de travail entourant les sphères domestiques et parentales.

### **Limites et recherches futures**

Bien que les résultats témoignent des bonnes propriétés psychométriques de la version francophone de l'IDPC, ils doivent être interprétés avec prudence en raison des limites méthodologiques de l'étude. D'abord, le l'IDPC, et les autres questionnaires employés dans cette étude sont auto-rapportés, reflétant seulement la perception que les parents ont de leur propre détresse en lien avec la COVID-19, de même que par rapport à leur détresse psychologique, à leur niveau de satisfaction de vie et à leurs symptômes de dépression. Ainsi, il est possible que les réponses de participants aient reflété des biais rétrospectifs et/ou de désirabilité sociale. Il serait dès lors souhaitable d'utiliser parallèlement des méthodes observationnelles où les interactions des conjoints seraient filmées et cotées, afin d'évaluer la validité convergente de l'IDPC. Ceci pourrait être fait au moyen d'un enregistrement vidéo qui recueillerait les interactions des jeunes parents en lien avec le stress vécu associé aux contraintes de la pandémie. Ainsi, les résultats des réponses à l'IDPC pourraient être validés en les comparant aux cotations comportementales obtenues à partir des enregistrements des entrevues.

L'échantillon de l'étude est majoritairement composé de parents âgés de 25 à 39 (60,7%), ce qui ne concorde pas avec les statistiques de la population québécoise qui indiquent que la majorité de parents d'enfants de 0 à 5 ans serait âgée de 30 à 39 ans (62%). De même, la majorité de l'échantillon rapporte un niveau scolarité collégial et universitaire de premier cycle (66,2%), tandis que cette proposition dans la population québécoise serait de 53%. De plus, 16,6% de l'échantillon rapporte détenir un diplôme de niveau secondaire, quand les données de la population indiquent que cette proportion serait de 25,8% (Institut de la statistique du Québec, 2016). Ces données suggèrent que l'échantillon de la présente étude n'est pas représentatif de la population de parents d'un nouveau-né au Québec. Les futures études devraient alors tester la

validité de l'instrument auprès d'échantillons plus hétérogènes afin d'augmenter leur représentativité. Il serait donc souhaitable d'élargir l'application du questionnaire à travers sa validation auprès de la population générale de la province.

Puisque des différences entre les sexes ont été observées dans la présente étude, ainsi que dans des études antérieures (p. ex., Costantini et Mazzotti, 2020; Qiu *et al.*, 2020), par rapport au niveau de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19, des analyses d'invariance de genre sont nécessaires pour confirmer ces résultats. En fait, cette différence significative entre les deux sexes pourrait refléter la possibilité que les hommes et les femmes répondent différemment aux questions. Les études démontrent que les femmes rapportent souvent des réponses émotionnelles plus intenses, principalement pour les émotions négatives, telles que la tristesse, la peur et l'impuissance (Kring et Gordon, 1998; Salokangas *et al.*, 2002). Ceci implique le fait qu'un modèle factoriel pourrait s'ajuster différemment en fonction du sexe. Ainsi, une analyse d'invariance entre les hommes et les femmes quant à la structure factorielle serait utile afin de vérifier si les liens entre les items et leurs facteurs sont les mêmes dans les deux groupes. Les recherches futures devraient s'assurer que le contenu des questions soit équivalent tant chez les hommes que chez les femmes, diminuant la possibilité que les résultats soient affectés par les différences entre les sexes par rapport à l'interprétation des questions.

Une autre limite qui pourrait expliquer que les participants présentent de faibles niveaux de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 est le fait que, combiné à d'autres instruments, l'IDPC peut être considéré comme un questionnaire qui pourrait être perçu comme relativement long à remplir (24 énoncés) par des parents d'un nouveau-né potentiellement débordés par les différentes tâches inhérentes au fait d'être un jeune parent. Cela pourrait avoir comme conséquence une fatigue de la part des participants ainsi qu'un engagement potentiellement plus faible à répondre aux questions d'une façon fiable. À ceci s'ajoute le fait que la traduction et l'adaptation de l'instrument ont influencé la compréhension de certains énoncés par les participants, ce qui a pu affecter leurs réponses. Ainsi, étant donné que les résultats des ESEM indiquent que certains items possèdent un coefficient standardisé faible et que le facteur *Changement cognitif et comportemental* rapporte cohérence interne faible, il est suggéré la création d'une version abrégée avec une structure factorielle plus solide qui permettra de diminuer le temps nécessaire à la passation du questionnaire et ainsi éviter un éventuel désengagement de la part des participants.



Un autre aspect à considérer est la période de collecte de données qui s'est étendue durant plusieurs mois à partir du début de la crise sanitaire au Québec. Puisque plusieurs changements ont eu lieu au cours de l'année suivant le premier cas d'infection à la COVID-19 au Québec (p. ex., télétravail, confinement, mesures de distanciation, début de la vaccination), il est possible que le contenu des énoncés représente moins la façon dont les Québécois ont vécu la pandémie. Par ailleurs, l'instrument ne prend pas en considération des éléments qui sont liés au confinement (p. ex., télétravail, stress par rapport à une possible perte d'emploi, solitude) et qui pourraient aussi être source de stress, ce qui empêcherait de mesurer la détresse par rapport à la COVID-19 d'une façon plus complète. Ainsi, il serait important, lors des futures études, de tester la stabilité temporelle de l'instrument et de reformuler certaines questions pour qu'elles soient plus représentatives des différentes périodes de la pandémie de COVID-19 dans la province du Québec. Étant donné que d'autres pandémies peuvent se produire dans l'avenir, l'IDPC pourrait finalement servir de base pour des études sur la santé mentale de la population en d'autres contextes pandémiques.

Une dernière limite importante à considérer est le fait que l'instrument a été conçu pour mesurer la détresse auprès d'une population chinoise, et non une population québécoise. Pour éviter un écart entre la traduction d'un questionnaire et sa version originale, Borsa et ses collègues (2012) suggèrent que la validation transculturelle d'un instrument psychologique devrait inclure une étape d'évaluation des énoncés par la population cible de l'étude. Ainsi, d'autres études devraient vérifier auprès des répondants de l'étude la clarté des questions et des possibles changements qui pourraient améliorer la compréhension des énoncés auprès de la population québécoise. Ces résultats pourraient aussi être comparés à ceux des populations auprès desquelles le questionnaire a été validé, soit Italienne et Péruvienne. De plus, il est possible que les seuils utilisés en Chine ne correspondent pas à la réalité québécoise et que le taux de prévalence de la détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 ne soit pas représentatif de la population. D'autres études seront nécessaires pour consolider les résultats et les seuils au sein d'une population québécoise.

## Conclusion

En somme, les résultats préliminaires de la présente étude indiquent que la version francophone de l'IDPC présente des qualités psychométriques satisfaisantes auprès d'une population de parents d'un nouveau-né. Néanmoins, cette étude présente certaines limites telles que la présence de mesures auto-rapportés, des biais d'échantillonnage, la période de collecte de données, l'absence d'analyses d'invariance de genre et certaines différences culturelles avec la population à l'étude dans l'instrument original chinois. Malgré les limites inhérentes à l'étude et à l'instrument de mesure, cette étude contribue à la recherche scientifique en offrant aux chercheurs l'accès à un instrument de mesure adapté au contexte de la pandémie de COVID-19 pour une population francophone. Puisque la pandémie de COVID-19 peut avoir des effets délétères sur la santé mentale des parents d'un nouveau-né, l'IDPC offre ainsi la possibilité de mieux comprendre l'influence de la détresse péritraumatique ressentie durant un évènement stressant sur la santé psychologique de cette population. Ultimement, l'objectif est de développer un test, l'IDPC, dont l'objectif est d'identifier précocement les parents les plus vulnérables sur le plan psychologique en période de pandémie, et de leur proposer des stratégies d'intervention telles que l'accès à des professionnels de santé mentale afin de les aider à gérer leur stress et à bonifier leurs ressources adaptatives. Ces mesures permettraient de diminuer les risques que ces jeunes parents développent des problèmes de santé mentale qui seraient néfastes à leur bien-être ainsi qu'à celui de leur nouveau-né et de leur famille.

## Références

- Abad, A., Silva, J. A. da, Teixeira, L. E. P. de P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., Freitas, R. L. de, & Silva, J. A. da. (2020). Evaluation of Fear and Peritraumatic Distress during COVID-19 Pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, *10*(03), 184. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103019>
- Al-Hanawi, M. K., Mwale, M. L., Alshareef, N., Qattan, A. M. N., Angawi, K., Alzubair, R., & Alsharqi, O. (2020). Psychological Distress Amongst Health Workers and the General Public During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, *13*, 733-742. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S264037>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (dsm-5®)*. <https://ebookcentral.proquest.com>
- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *16*(3), 397-438. <https://doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Bhullar, N., Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2012). Trait Emotional Intelligence as a Moderator of the Relationship Between Psychological Distress and Satisfaction with Life. *Individual Differences Research*, *10*(1), 19-26.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, *20*(2), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2004.06.033>
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale. » [The satisfaction scale: Canadian-French validation of the Satisfaction with Life Scale.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, *21*(2), 210-223. <https://doi.org/10.1037/h0079854>
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas : Algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *22*(53), 423-432. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>
- Brock, R. L., O'Hara, M. W., Hart, K. J., McCabe-Beane, J. E., Williamson, J. A., Brunet, A., Laplante, D. P., Yu, C., & King, S. (2015). Peritraumatic Distress Mediates the Effect of

- Severity of Disaster Exposure on Perinatal Depression : The Iowa Flood Study. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 515-522. <https://doi.org/10.1002/jts.22056>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research, Second Edition*. Guilford Publications.  
<http://ebookcentral.proquest.com/lib/uqam/detail.action?docID=1768752>
- Bunnell, B. E., Davidson, T. M., & Ruggiero, K. J. (2018). The Peritraumatic Distress Inventory (PDI) : Factor structure and predictive validity in traumatically injured patients admitted through a Level I trauma center. *Journal of anxiety disorders*, 55, 8-13.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.002>
- Burki, T. (2020). China's successful control of COVID-19. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(11), 1240-1241. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30800-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30800-8)
- Caron, P.-O. (2018). *La modélisation par équations structurelles avec Mplus* (1<sup>re</sup> éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>e</sup> éd.). Lawrence Erlbaum.
- Costantini, A., & Mazzotti, E. (2020). Italian validation of CoViD-19 Peritraumatic Distress Index and preliminary data in a sample of general population. *Riv Psichiatr*, 7.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Dubé, È., Hamel, D., Rochette, L., Dionne, M., Tessier, M., Roberge, M.-C., & Institut national de santé publique du Québec. (2020). *COVID-19 – Pandémie, bien-être et santé mentale (Données des sondages réalisés du 25 mars au 31 mai 2020)*. INSPQ.  
<https://www.inspq.qc.ca/publications/3037-sondage-sante-mentale-covid19>
- Epifanio, M. S., Genna, V., De Luca, C., Roccella, M., & La Grutta, S. (2015). Paternal and maternal transition to parenthood : The risk of postpartum depression and parenting stress. *Pediatric Reports*, 7(2), 38-44. <https://doi.org/10.4081/pr.2015.5872>

- Fowks, J. (2020, avril 4). *Perú restringe la salida a la calle por género*. EL PAÍS.  
<https://elpais.com/internacional/2020-04-04/peru-restringe-la-salida-a-la-calle-por-genero.html>
- Gori, A., Topino, E., & Fabio, A. D. (2020). The protective role of life satisfaction, coping strategies and defense mechanisms on perceived stress due to COVID-19 emergency : A chained mediation model. *PLOS ONE*, *15*(11), e0242402.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242402>
- Gorman, K. R., Engel-Rebitzer, E., Ledoux, A. M., Bovin, M. J., & Marx, B. P. (2014). Peritraumatic Experience and Traumatic Stress. In C. R. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Éds.), *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder* (p. 1-15). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-08613-2\\_73-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-08613-2_73-1)
- Guay, F., Morin, A. J. S., Litalien, D., Valois, P., & Vallerand, R. J. (2015). Application of Exploratory Structural Equation Modeling to Evaluate the Academic Motivation Scale. *The Journal of Experimental Education*, *83*(1), 51-82.  
<https://doi.org/10.1080/00220973.2013.876231>
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, *13*(2), 83-89. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(98\)80023-0](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(98)80023-0)
- Hair, J. F. J., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th éd.). Prentice Hall.
- Hamarat, D., & Thompson, K. M. (2001). Perceived Stress and Coping Resource Availability as Predictors of Life Satisfaction in Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Experimental Aging Research*, *27*(2), 181-196. <https://doi.org/10.1080/036107301750074051>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. : EBSCOhost. *Emerging Infectious Diseases*, *10*(7).  
<http://web.a.ebscohost.com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c2068315-8184-4577-b0ba-325aca330e34%40sessionmgr4007>
- Hiar, S., Thomas, C. L., Hinton, D. E., Salles, J., Goutaudier, N., Olliac, B., & Bui, E. (2016). Somatic Symptoms Mediate the Relationship Between Trauma During the Arab Spring and Quality of Life Among Tunisians. *The Journal of Nervous and Mental Disease*,

- 204(2). <https://oce-ovid-com.proxy.bibliotheques.uqam.ca/article/00005053-201602000-00012/HTML>
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder : Implications for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 783-801.  
<https://doi.org/10.1002/da.20753>
- Hogan, T. P. (2017). *Introduction à la psychométrie* (N. Parent & R. Stephenson, Trad.; 2e éd.). Chenelière Éducation.
- Horowitz, J. (2020, mars 9). Italy Announces Restrictions Over Entire Country in Attempt to Halt Coronavirus. *The New York Times*.  
<https://www.nytimes.com/2020/03/09/world/europe/italy-lockdown-coronavirus.html>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China : A web-based cross-sectional survey. *MedRxiv, 2020.02.19.20025395*. <https://doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *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*.
- Institut national de santé publique du Québec. (2020). *Données COVID-19 au Québec*. INSPQ.  
<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J. D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *The Canadian Journal of Psychiatry, 50*(1), 67-71. <https://doi.org/10.1177/070674370505000112>
- Keizer, R., Dykstra, P. A., & Poortman, A.-R. (2010). The transition to parenthood and well-being : The impact of partner status and work hour transitions. *Journal of Family Psychology, 24*(4), 429. <https://doi.org/10.1037/a0020414>
- Keizer, R., & Schenk, N. (2012). Becoming a Parent and Relationship Satisfaction : A Longitudinal Dyadic Perspective. *Journal of Marriage and Family, 74*(4), 759-773.  
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x>

- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S.-L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, *32*(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kring, A. M., & Gordon, A. H. (1998). Sex differences in emotion : Expression, experience, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(3), 686. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.3.686>
- Krüger-Malpartida, H., Pedraz-Petrozzi, B., Arevalo-Flores, M., Samalvides-Cuba, F., Anculle-Arauco, V., & Dancuart-Mendoza, M. (2020). Effects on Mental Health After the COVID-19 Lockdown Period : Results From a Population Survey Study in Lima, Peru. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, *11*, 117955732098042. <https://doi.org/10.1177/1179557320980423>
- Marsh, H. W., Morin, A. J. S., Parker, P. D., & Kaur, G. (2014). Exploratory Structural Equation Modeling : An Integration of the Best Features of Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*(1), 85-110. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153700>
- Marsh, H. W., Muthén, B., Asparouhov, T., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Morin, A. J. S., & Trautwein, U. (2009). Exploratory Structural Equation Modeling, Integrating CFA and EFA : Application to Students' Evaluations of University Teaching. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *16*(3), 439-476. <https://doi.org/10.1080/10705510903008220>
- Marzo, R. R., Singh, A., & Mukti, R. F. (2021). A survey of psychological distress among Bangladeshi people during the COVID-19 pandemic. *Clinical Epidemiology and Global Health*, *10*, 100693. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.100693>
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, *60*(2), 75-85. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00159-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00159-7)
- Matud, M. P., Bethencourt, J. M., & Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, *61*(6), 560-568. <https://doi.org/10.1177/0020764014564801>

- Megalakaki, O., Kokou-Kpolou, C. K., Vaudé, J., Park, S., Iorfa, S. K., Cénat, J. M., & Derivois, D. (2021). Does peritraumatic distress predict PTSD, depression and anxiety symptoms during and after COVID-19 lockdown in France? A prospective longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research, 137*, 81-88.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.035>
- Meier, F., Milek, A., Rauch-Anderegg, V., Benz-Fraginière, C., Nieuwenboom, J. W., Schmid, H., Halford, W. K., & Bodenmann, G. (2020). Fair enough? Decreased equity of dyadic coping across the transition to parenthood associated with depression of first-time parents. *PLOS ONE, 15*(2), e0227342. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227342>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Ministère de la Santé et Services sociaux. (2020). *Coronavirus (COVID-19)—Professionnels de la santé—MSSS*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>
- Miyamoto, Y., Ma, X., & Petermann, A. G. (2014). Cultural differences in hedonic emotion regulation after a negative event. *Emotion, 14*(4), 804. <https://doi.org/10.1037/a0036257>
- Morin, A. J. S., Arens, A. K., & Marsh, H. W. (2016). A Bifactor Exploratory Structural Equation Modeling Framework for the Identification of Distinct Sources of Construct-Relevant Psychometric Multidimensionality. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 23*(1), 116-139.  
<https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Mughal, M. K., Giallo, R., Arnold, P., Benzies, K., Kehler, H., Bright, K., & Kingston, D. (2018). Trajectories of maternal stress and anxiety from pregnancy to three years and child development at 3 years of age : Findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. *Journal of Affective Disorders, 234*, 318-326.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.095>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2015). *Mplus user's guide* (7<sup>e</sup> éd.). Muthén & Muthén.
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Noguchi, H., Sakuma, K., Yonemoto, N., Yanagita, T., Homma, M., Kanba, S., & Kim, Y. (2009). Reliability and validity of the Japanese version of the Peritraumatic Distress Inventory. *General Hospital Psychiatry, 31*(1), 75-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.09.002>



- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill.
- Nurullah, A. S. (2010). Gender Differences in Distress : The Mediating Influence of Life Stressors and Psychological Resources. *Asian Social Science*, 6(5), p27.  
<https://doi.org/10.5539/ass.v6n5p27>
- OMS. (2021a). *Gender and women's mental health*. World Health Organization.  
<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/maternal-health/about/mental-health-and-substances-use>
- OMS. (2021b). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*. Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS*.  
<https://www.who.int/fr/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to Parenthood and Mental Health in First-Time Parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263-273.  
<https://doi.org/10.1002/imhj.21443>
- Perlis, R. H., Fava, M., Trivedi, M. H., Alpert, J., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., & Rush, A. J. (2009). Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 282-289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01298.x>
- Petrozzi, B. P., Arevalo-Flores, M., Krüger-Malpartida, H., & Anculle-Arauco, V. (2020). *Traducción, adaptación y validación por expertos del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a la enfermedad por coronavirus 2019 (CPDI) para su uso en el Perú*.  
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.165>
- Qiu, J. (2021). Validation of the Covid-19 Peritraumatic Distress Index (CPDI) [Document inédit]. Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai, China
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic : Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213.  
<https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Qu, Z., Wang, X., Tian, D., Zhao, Y., Zhang, Q., He, H., Zhang, X., Xu, F., & Guo, S. (2012). Posttraumatic stress disorder and depression among new mothers at 8 months later of the

- 2008 Sichuan earthquake in China. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 49-55.  
<https://doi.org/10.1007/s00737-011-0255-x>
- Salokangas, R. K. R., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B., & Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms : An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders*, 68(2), 215-220. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00315-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00315-3)
- Shockley, K. M., Clark, M. A., Dodd, H., & King, E. B. (2020). Work-family strategies during COVID-19 : Examining gender dynamics among dual-earner couples with young children. *Journal of Applied Psychology*, 106(1), 15. <https://doi.org/10.1037/apl0000857>
- Shrestha, D. B., Thapa, B. B., Katuwal, N., Shrestha, B., Pant, C., Basnet, B., Mandal, P., Gurung, A., Agrawal, A., & Rouniyar, R. (2020). Psychological distress in Nepalese residents during COVID-19 pandemic : A community level survey. *BMC Psychiatry*, 20(1), 491. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02904-6>
- Ullman, J. B. (2001). Structural equation modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Éds.), *Using multivariate statistics* (4<sup>e</sup> éd., p. 653-771). Allyn & Bacon.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662. <https://doi.org/10.1037/h0079856>
- Waddell, N., Overall, N. C., Chang, V. T., & Hammond, M. D. (2021). Gendered division of labor during a nationwide COVID-19 lockdown : Implications for relationship problems and satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 026540752199647. <https://doi.org/10.1177/0265407521996476>
- Weiss, D. S. (2007). The Impact of Event Scale : Revised. In J. P. Wilson & C. S. Tang (Éds.), *Cross-Cultural Assessment of Psychological Trauma and PTSD* (p. 219-238). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-0-387-70990-1_10)
- Zhang, S. X., Jahanshahi, A. A., Li, J., & Schmitt, V. G. H. (2020). Mental distress of adults in Brazil during the COVID-19 crisis. *MedRxiv*, 19. <https://doi.org/10.1101/2020.04.18.20070896>

## **Annexes**

## Annexe 1 : Lettre d'approbation du comité éthique



Le 20 octobre 2020  
Madame Natacha Godbout  
Professeure  
Département de sexologie

**Objet :** Modification apportées au projet

**Titre du projet :** Une étude systémique du bien-être des couples parentaux: Associations avec les traumatismes interpersonnels vécus en enfance

**No :** 1966\_e\_2020 rapport 1213

**Source de financement :** CRSH

Madame,

La présente vise à confirmer l'approbation, au plan de l'éthique de la recherche avec de êtres humains, de l'ensemble des modifications apportées au projet mentionné en objet.

Le rapport porte sur :

- Outils de collecte de données
- Étudiantes réalisant leurs projets de recherche dans le cadre de cette demande :  
Luciana Lassance Maya Leitao (UQAM); Andréanne Sheehy (UQAM)

L'approbation de ces modifications est valide jusqu'au **1 janvier 2021**.

Le comité vous remercie d'avoir porté à son attention ces modifications et vous prie de recevoir l'expression de ses sentiments les meilleurs.

Le président,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Yanick Farmer'.

---

Yanick Farmer, Ph. D.  
Professeur

## Annexe 2 : Formulaire de consentement



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet de recherche :** Étude sur le bien-être des couples parentaux

**Chercheur responsable :** Natacha, Godbout, Ph.D., Université du Québec à Montréal

**Membres de l'équipe :** Hébert, Martine, Ph.D., Université du Québec à Montréal  
 Sabourin, Stéphane, Ph.D., Université Laval,  
 Bergeron, Sophie, Ph.D., Université de Montréal  
 Bakhos, Gaëlle, candidate au doctorat, Université du Québec à Montréal;  
 Bigras, Noémie, M.A., candidate au doctorat, Université du Québec à Montréal;  
 Dugal, Caroline, candidate au doctorat, Université du Québec à Montréal;

**Coordonnatrices :** Bigras, Noémie, [bigras.noemie@courrier.uqam.ca](mailto:bigras.noemie@courrier.uqam.ca)  
 Dugal, Caroline, [caroline.dugal24@gmail.com](mailto:caroline.dugal24@gmail.com)  
 N-7490, #2752

**Organisme de financement :** CRSH – Conseil de recherche en sciences humaines

#### Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche.

Avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire, il est important de prendre le temps de lire et de bien comprendre les renseignements ci-dessous. S'il y a des mots ou des sections que vous ne comprenez pas ou qui ne semblent pas clairs, n'hésitez pas à nous à poser des questions ou à communiquer avec le responsable du projet ou le coordonnateur de recherche.

#### Objectifs du projet

La naissance d'un enfant représente un événement de vie majeur pour de nombreux couples. Elle peut toutefois s'accompagner de nombreux changements dans le fonctionnement psychosocial de chaque conjoint et du couple parental. Elle peut aussi créer une pression supplémentaire sur ses ressources émotionnelles et matérielles. Ainsi, à la naissance de l'enfant, certains couples rapporteront plus de difficultés que d'autres à combiner leur nouveau rôle de parent et leur rôle de conjoint. Peu d'études se sont intéressées au vécu du couple parental suite à l'arrivée de l'enfant, au bagage historique que porte chaque parent avec lui et comment tous ces facteurs interagissent ensemble dans le fonctionnement du couple.

Ainsi, ce projet vise à mieux comprendre les relations entre l'historique familial et le bien-être psychologique et relationnel des couples de nouveaux parents via l'exploration des mécanismes sous-jacents au bien-être ainsi que les facteurs de protection qui sont en jeu. Votre participation est cruciale, car elle pourra permettre d'obtenir d'importantes informations pour le développement de programmes éducatifs et préventifs des problèmes psychologiques et relationnels des couples parentaux. Ce projet aura aussi des avantages pour vous, en tant que parents et pour vos enfants, puisque la qualité de la relation du couple parental contribue à votre façon d'être parent et ainsi, au développement de votre enfant.

#### Nature de la participation

Votre participation consiste à répondre, trois fois, à un questionnaire en ligne via la plateforme Approbation du CIEREH : (ajouter la date du certificat)

*Qualtrics* et qui nécessitera environ 45 minutes de votre temps (270 questions à choix multiples). Ce questionnaire doit être rempli de façon individuelle et sans consulter votre conjoint(e). Lors de votre participation, un code alphanumérique vous sera attribué. Il sera important de le conserver précieusement dans vos dossiers. Le questionnaire porte sur votre historique familial, le bien-être psychologique, le bien-être relationnel et sexuel, la régulation des émotions, l'attachement, la présence attentive/pleine conscience, le soutien conjugal et les habiletés de communication. Un sous-groupe de participants sera invité à participer à une tâche d'observation impliquant une interaction conjugale filmée. Plus d'informations et un formulaire de consentement propre à cela sera à signer (on en parle plus loin).

### **Avantages**

Il peut être bénéfique pour vous de pouvoir réfléchir à ce que vous vivez actuellement sans crainte de jugement. De plus, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur le bien-être psychologique et relationnel des couples parentaux, comme vous, afin que des améliorations puissent être apportées aux programmes éducatifs et préventifs déjà existants, et aux interventions ciblant les couples de parents.

### **Risques et inconvénients**

Il est possible que vous viviez des désagréments en raison du temps qui est requis pour votre participation. Certains items du questionnaire pourraient aussi raviver des émotions désagréables liées à votre expérience de vie. Le cas échéant, vous êtes invités à contacter l'équipe de recherche et une liste de références vous est systématiquement remise par mesure de prévention.

### **Compensation**

Afin de vous remercier de votre participation, trois prix de 500\$ à chaque vague du projet seront tirés. Les participants gagnants seront contactés par courriel dans la semaine suivant le tirage qui aura lieu une fois la collecte des données terminée.

### **Confidentialité**

Il est entendu que tous les renseignements recueillis sont confidentiels. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Vos données de recherche ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sur un serveur institutionnel de l'UQAM sécurisé au laboratoire de recherche de la responsable du projet pour la durée totale du projet. De plus, afin de protéger votre identité et la confidentialité de vos données, vous serez toujours identifié par un code alphanumérique. Ce code associé à votre nom ne sera connu que du responsable du projet et de l'assistant de recherche chargé de la codification. Les données seront conservées jusqu'à cinq ans après la fin de la recherche. Vos données seront effacées de l'ordinateur à ce moment. Les documents papier seront déchiquetés de façon confidentielle au moment où les données seront effacées.

### **Participation volontaire et droit de retrait**

Nous tenons à préciser que votre participation à ce projet est tout à fait volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure. Cela signifie également que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche, sans préjudice de quelque nature que ce soit, et sans avoir à vous justifier. Dans ce cas, et à moins d'une directive verbale ou écrite contraire de votre part, les documents, renseignements et données vous concernant seront détruits.

Approbation du CIEREH : (ajoutez la date du certificat)

Le responsable du projet peut mettre fin à votre participation, sans votre consentement, s'il estime que votre bien-être ou celui des autres participants est compromis ou bien si vous ne respectez pas les consignes du projet.

### **Suivi**

Pour s'assurer de la continuité du projet, nous vous invitons à ajouter vos coordonnées afin que notre équipe puisse vous envoyer le questionnaire pour les deux autres temps de mesure, soit dans un an, et dans deux ans.

Adresse postale :

---

Adresse courriel :

---

### **Volet Interaction de couple**

Consentez-vous à ce qu'un membre de notre équipe de recherche vous contacte par téléphone pour vous donner toutes les informations nécessaires sur le volet *Interaction de couple*? Ce volet implique une discussion filmée de 15 minutes. En cochant « oui » vous pourrez accepter ou refuser de participer lors de votre entretien téléphonique, une fois que vous aurez toutes les informations nécessaires à votre consentement libre et éclairé.

**Oui**  **Non**

Numéro de téléphone pour vous joindre :

---

Vos données de recherche seront rendues anonymes et conservées pendant cinq ans au terme du projet. Nous souhaitons les utiliser dans d'autres projets de recherche similaires. Vous êtes libre de refuser cette utilisation secondaire.

- J'accepte que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche  
 Je refuse que mes données puissent être utilisées dans d'autres projets de recherche

### **Responsabilité**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le(s) commanditaire(s) ou l'institution impliquée (ou les institutions impliquées) de leurs obligations civiles et professionnelles.

### **Personnes-ressources :**

Vous pouvez contacter le responsable du projet au numéro (514) 987-3000 poste 6590 pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez discuter avec lui, ou le coordonnateur du projet au numéro (514) 987-3000 poste 2752 des conditions dans lesquelles se déroule votre participation.

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CIEREH) a approuvé ce projet et en assure le suivi. Pour toute information vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité au numéro 987-3000 poste 7753 ou par courriel à l'adresse : [ciereh@uqam.ca](mailto:ciereh@uqam.ca).

Approbation du CIEREH : (ajoutez la date du certificat)

4

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le bureau de l'ombudsman de l'UQAM (Courriel: [ombudsman@uqam.ca](mailto:ombudsman@uqam.ca); Téléphone: (514) 987-3151.

**Remerciements :** Votre collaboration est importante à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé écrit des principaux résultats de cette recherche, veuillez cocher la case appropriée :

Oui, je voudrais obtenir un résumé des résultats  Non

**Consentement du participant :** Par la présente, je reconnais avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement. Je comprends les objectifs du projet et ce que ma participation implique. Je confirme avoir disposé du temps nécessaire pour réfléchir à ma décision de participer. Je reconnais avoir eu la possibilité de contacter le responsable du projet (ou son délégué) afin de poser toutes les questions concernant ma participation et que l'on m'a répondu de manière satisfaisante. Je comprends que je peux me retirer du projet en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

En cochant cette case, je consens volontairement à participer à ce projet de recherche.

**Oui**  **Non**

**Déclaration du chercheur principal (ou de son délégué) :**

Je, soussigné, déclare avoir expliqué les objectifs, la nature, les avantages, les risques du projet et autres dispositions du formulaire d'information et de consentement et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature : \_\_\_\_\_

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

Nom (lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Approbation du CIEREH : (ajoutez la date du certificat)



**Annexe 3 :** Énoncés qui composent la version originale du COVID-19 *Peritraumatic Distress Index* (CPDI) ainsi que la traduction en français et l'adaptation québécoise

#	Version originale anglaise	Traduction en français	Version québécoise
1	Compared to usual, I feel more nervous and anxious	Je me sens plus nerveux.se et anxieux.se que d'habitude	
2	I feel insecure and bought a lot of masks, medications, sanitizer, gloves and/or other home supplies	Je me sens insécure et j'ai acheté beaucoup de masques, médicaments, désinfectants, gants ou d'autres produits.	
3	I can't stop myself from imagining myself or my family being infected and feel terrified and anxious about it	Je ne peux pas m'empêcher d'imaginer que ma famille ou moi-même pourrions être infectés, et je me sens terrifié.e et inquiet.ète à ce sujet.	
4	I feel empty and helpless no matter what I do	Peu importe ce que je fais, je me sens vide et impuissant.e.	
5	I feel sympathetic to the COVID-19 patients and their families. I feel sad about them.	J'ai de l'empathie pour les gens atteints du COVID-19 et leur famille. Je suis triste pour eux.	Je suis triste pour les gens atteints du COVID-19 et leur famille.
6	I feel helpless and angry about people around me, governors, and media	Je me sens impuissant.e et en colère contre les personnes qui m'entourent, le gouvernement et/ou les médias.	
7	I am losing faith in the people around me	Je perds confiance envers les personnes qui m'entourent.	Je perds confiance envers les autres personnes.
8	I collect information about COVID-19 all day. Even if it's not necessary, I can't stop myself	Je m'informe au sujet du COVID-19 toute la journée. Même si ce n'est pas nécessaire, je ne peux m'arrêter.	
9	I will believe the COVID-19 information from all sources without any evaluation	Je crois toutes les informations en lien avec la COVID-19 sans faire attention à la source d'où elles proviennent.	Je crois les informations en lien avec la COVID-19 sans faire attention à la source d'où elles proviennent.
10	I would rather believe in negative news about COVID-19 and be skeptical about the good news	Je préfère croire les informations négatives à propos du COVID-19 et être sceptique face aux bonnes nouvelles.	J'ai plutôt tendance à croire les informations négatives à propos du COVID-19 et à être sceptique face aux bonnes nouvelles.
11	I am constantly sharing news about COVID-19 (mostly negative news)	Je partage constamment des nouvelles à propos du COVID-19 (surtout des nouvelles négatives).	

12	I avoid watching COVID-19 news, since I am so scared to do so	J'évite de regarder les nouvelles sur le COVID-19, car j'ai trop peur de le faire.	
13	I am more irritable and have frequent conflicts with my family	Je suis plus irritable et les conflits avec ma famille sont fréquents	Je suis plus irritable et les conflits avec ma famille et/ou mes proches sont fréquents.
14	I feel tired and sometimes even exhausted	Je me sens fatiguée et parfois même épuisé.e.	
15	Due to feelings of anxiety, my reactions are becoming sluggish.	En raison de mon anxiété, mes réactions deviennent plus lentes.	Je me sens au ralenti en raison de mon anxiété.
16	I find it hard to concentrate	Je trouve difficile de me concentrer.	
17	I find it hard to make any decisions	Je trouve difficile de prendre des décisions.	
18	During this COVID-19 period, I often feel dizzy or have back pain and chest distress	Pendant cette période de COVID-19, je me sens souvent étourdi ou je ressens des maux de dos et des douleurs à la poitrine.	Je me sens étourdi.e ou je ressens des maux de dos, de tête et/ou des douleurs à la poitrine.
19	During this COVID-19 period, I often feel stomach pain, bloating, and other stomach discomfort	Pendant cette période du COVID-19, je ressens souvent des douleurs à l'estomac, des gonflements et d'autres inconforts gastriques.	Je ressens des maux de ventre, gonflements et/ou d'autres malaises gastriques.
20	I feel uncomfortable when communicating with others	Je me sens mal à l'aise quand je communique avec les autres.	Je me sens mal à l'aise dans mes interactions avec les autres.
21	Recently, I rarely talk to my family	Ces derniers temps, je parle rarement à ma famille	Je parle à ma famille ou mes proches.
22	I cannot sleep well. I always dream about myself or my family being infected by COVID-19	Je n'arrive pas à bien dormir. Je rêve constamment que ma famille ou moi-même sommes infectés par la COVID-19.	Je ne dors pas bien ou il m'arrive de rêver que ma famille ou moi-même sommes infectés par la COVID-19.
23	I lost my appetite	J'ai perdu mon appétit.	
24	I have constipation or frequent urination	Je suis constipé.e ou j'urine fréquemment.	J'ai remarqué des changements dans mes besoins à la toilette (constipation, diarrhée, urines plus fréquentes).

---

**Annexe 4 :** Version francophone de l'Indice de détresse péritraumatique reliée à la COVID-19 (IDPC; Qiu *et al.*, 2020)

Sélectionnez la réponse qui s'applique le plus à ce que vous avez vécu durant le confinement (en répondant, pensez au pire moment de la crise COVID19 pour vous).

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Jamais</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>La plupart du temps</b>
1. Je me sens plus nerveux.se et anxieux.se que d'habitude	0	1	2	3	4
2. Je me sens insécure et j'ai acheté beaucoup de masques, médicaments, désinfectants, gants ou d'autres produits.	0	1	2	3	4
3. Je ne peux pas m'empêcher d'imaginer que ma famille ou moi-même pourrions être infectés, et je me sens terrifié.e et inquiet.ète à ce sujet.	0	1	2	3	4
4. Peu importe ce que je fais, je me sens vide et impuissant.e.	0	1	2	3	4
5. Je suis triste pour les gens atteints du COVID-19 et leur famille.	0	1	2	3	4
6. Je me sens impuissant.e et en colère contre les personnes qui m'entourent, le gouvernement et/ou les médias.	0	1	2	3	4
7. Je perds confiance envers les autres personnes.	0	1	2	3	4
8. Je m'informe au sujet du COVID-19 toute la journée. Même si ce n'est pas nécessaire, je ne peux m'arrêter.	0	1	2	3	4
9. Je crois les informations en lien avec la COVID-19 sans faire attention à la source d'où elles proviennent.	0	1	2	3	4
10. J'ai plutôt tendance à croire les informations négatives à propos du COVID-19 et à être sceptique face aux bonnes nouvelles.	0	1	2	3	4
11. Je partage des nouvelles à propos du COVID-19 (surtout des nouvelles négatives).	0	1	2	3	4
12. J'évite de regarder les nouvelles sur le COVID-19, car j'ai trop peur de le faire.	0	1	2	3	4
13. Je suis plus irritable et les conflits avec ma famille et/ou mes proches sont fréquents.	0	1	2	3	4
14. Je me sens fatiguée et parfois même épuisée.	0	1	2	3	4
15. Je me sens au ralenti en raison de mon anxiété.	0	1	2	3	4
16. Je trouve difficile de me concentrer.	0	1	2	3	4
17. Je trouve difficile de prendre des décisions.	0	1	2	3	4
18. Je me sens étourdi.e ou je ressens des maux de dos, de tête et/ou des douleurs à la poitrine.	0	1	2	3	4
19. Je ressens des maux de ventre, gonflements et/ou d'autres malaises gastriques.	0	1	2	3	4
20. Je me sens mal à l'aise dans mes interactions avec les autres.	0	1	2	3	4
21. Je parle à ma famille ou mes proches.	0	1	2	3	4
22. Je ne dors pas bien ou il m'arrive de rêver que ma famille ou moi-même sommes infectés par la COVID-19.	0	1	2	3	4
23. J'ai perdu mon appétit.	0	1	2	3	4
24. J'ai remarqué des changements dans mes besoins à la toilette (constipation, diarrhée, urines plus fréquentes).	0	1	2	3	4

## Annexe 5 : Questionnaires utilisés pour mesurer les variables reliées à l'IDPC

### L'échelle de détresse psychologique (Kessler *et al.*, 2002)

Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti...

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Toujours</b>	<b>Généralement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Rarement</b>	<b>Jamais</b>
1. Nerveux.se ?					0 1 2 3 4
2. Désespéré.e ?					0 1 2 3 4
3. Agité.e ?					0 1 2 3 4
4. Si déprimé.e que plus rien ne pouvait vous mettre de bonne humeur ?					0 1 2 3 4
5. Comme si tout était un effort ?					0 1 2 3 4
6. Inutile ?					0 1 2 3 4

### L'échelle de satisfaction de vie (ESDV-5; Blais *et al.*, 1989; Diener *et al.*, 1985)

A l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés :

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
	<b>Fortement en désaccord</b>	<b>En désaccord</b>	<b>Légèrement en désaccord</b>	<b>Ni en désaccord ni en accord</b>	<b>Légèrement en accord</b>	<b>En accord</b>	<b>Fortement en accord</b>
1. Présentement, ma vie correspond de près à mes idéaux.						1 2 3 4 5 6 7	
2. Mes conditions de vie sont excellentes.						1 2 3 4 5 6 7	
3. Je suis satisfait/e de ma vie actuelle.						1 2 3 4 5 6 7	
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.						1 2 3 4 5 6 7	
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.						1 2 3 4 5 6 7	

**L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS; (Cox *et al.*, 1987; Guedeney et Fermanian, 1998)**

Au cours des 7 derniers jours...

	(3)	(2)	(1)	(0)
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 senti.e 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 reproché.e, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal	Oui, la plupart du temps	Oui, parfois	Pas très souvent	Non, jamais
4. Je me suis senti.e inquiète ou soucieux.se sans motifs	Non, pas du tout	Presque jamais	Oui, parfois	Oui, très souvent
5. Je me suis senti.e effrayé.e ou paniqué.e 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 dépassé.e par les évènements	Oui, la plupart du temps, je me suis senti.e incapable de faire face aux situations	Oui, parfois, je ne me suis pas senti.e aussi capable de faire face que d'habitude	Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations	Non, je me suis senti.e aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis senti.e si malheureux.se 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 senti.e triste ou peu heureux.se	Oui, la plupart du temps	Oui, très souvent	Pas très souvent	Non, pas du tout
9. Je me suis senti.e si malheureux.se 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