Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448720302031
Manuscript_2c277811dd86a929fc4904259d06d7e3

Article original

Usage d'Internet en fin de grossesse chez des femmes primipares : lien avec l'attachement et les troubles anxio-dépressifs

Internet use in late pregnancy in primiparous women: Links with attachment and anxio-depressive disorders

Marie Danet

Université de Lille - Nord de France, Laboratoire Psitec, Pont de Bois BP 60149, 59653 Villeneuve d'Ascq Cedex, France
Tél : 0320416096
Email : marie.danet@univ-lille.fr

Texte reçu le 12 juillet 2019 ; accepté le 2 mars 2020

Résumé

La réactivation des représentations d'attachement au cours de la grossesse peut amener à une recherche de soutien alternatif, sur Internet par exemple. En effet, les spécificités des échanges en ligne facilitent cette recherche de soutien. L'état émotionnel (anxiété, dépression) de la femme enceinte pourrait aussi être lié à un usage d'Internet centré sur la grossesse. L'objectif de cette étude est d'explorer les associations entre l'usage d'Internet concernant la grossesse par les futures mères, leur style d'attachement, leur perception du soutien social et leur niveau d'anxiété et de dépression. Cette étude a été menée auprès de 28 femmes enceintes primipares, au dernier trimestre de grossesse. L'usage d'Internet en lien avec la grossesse, le style d'attachement, le soutien social perçu, le niveau d'anxiété et de dépression ont été évalués par auto-questionnaires. Des analyses de corrélation et de comparaisons de moyenne ont été réalisées. Les résultats montrent une association significative entre un style d'attachement craintif et l'usage d'Internet pour la recherche d'informations. Le score de dépression est significativement associé à l'usage d'Internet pour la recherche d'informations en lien avec la grossesse et pour des conseils et réduire les affects négatifs. Le besoin de réassurance caractérisant l'attachement craintif pourrait se traduire par une multiplication des recherches de sources d'informations pour gérer les questionnements liés à la grossesse. Le lien entre la dépression et l'usage d'Internet interroge néanmoins sur les effets de cet usage sur les symptômes dépressifs.

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the Elsevier user license
https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0/

Mots-clés : Accompagnement ; Angoisse ; Attachement ; Événement de vie ; Grossesse ; Internet ; Psychiatrie périnatale ; Usage

Abstract

Introduction. – The pregnancy of a first child is a life event with a strong emotional impact. Like any life event, pregnancy is a time when the need for comfort and support can be increased. The issues related to attachment will be reactivated in future parents and affect the experience of this transition period. Pregnant women with an insecure attachment style would be particularly vulnerable to experiencing pregnancy-specific anxiety. Furthermore, depending on their representations of attachment relationships, future mothers may perceive their partner as more or less supportive. Faced with a lack of perceived support, expectant mothers could turn to other people. Nevertheless, seeking help and support is not always simple. The Internet could be an alternative source of support and information. Indeed, the specificities of online exchanges can allow another mode of exchange and facilitate the search for support, making the Internet a potential source of support. To face anxiety and depression sometimes experienced during pregnancy, social support is essential. It may help pregnant women to grasp the changes related to her new life. Future mothers with a high level of anxiety and depression, or with anxiety-depressive disorders, could use the Internet to find people with whom to exchange and find answers to their questions. The aim of this study is to explore the Internet use related to pregnancy by expectant mothers in relation to their attachment style, perception of social support, and level of anxiety and depression.

Materials and methods. – This study is cross-sectional and was conducted among a sample of 28 pregnant women (*mean* = 27.10 years; *sd* = 3.70). To recruit participants, advertisements with a link to the survey were posted and shared on social networks. All the women were expecting their first child and were in the last trimester of their pregnancy. The participants completed an anonymous online survey. The survey assessed Internet use related to pregnancy, attachment style, perceived social support level of anxiety and depression by autoquestionnaires.

Results. – Partial correlation analyzes, controlled by time prior to conception, showed a significant relationship between fearful attachment and 1) Internet use for information seeking, 2) Internet use having a perceived effect on emotions. Data revealed that Internet use to exchange and share experiences and emotions is significantly and negatively related to satisfaction of perceived social support. Finally, depression was linked to both Internet use for information seeking and Internet use for counseling and reducing negative emotions.

Conclusion. – The results of this study suggest that pregnant women with fearful attachment use the Internet to search for information related to pregnancy. This use could be explained by the fact that the fearful attachment is often associated with a higher level of stress. The need for reinsurance could then result in a multiplication of sources of information to handle the issues raised by pregnancy. The link between the level of depression and the use of the Internet to reduce negative affects suggests that the Internet can be perceived as a source of support by expectant mothers. However, the link between the level of depression and the use of the Internet for information seeking questions about the effects of this use. Indeed, the information and testimonies collected on the Internet could also lead to depressive symptomatology in future mothers.

Key-words: Anguish; Attachment; Life event; Internet; Perinatal psychiatry; Pregnancy; Support; Use

1. Introduction

La grossesse, en particulier d'un premier enfant, est un événement de vie à fort impact émotionnel. Daniel Stern parle de « crise maturative » en évoquant la maternité [29]. Pendant la période périnatale, les futures et jeunes mères vont être particulièrement vulnérables et se poser de nombreuses questions quant à leur grossesse, leur enfant à naître, leur relation de couple [18]. Comme tout événement de vie marquant, la grossesse est une période au cours de laquelle le besoin de réconfort et de soutien peut être majoré. Selon Bowlby [5], le besoin d'être rassuré entraînerait la recherche de proximité et de réconfort auprès des figures d'attachement. « La maternité va faire renaître chez la mère les expériences d'attachement qu'elle a vécues avec sa propre mère, ses propres parents » [11]. La réactivation des styles d'attachement peut influer sur le vécu de cette période de transition ainsi que sur les comportements et cognitions des futures mères. Les futures mères ayant un style d'attachement insécures seraient en particulier plus vulnérables au vécu d'une anxiété spécifique à la grossesse (ex : peur de l'accouchement, peur des changements liés à la maternité, peur de l'intimité, peurs au sujet de la santé de son bébé et de sa propre santé…) [27]. Dans leur revue de littérature, Reeves et Wendland ont ainsi suggéré que les mères ayant un style d'attachement préoccupé pourraient ressentir plus d'inquiétudes liées à l'accouchement. Les futures mères dont le style d'attachement est évitant éprouveraient une

peur des changements apportées par la maternité, alors que le style d'attachement craintif serait plus lié à des peurs liées à l'intimité [27]. Par ailleurs, le besoin de réconfort et de soutien ne sera pas nécessairement le même pour toutes en fonction des styles d'attachement. Lorsque l'on parle de soutien social, il est nécessaire de faire la distinction entre la « disponibilité », c'est-à-dire le nombre de personnes sur lesquelles un individu pense pouvoir compter, et la « satisfaction », autrement dit le sentiment que le soutien reçu est à la hauteur des attentes et besoins. Les personnes ayant un style d'attachement préoccupé présentent généralement un besoin de proximité important avec leur figure d'attachement, ce qui est moins le cas des personnes sécures ou évitantes. Cette recherche de réconfort et de soutien peut être faite auprès des proches, du conjoint, de la famille, des professionnels de santé. Néanmoins, la satisfaction quant aux soutiens reçus par la personne peut varier en fonction de sa perception de la relation aux autres (i.e. styles d'attachement). Rini et al. ont observé qu'en fonction des représentations qu'elles ont des relations d'attachement, les futures mères perçoivent leur partenaire comme plus ou moins soutenant, l'insécurité d'attachement étant liée à une perception du soutien reçu comme moins satisfaisant [28]. Face à cette insatisfaction du soutien reçu, les futures mères pourraient se tourner vers d'autres sources de soutien. Néanmoins, la formulation d'une demande d'aide et de soutien n'est pas toujours aisée, en particulier pour les personnes insécures pour lesquelles la demande d'aide peut être exprimée de façon indirecte et ne pas conduire au réconfort escompté. Internet pourrait être une source alternative de soutien et d'informations. En effet, Internet est de plus en plus utilisé à des fins de prévention et santé [24] et est devenu une source importante d'informations et de recherche de soutien pour les futurs parents [14]. Selon Bert et ses collègues, 95 % des femmes enceintes consulteraient Internet pour avoir des compléments d'informations parce que cet accès à l'information est rapide, facile et surtout anonyme [3]. Les spécificités des échanges en ligne, parmi lesquelles l'anonymat et l'asynchronie des échanges, permettent un autre mode d'échanges, plus sécurisant pour les personnes insécures [12], et facilitent la recherche de soutien, faisant d'Internet une source de soutien potentielle pour les futures mères. Les personnes préoccupées ont, par exemple, tendance à recourir aux réseaux sociaux en cas d'émotions négatives pour lutter contre le stress ainsi que lorsqu'elles éprouvent un fort sentiment de solitude [25,1]. Par conséquent, les futures mères insécures, lorsqu'elles ne trouvent pas un soutien satisfait auprès de leurs proches ou de leur conjoint, pourraient avoir recours à Internet pour avoir des conseils, du réconfort et chercher des informations.

D'autre part, l'accès à la maternité peut entraîner l'apparition ou l'augmentation du stress, de l'anxiété et des symptômes dépressifs [13] pouvant avoir un impact négatif sur la grossesse, le fœtus et l'accouchement [15]. Face à ces affects négatifs, la présence de l'entourage est essentielle. Le soutien social que peut avoir une future mère l'aidera à appréhender les changements liés à sa nouvelle vie. Capponi et al. ont notamment montré que le soutien social faisait varier le niveau d'anxiété en période pré et postnatale [8]. Glazier et al. ont, quant à eux, mis en évidence des liens entre le niveau de soutien social perçu par des femmes enceintes et une diminution de leur anxiété et dépression [16]. En revanche, selon ces auteurs, la disponibilité ne serait pas liée à une diminution de l'anxiété et de la dépression chez les femmes enceintes de leur étude. On peut donc s'attendre à observer un lien entre le niveau d'anxiété et de dépression des femmes enceintes d'une part, et leur satisfaction du soutien social perçu. Par ailleurs, comme évoqué précédemment, Internet peut être perçu comme une source de soutien par les futurs parents. Les futures mères ayant un niveau d'anxiété et de dépression élevé, ou présentant des troubles anxio-dépressifs, pourraient alors utiliser Internet pour trouver des personnes avec qui échanger et trouver des réponses à leurs questionnements.

L'objectif de cette recherche exploratoire est d'étudier l'usage d'Internet par les futures mères en lien avec leur grossesse, en relation avec leur style d'attachement, leur perception du soutien social et leur niveau d'anxiété et de dépression. Un lien entre l'attachement insécure et l'usage d'Internet pour avoir des conseils, du réconfort et chercher des informations est attendu. Les personnes insécures pouvant percevoir le soutien social comme insatisfaisant, il est attendu que le lien entre attachement insécure et usage d'Internet comme « source d'information et de réconfort » soit médiatisé par le manque de satisfaction dans le soutien social perçu par les femmes enceintes. L'hypothèse d'un lien entre des symptômes anxio-dépressifs, un manque de satisfaction dans le soutien social perçu et un usage d'Internet pour se renseigner, échanger et partager son expérience est également attendu.

2. Méthode

2.1. Participants et procédure

Cette étude a été menée auprès de 28 femmes enceintes primipares, au dernier trimestre de grossesse auto-recrutée en ligne. Les participantes étaient âgées de 20 à 33 ans

(M = 27.10 ans ; ET = 3.70). Il s'agissait d'une grossesse naturelle pour 93 % d'entre elles (deux participantes ont eu recours à la stimulation ovarienne). Les femmes de cet échantillon ont, en moyenne, découvert leur grossesse à 4.96 semaines d'aménorrhée (SA) (de 2 à 12 SA ; ET = 2.39). La durée moyenne entre le projet de grossesse et le début de la grossesse était de 5.64 mois (de 0 à 30 mois ; ET = 6.15). Quatre participantes avaient un antécédent de fausse couche avant 12 SA, deux participantes avaient un antécédent d'interruption thérapeutique de grossesse (ITG). Six participantes ont fait une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans le passé. Parmi les participantes de notre étude, quatre avaient un suivi spécialisé (deux par un diabétologue, une par un psychiatre mensuellement au premier trimestre de la grossesse, une par un psychologue). Hormis une participante qui était séparée, toutes les autres étaient en couple. Soixante-dix-huitpour cent des participantes de l'étude avaient un niveau d'études supérieur ou égal à Bac + 2. La répartition des participantes en fonction de leur milieu de vie était homogène : neuf vivaient en milieu urbain, neuf en milieu semi-urbain et dix en milieu rural.

Après avoir donné leur consentement, les participantes ont répondu volontairement et de façon anonyme à un questionnaire en ligne dans lequel l'usage d'Internet en lien avec la grossesse, le style d'attachement, le soutien social perçu, le niveau d'anxiété et de dépression étaient évalués. Le temps de passation était de 20 à 30 minutes. Le lien vers le questionnaire en ligne a été diffusé sur les réseaux sociaux, sur des forums en ligne en lien avec la grossesse mais aussi sur des forums de santé générale. La collecte des données s'est déroulée sur deux mois.

2.2. Mesures

2.2.1. Mesure de l'utilisation d'Internet autour de la grossesse

Le questionnaire d'usage d'Internet comportait 29 questions évaluées sur une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 5 (toujours). Les deux premières questions permettaient d'évaluer l'usage d'Internet de façon globale *(« En dehors de mes emails, je consulte Internet »* ; *« Je consulte des sites Internet en lien avec ma grossesse »*). Les 27 questions suivantes ont été élaborées de manière à évaluer de façon plus spécifique l'usage d'Internet en lien avec la grossesse et les motivations de cet usage. Les items peuvent être regroupés en quatre sous-échelles :

- l'usage d'Internet pour chercher des conseils et en cas d'affects négatifs, composé de 5 items (ex : *« Je consulte Internet à propos de ma grossesse lorsque je me sens seule »* ; *« Je*

consulte Internet à propos de ma grossesse lorsque j'ai besoin d'un conseil ou d'une information »). L'alpha de Cronbach de cette sous-échelle est de .752 dans cet échantillon.

- l'usage d'Internet pour chercher des informations, composé de 10 items (ex : *« Je regarde des vidéos (Youtube ou autre) faites par des professionnels de la santé à propos de la maternité »* ; *« Je consulte des forums de discussion en ligne et des témoignages d'autres mamans »* ; *« Internet peut me permettre de trouver des informations utiles sur l'accouchement »*). L'alpha de Cronbach de cette sous-échelle est de .825 dans cet échantillon.

- l'usage d'Internet pour échanger et partager, composé de 9 items (ex *: « Je témoigne de ma grossesse sur Internet pour partager mon expérience »* ; *« Je me connecte sur Internet pour échanger avec d'autres personnes à propos de la grossesse (ex : emails, réseaux sociaux…) »* ; *« Je demande des conseils à d'autres mamans sur les forums de discussion en ligne ou sur les réseaux sociaux »*). L'alpha de Cronbach de cette sous-échelle est de .915 dans cet échantillon.

- effet sur les émotions de l'usage d'Internet, composé de 3 items (ex : *« Échanger avec d'autres mamans sur Internet réduit mon anxiété »*). L'alpha de Cronbach de cette sous-échelle est de .855 dans cet échantillon. Pour chaque sous-échelle, un score est obtenu en faisant la moyenne des items la composant, et est donc compris entre 1 et 5. Plus le score est élevé, plus la fréquence des perceptions mesurées par la sous-échelle est élevée.

2.2.2. Mesure des styles d'attachement

Le Relationship Scale Questionnaire (RSQ)[17] a été utilisé pour évaluer les représentations d'attachement. Le choix du RSQ, largement utilisé dans les recherches [22], a été fait car les styles d'attachement qu'il mesure se réfèrent à une gamme de relations plus étendues comparé aux autres (ex : relations amoureuses : *Experiences in Close Relationships* (ECR)[6]). Ce questionnaire est composé de 30 items interrogeant la personne sur son vécu des relations amicales, amoureuses et permet d'obtenir un score par style d'attachement (sécure, préoccupé, détaché et craintif) en combinant les deux dimensions évaluées : le modèle de soi et le modèle d'autrui. Ainsi, un modèle de soi et des autres positif correspond à un attachement sécure ; un modèle de soi positif et un modèle des autres négatif correspond à un attachement évitant ; un modèle de soi négatif et un modèle des autres positif correspond à un attachement préoccupé ; un modèle de soi et des autres négatif correspond à un attachement craintif. Les items sont cotés sur une échelle de Likert en 5 points, de 1 = *« pas*

du tout comme moi » à 5 = *« tout à fait comme moi »*. Pour chaque style d'attachement, une moyenne des items est calculée (après inversion de certains items).

2.2.3. Mesure du soutien social perçu

L'évaluation du soutien social perçu a été faite à partir du questionnaire de Soutien Social de Sarason (SSQ6) [7]. Le choix du SSQ6 a été fait car cet outil permet d'évaluer de façon conjointe le réseau social et le soutien social perçu, deux aspects complémentaires qui seraient tous deux impliqués dans la santé psychique, comme physique [7]. De plus, le SSQ6 « a été validé et est utilisé en période gestationnelle lors de consultations prénatales » [4]. Composé de 6 items, le SSQ6 permet d'évaluer deux aspects du soutien social perçu : la « disponibilité » (nombre de personnes pouvant apporter un soutien ou une aide – réseau social) et la « satisfaction » (adéquation entre le besoin ressenti et le soutien reçu). Pour chaque item, la participante doit indiquer le nombre de personnes (en les nommant ; de 0 à 9) sur lesquelles elle pense pouvoir compter dans les situations décrites (ex : *« Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendue lorsque vous êtes sous pression ou crispée ? »*). Le score total de disponibilité est obtenu en faisant la somme du nombre de personnes indiquées pour chaque item. Le score total de disponibilité est donc compris entre 0 et 54. Pour chaque item, la participante doit également indiquer son degré de satisfaction du soutien obtenu sur une échelle de Likert allant de 1 = Très insatisfait à 6 = Très satisfait. Le score total de satisfaction est obtenu en faisant la somme des scores pour chacun des 6 items. Le score total de satisfaction est donc compris entre 6 et 36.

2.2.4. Mesure du niveau d'anxiété et de dépression

L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [23] a été utilisée pour identifier les symptômes anxieux et dépressifs des participantes et évaluer leur sévérité. Le choix de l'HADS a été fait car elle permet d'exclure les manifestations somatiques pouvant être liées à l'anxiété et la dépression, ce qui est particulièrement approprié pour les femmes enceintes qui pourrait ressentir certains de ces symptômes (ex : nausées, douleurs musculaires, …) du fait de leur grossesse et non en lien avec un état d'anxiété ou de dépression. Outre ces qualités psychométriques, l'HADS a également l'avantage d'être rapide à compléter. De plus, Bocquet et Deruelle, dans leur étude sur l'utilisation des échelles psychométriques pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte, ont recensé sept échelles et précisé que, selon eux, l'HADS est la plus adaptée pour mesurer de façon conjointe les symptômes anxieux et dépressifs dans un contexte obstétrical [4]. L'HADS est un questionnaire de

14 items cotés de 0 à 3 et répartis en deux sous-échelles : anxiété (7 items) et dépression (7 items). Un score est obtenu pour chacune des deux sous-échelles en additionnant le score de chacun des items la composant. Le score total de l'HADS s'obtient en additionnant les scores aux 14 items du questionnaire. Plus le score est élevé, plus la symptomatologie est sévère. Des scores seuils ont été élaborés par Zigmond et Snaith [30] pour les sous-échelles et par Ibbotson et ses collègues [19] pour le score total. Ainsi, pour les sous-échelles, un score compris entre 0 et 7 correspond à une absence de troubles anxieux ou de troubles dépressifs, un score compris entre 8 et 10 correspond à une suspicion de troubles anxieux ou de troubles dépressifs, un score compris entre 11 et 21 correspond à des troubles anxieux ou dépressifs avérés. Concernant le score total de l'HADS, un score compris entre 0 et 14 correspond à une absence de troubles anxio-dépressifs, un score compris entre 15 et 42 à l'existence de troubles anxio-dépressifs.

2.2.5. Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique a été construit pour recueillir des informations sur le profil des participantes (âge, situation familiale, niveau d'étude, milieu de vie, activité professionnelle…) et des informations plus spécifiquement en lien avec la grossesse et les antécédents obstétricaux (antécédent de fausse couche, d'IVG, d'ITG, de déni de grossesse ; grossesse naturelle ou médicalement assistée ; délai entre le projet de grossesse et le début de la grossesse…).

2.3. Analyses de données

Après calcul des statistiques descriptives, le lien entre les variables d'intérêt (attachement, symptômes anxio-dépressifs, soutien social et usage d'Internet) et des variables de contrôle a été testé au moyen d'analyses de corrélation bivariées. Des analyses de corrélation partielles ont été réalisées pour étudier les liens entre les variables d'intérêt. Les liens entre symptômes anxio-dépressifs et usage d'Internet ont été approfondis en comparant les scores liés à l'usage d'Internet en fonction de la sévérité de la symptomatologie anxio-dépressive des participantes. Les liens entre symptômes anxieux et soutien social (disponibilité et satisfaction) ont également été explorés au moyen d'une ANOVA.

3. Résultats

3.1. Statistiques descriptives

Dans l'échantillon de l'étude, la plupart des femmes consultaient des sites Internet en lien avec la grossesse (21.43 % souvent et 64.29 % très souvent). Les scores des participantes aux différentes échelles sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Statistiques descriptives des scores aux questionnaires d'Usage d'Internet, d'attachement (RSQ), de soutien social perçu, de symptômes anxio-dépressifs (HADS) (n = 28)

	Minimum	Maximum	Score Moyen	Écart-type
UI pour chercher des conseils et en cas d'affects négatifs	1.40	4.20	2.88	.79
UI pour chercher des informations	1	3.80	2.50	.70
UI pour échanger et partager	1	3.56	1.73	.72
Effet sur les émotions de l'UI	1	3.33	1.95	.90
Attachement sécure	9	19	14.04	2.40
Attachement craintif	6	19	12.71	3.06
Attachement préoccupé	6	20	12.57	3.22
Attachement détaché	9	21	16.14	3.16
Soutien social perçu – disponibilité*	1	48	17.04	10.05
Soutien social perçu – satisfaction	8	36	29.96	6.24
HADS-dépression	1	16	5.61	3.19
HADS-anxiété	4	15	9.07	3.00
HADS total	6	30	14.68	5.28

Notes : UI = Usage d'Internet ; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale ; * *n = 25 car trois données manquantes pour cette sous-échelle.*

Les femmes de cette étude ont un score de disponibilité dans le soutien social perçu légèrement inférieur aux femmes de l'étude de l'adaptation française (M = 20 ; ET = 9.1) mais un score de satisfaction du soutien social perçu similaire aux femmes de l'étude de l'adaptation française (M = 31.1 ; ET = 4)[21].

Dans cet échantillon, 28.6 % des femmes ne présentent pas de trouble anxieux (soit n = 8), 35.7 % ont une suspicion de troubles anxieux (soit n = 10) et 35.7 % présentent des

troubles anxieux avérés (soit n = 10). 82.1 % des femmes ne présentent pas de trouble dépressif (soit n = 23), 10.7 % ont une suspicion de troubles dépressifs (soit n = 3) et 7.1 % présentent des troubles dépressifs avérés (soit n = 2). Lorsque l'on observe le score total de l'HADS, on constate que 53.6 % des femmes de cette étude (soit n = 15) ne présentent pas de trouble anxio-dépressif contre 46.4 % (soit n = 13) qui présentent des troubles anxio-dépressifs.

3.2. Statistiques préliminaires

Afin d'évaluer les liens entre des caractéristiques de la population étudiée (âge, niveau d'études, délai entre le projet et le début de grossesse ou « délai de conception ») et les variables d'intérêt, des analyses de corrélation ont été menées. Seul un lien significatif entre le « délai de conception » et l'usage d'Internet pour chercher des conseils et en cas d'affect négatif a été observé ($r = .39$, $p < .05$). Par conséquent, le « délai de conception » a été contrôlé dans les analyses principales.

3.3. Analyses statistiques principales

Le tableau 2 présente les analyses de corrélations partielles entre l'usage d'Internet en lien avec la grossesse, l'attachement, le soutien social perçu et les symptômes anxio-dépressifs, avec contrôle du « délai de conception ».

3.3.1. Lien entre l'usage d'Internet, l'attachement et le soutien social perçu

Les analyses de corrélations partielles présentées dans le tableau 2 montrent un lien significatif entre l'attachement craintif et l'usage d'Internet pour la recherche d'informations ($r = .46$, $p < .05$) ainsi qu'entre l'attachement craintif et l'usage d'Internet ayant un effet sur les émotions ($r = .43$, $p < .05$). On observe également un lien significatif et négatif entre la satisfaction du soutien social perçu et l'usage d'Internet pour échanger et partager ses expériences et émotions ($r = -.39$, $p < .05$). Seule une tendance à la significativité a été mise en évidence entre l'attachement craintif et le score de disponibilité. Les personnes craintives tendent à reporter moins de personnes sur qui compter ($r = .40$, $p < .10$).

Tableau 2. Corrélations partielles entre l'usage d'Internet, l'attachement, le soutien social perçu et les symptômes anxio-dépressifs

	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.	1.	2.
1. UI pour chercher des conseils et en cas d'affects négatifs												
2. UI pour chercher des informations	**48***											
3. UI pour échanger et partager	12	20										
4. UI pour un effet sur les émotions	12	29	**73*****									
5. Attachement sécure	16	03	11	.01								
6. Attachement craintif	28	**46***	28	**43***	.35^{t}							
7. Attachement préoccupé	.10	.22	10	22	.32	09						
8. Attachement détaché	22	35^{t}	12	04	.29	**46***	.04					
9. Soutien social perçu – disponibilité	.20	.27	.31	.25	07	40^{t}	09	.11				
10. Soutien social perçu – satisfaction												

	.18	.18	**.39***	.29	.07	.07	.21	04	**46***			
11.HADS-dépression												
	38*	**54****	14	04	09	03	.06	.01	.32	.28		
12.HADS-anxiété												
	24	36^{t}	14	06	08	18	08	11	.03	.11	**46***	
13.HADS total												
	37^{t}	**53****	17	06	11	12	01	07	.21	.24	**86*****	**84*****

Notes. ^{t} <.10 * <.05 ** <. 01 *** <. 001 - *UI = Usage d'Internet ; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale*

3.3.2. Lien entre l'usage d'Internet, les symptômes anxio-dépressifs et le soutien social perçu

Les analyses de corrélations partielles avec contrôle du « délai de conception » (tableau 2) ont mis en évidence un lien significatif entre le score de dépression et l'usage d'Internet pour la recherche d'informations en lien avec la grossesse (r = .54, p <.01). Le lien entre le score de dépression et l'usage d'Internet pour chercher des conseils et en cas d'affects négatifs est également significatif (r = .38, p <.05). Des *t-test* ont été réalisés pour comparer les moyennes aux différents scores des femmes enceintes ne présentant pas de trouble anxio-dépressif (score total à l'HADS compris entre 0 et 14 ; n = 15) et des femmes enceintes présentant des troubles anxio-dépressifs (score total à l'HADS compris entre 15 et 42 ; n = 13). Une différence de moyenne a été mise en évidence pour l'usage d'Internet pour la recherche d'informations (t (26) = -3.00, p <.01). Les femmes enceintes présentant des troubles anxio-dépressifs utilisent davantage Internet pour rechercher des informations en lien avec la grossesse que les femmes enceintes ne présentant pas ces troubles (respectivement M = 2.87 ; ET = .55 et M = 2.17 ET =.66). Les analyses de corrélations partielles n'ont mis en évidence aucun lien significatif entre les scores de soutien social perçu et les différents scores à l'HADS. En revanche, une ANOVA réalisée entre les différents niveaux de symptomatologie de troubles anxieux (absence de trouble anxieux ; suspicion de troubles anxieux ; troubles anxieux avérés) a mis en évidence une différence significative ($F_{3, 25}$ = 3.55, p < .05) pour le score de satisfaction de soutien social perçu, le groupe de femmes enceintes ayant une suspicion de troubles anxieux présentant un score de satisfaction du soutien social un peu plus élevé que les participantes des deux autres groupes.

4. Discussion

Les résultats de cette étude semblent indiquer que les femmes enceintes ayant un attachement craintif utilisent Internet pour rechercher des informations en lien avec la grossesse. Ils indiquent également que ces femmes auraient le sentiment que leur usage d'Internet ait un effet sur leurs affects (les futures mères rapportent qu'échanger avec d'autres mamans peut, par exemple, augmenter ou réduire leur anxiété). Ces liens pourraient être expliqués par le fait que l'attachement craintif est souvent associé à un niveau de stress plus important [21]. Le besoin de réassurance pourrait alors se traduire par une multiplication des sources d'information pour gérer les questionnements soulevés par la grossesse. En effet, les femmes enceintes ayant un style d'attachement craintif tendent à rapporter moins de

disponibilité dans le soutien social qu'elles perçoivent. Autrement dit, dans notre échantillon, l'attachement craintif tend à être lié à un réseau social plus restreint, selon les réponses des participantes.

Le lien observé entre l'attachement craintif et l'effet de l'usage d'Internet sur les émotions, rapporté par les futures mères, suggère qu'Internet pourrait être utilisé pour accompagner les femmes insécures dans cette période de transition. Les professionnels de santé pourraient intervenir auprès de ces femmes, parfois peu enclines à formuler une demande d'aide en face-à-face [9]. Cela pourrait par exemple passer par un service d'échanges en ligne anonyme avec un professionnel de santé dont le lien serait fourni aux futures mères lors de l'entretien prénatal précoce.

Le lien entre le niveau de dépression et l'usage d'Internet pour réduire les affects négatifs semble indiquer qu'Internet peut être perçu comme une source de soutien par les futures mères. Certains programmes de prévention pour la santé des femmes enceintes ont ainsi émergé au cours des deux dernières décennies. Par exemple, Corno et al. ont réalisé des interventions en ligne basées sur la psychologie positive et ont observé un effet sur une réduction de la symptomatologie des femmes enceintes de leur étude [10]. Il est toutefois important de prendre en considération l'aspect bidirectionnel du lien entre dépression et usage d'Internet pour la recherche d'informations. En effet, les informations et témoignages recueillis sur Internet pourraient également avoir un effet potentialisateur de la symptomatologie dépressive des futures mères. Par conséquent, la qualité des informations et la modération des sites autour de la grossesse (ex : recensement des sites « de qualité » par des professionnels ou des services de périnatalité reconnus ; labellisé des sites sur un modèle similaire au label « Hôpital ami des bébés »), et plus largement autour de l'accès à la parentalité, sont essentielles pour prévenir les effets négatifs de l'usage des nouvelles technologies comme auxiliaire de santé. D'ailleurs, après avoir fait le constat que la grande majorité des femmes enceintes cherchent des informations en ligne relatives à leur grossesse et peuvent y trouver de mauvaises informations ou interpréter de façon erronée les bonnes informations, Bert et al. suggèrent que les professionnels de santé devraient guider les femmes enceintes dans leur recherche d'informations sur Internet [3]. Le développement d'applications *evidence-based* pour l'accompagnement à la grossesse semble être une bonne alternative aux sites Internet généralistes [9].

Contrairement à ce qui était attendu au regard de l'étude de Glazier et ses collègues [16], aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre le niveau d'anxiété des futures mères et le soutien social perçu. Cela pourrait s'expliquer par la taille importante de

l'échantillon dans l'étude de Glazier et al. ainsi que par les outils utilisés. En effet, la mesure des symptômes anxieux et dépressifs a été réalisée au moyen de deux questionnaires différents (la version état du *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) : symptômes anxieux ; le *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D) : symptômes dépressifs), ce qui permet une mesure plus large de la symptomatologie anxio-dépressive. Pour la mesure du soutien social, Glazier et ses collègues ont utilisé le *Measure of Perceived Social Support* (MPSS). Cette mesure évalue le niveau de soutien social perçu par les personnes sans en mesurer la satisfaction. Néanmoins, Capponi et ses collègues ont retrouvé un résultat similaire à la présente recherche au premier temps de leur étude (pendant la grossesse) en mesurant l'anxiété au moyen du STAI et le soutien social avec le SSQ6 [8]. Capponi et al. ont subdivisé, au moyen d'analyses factorielles, la dimension « satisfaction » du soutien social perçu évaluée par le SSQ6 en trois sous-dimensions (soutien pratique, soutien affectif, soutien informatif). Dans leur étude, seul le soutien pratique était lié de façon négative et significative avec l'anxiété. Dans la présente étude, une différence de satisfaction du soutien social a tout de même été observée entre les différents niveaux de symptomatologie de troubles anxieux ; les participantes présentant une suspicion de troubles anxieux ont rapporté un niveau de satisfaction un peu plus élevé. Bien qu'ils soient à considérer avec prudence au regard du nombre de participantes, ces résultats pourraient suggérer d'une part que le lien entre troubles anxieux et satisfaction du soutien social pourrait varier au cours de la grossesse, et d'autre part, il serait également possible que les femmes enceintes, en fonction de leur niveau d'anxiété, aient recours à des stratégies de demandes d'aides plus ou moins efficaces, pouvant influer sur le soutien social reçu.

La présente étude comporte de nombreuses limites puisqu'il s'agit d'une étude préliminaire. Une première limite tient à la taille de l'échantillon qui nécessite que cette étude soit répliquée sur un échantillon plus large. Une seconde limite est le niveau d'éducation des participantes plus élevé que la population française. En effet, alors que 44,7 % des 25-34 ans étaient diplômées de l'enseignement supérieur en France en 2014 [26], 78 % des participantes de l'étude ont un niveau d'étude supérieur ou égal à Bac +2. Cet écueil, fréquent dans les recherches en psychologie, invite à la prudence quant à la généralisation des résultats. Une autre limite tient au questionnaire utilisé pour évaluer l'usage d'Internet en lien avec la grossesse qui n'a pas fait l'objet d'une validation. Néanmoins, les coefficients de cohérence internes des différentes sous-échelles le composant étant relativement élevés, cela permet de nuancer quelque peu cette limite. L'existence d'une dépression avant la grossesse n'a pas été contrôlée, ce qui constitue également une limite à cette étude exploratoire. Pour finir, il

convient de rappeler que la présente étude exploratoire est une étude transversale, il n'est donc pas possible de conclure à une relation de cause à effet dans les liens observés.

5. Conclusion

Malgré les limites évoquées, cette recherche exploratoire peut permettre d'alimenter la réflexion en termes de prises en charge des femmes enceintes, en particulier dans le contexte de la primiparité, d'autant plus lorsque l'on connaît l'importance de la santé psychique et du sentiment de compétence parentale de la mère, et des parents en général, sur le développement psycho-affectif de l'enfant. Les premiers résultats de cette recherche suggèrent ainsi qu'Internet pourrait être utilisé par les professionnels de la périnatalité pour apporter soutien et conseils à un plus grand nombre de futures mamans. Corno et al. ont par exemple mis au point un programme d'intervention en ligne basé sur la psychologie positive pour soutenir le bien-être psychique et réduire la symptomatologie dépressive durant la grossesse [10]. La prise en compte du style d'attachement de la future mère ainsi que de l'existence de symptômes anxio-dépressifs semble importante dans la mise en place de programme d'accompagnement personnalisé via les nouvelles technologies. Les programmes en ligne pourraient ainsi être construits pour répondre différemment aux besoins d'informations et de soutien en fonction des représentations d'attachement. Ils pourraient par exemple être particulièrement favorables pour les personnes évitantes qui peuvent être distantes avec les professionnels de santé et avoir plus de difficultés à adhérer aux soins [20,2]. Ils pourraient aussi être favorables aux personnes hyperactivant leur système d'attachement en période de stress, telle que la grossesse, et peuvent avoir une demande de réassurance très importante, pas toujours possible à satisfaire par les professionnels de santé dont les contraintes temporelles sont importantes [20,2]. Dans le prolongement de la réplication de cette recherche à un plus grand échantillon, l'évaluation des représentations d'attachement par un entretien permettrait de distinguer la part de l'attachement parental et marital dans les liens observés avec l'usage d'Internet dans un contexte d'accès à la parentalité.

Remerciements : Remerciements à Capucine Liénard, Jennifer Schmit et Coryne Dumetz, étudiantes en psychologie à l'université de Lille, pour leur participation à cette recherche.

Conflit d'intérêt : à compléter

Références

[1] Arseneault JM. The role of attachment in young adults' use of Facebook for coping. Electronic Theses and Dissertations. University of Windsor, 2012.

[2] Attale C, M. Consoli S. Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. La Presse Médicale 2005;34:42–8. https://doi.org/10.1016/S0755-4982(05)83883-7.

[3] Bert F, Gualano MR, Brusaferro S, De Vito E, de Waure C, La Torre G, et al. Pregnancy e-health: A multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. Journal of Epidemiology and Community Health 2013;67:1013–8. https://doi.org/10.1136/jech-2013-202584.

[4] Bocquet C, Deruelle P. Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2014;43:587–92. https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.06.003.

[5] Bowlby J. Attachment and loss. New York, NY US: Basic Books; 1980.

[6] Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. Attachment theory and close relationships., New York, NY US: Guilford Press; 1998, p. 46–76.

[7] Bruchon-Schweitzer M, Rascle N, Gélie F, Fortier C, Sifakis Y, Constant A. Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6): Une adaptation française. = The Sarason's Social Support Questionnaire (SSQ6): A French adaptation. Psychologie Française 2003;48:41–53.

[8] Capponi I, Bacro F, Boudoukha AH. Effets différentiels des types de soutien social sur l'anxiété maternelle périnatale. Bulletin de psychologie 2013;Numéro 525:209–24.

[9] Carissoli C, Villani D, Riva G. An Emerging Model of Pregnancy Care: The Introduction of New Technologies in Maternal Wellbeing. Integrating Technology in Positive Psychology Practice, Hershey PA, USA: IGI Global; 2016, p. 164–94.

[10] Corno G, Etchemendy E, Espinoza M, Herrero R, Molinari G, Carrillo A, et al. Effect of a web-based positive psychology intervention on prenatal well-being: A case series study. Women Birth 2018;31:e1–8. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.005.

[11] Danet M. Un psy chez les tout-petits ? L'abécédaire. Savigny-Sur-Orge (France): Editions Philippe Duval; 2016.

[12] Danet M, Miljkovitch R. Monde virtuel : enjeux et risques liés à l'attachement. Psychologie Française 2017;62:57–83. https://doi.org/10.1016/j.psfr.2015.10.002.

[13] Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications

for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry 2012;25:141–8. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680.

[14] Fleming SE, Vandermause R, Shaw M. First-time mothers preparing for birthing in an electronic world: Internet and mobile phone technology. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2014;32:240–53. https://doi.org/10.1080/02646838.2014.886104.

[15] Gallois T, Wendland J, Tordjman S. Effets du stress prénatal sur le fœtus et les données périnatales : une revue critique de la littérature. L'Évolution Psychiatrique 2012;77:291–301. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.01.006.

[16] Glazier R, Elgar F, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2004;25:247–55. https://doi.org/10.1080/01674820400024406.

[17] Guédeney N, Fermanian J, Bifulco A. La version Française du Relationship Scales Questionnaire de Bartholomew (RSQ, questionnaire des échelles de relation): Étude de validation du construit. L'Encéphale: Revue de Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique 2010;36:69–76. https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.12.006.

[18] Hamelin-Brabant L, Montigny F de, Roch G, Deshaies M-H, Mbourou-Azizah G, Silva RBD, et al. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. Sante Publique 2015;Vol. 27:27–37.

[19] Ibbotson T, Maguire P, Selby P, Priestman T, Wallace L. Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. Eur J Cancer 1994;30A:37–40.

[20] Jimenez XF. Attachment in medical care: A review of the interpersonal model in chronic disease management. Chronic Illness 2017;13:14–27.
https://doi.org/10.1177/1742395316653454.

[21] Kidd T, Hamer M, Steptoe A. Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. Psychoneuroendocrinology 2011;36:771–9. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.10.014.

[22] Kurdek LA. On being insecure about the assessment of attachment styles. Journal of Social and Personal Relationships 2002;19:811–34.

[23] Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Documents Pour Le Médecin Du Travail 2011;117:481–5.

[24] Masi L, Herba C, Garel P. Projet pilote : exploration de l'utilisation d'Internet et des médias sociaux chez un groupe d'adolescents ayant participé à Espace Transition. Ann Méd-Psychol 2019;177:319–26.

https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.04.009.
[25] Oldmeadow JA, Quinn S, Kowert R. Attachment style, social skills, and facebook use amongst adults. Computers in Human Behavior 2013;29:1142–9.
https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.10.006.
[26] Poulet-Coulibando P, Testas A. Le niveau d'études de la population et des jeunes. L'état de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en France n°10 - Avril 2017 2017. https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/10/EESR10_ES_20-le_niveau_d_etudes_de_la_population_et_des_jeunes.php.
[27] Reeves N, Wendland J. Style d'attachement, maternité et anxiété spécifique à la grossesse. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2017;65:211–8.
https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2017.03.001.
[28] Rini C, Schetter CD, Hobel CJ, Glynn LM, Sandman CA. Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. Personal Relationships 2006;13:207–29. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00114.x.
[29] Stern DN, Bruschweiler-Stern N, Freeland A. La naissance d'une mère. Odile Jacob; 1998.
[30] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361–70.