

SOUTENIR LES FAMILLES APRÈS UN DÉCÈS PÉRINATAL

MÉMOIRE PRÉSENTÉ PAR LE CENTRE D'ÉTUDES
ET DE RECHERCHE EN INTERVENTION FAMILIALE
ET LA CHAIRE DE RECHERCHE DU CANADA SUR
LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE DES FAMILLES

Dr Francine de Montigny, Ph.D.

Dr Chantal Verdon, Ph.D.

Dr Sophie Meunier, Ph.D.

Sabrina Zeghiche, Ph.D. (c)

Dominique Lalande, Inf.

Marie-Christine Williams-Plouffe



Auteurs :

Dr Francine de Montigny, Ph.D.

Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles
Chercheuse boursier sénior-Fonds de recherche Québec Santé (FRQS)
Directrice du Centre d'études et de recherche en intervention familiale
Directrice du groupe de recherche Paternité, Famille et Société
Université du Québec en Outaouais

Dr Chantal Verdon, Ph.D.

Professeure en sciences infirmières
Chercheuse au Centre d'études et de recherche en intervention familiale
Chercheuse au Groupe de recherche Paternité, Famille et Société
Université du Québec en Outaouais

Dr Sophie Meunier, Ph.D.

Professeure au département de psychologie
Directrice du Laboratoire de recherche sur la santé au travail
Chercheuse au Groupe de recherche Paternité, Famille et Société
Université du Québec à Montréal

Sabrina Zeghiche, Ph.D. (c),

Professionnelle de recherche
Coordonnatrice de la Chaire de recherche sur la santé psychosociale des familles
Université du Québec en Outaouais

Dominique Lalande, Inf.

Assistante de recherche
Centre d'études et de recherche en intervention familiale
Université du Québec en Outaouais

Marie-Christine Williams-Plouffe

Stagiaire en travail social
Centre d'études et de recherche en intervention familiale
Université du Québec en Outaouais

Coordination de la rédaction du mémoire

Francine de Montigny, Ph.D., Professeure en sciences infirmières
Titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles
Université du Québec en Outaouais

Soutien financier

Les auteurs remercient les organismes suivants, soit le Fonds de recherche du Québec - Santé, Movember Canada, le programme des Chaires de recherche du Canada, le Fonds de recherche du Québec – Société et culture et le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, qui ont financé la réalisation des travaux de recherche canadiens soutenant le présent mémoire.



Chaires de recherche
du Canada

Canada Research
Chairs



Infographie et mise en page

Ghyslaine Lévesque, graphiste - ghyslaine.levesque@gmail.com

Il est possible d'obtenir des copies de ce document
(en format PDF) en s'adressant à :

Francine de Montigny
Université du Québec en Outaouais
283, boul. Taché, C.P. 1250, succ. Hull
Gatineau (Québec) Canada J8X3X7
Francine.demontigny@uqo.ca
Cerif.uqo.ca

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée
à la condition de mentionner la source de la manière suivante :
deMontigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Zeghiche, S., Lalande,
D. Williams-Plouffe, M.C. (2018). *Soutenir les familles après
un décès périnatal*. Mémoire présenté au comité HUMA par le
Centre d'études et de recherche en intervention familiale et la
Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des
familles. Gatineau, QC : CERIF/UQO.

Résumé

Près de 100 000 couples canadiens vivent chaque année un décès périnatal, qu'il soit précoce (20 premières semaines de grossesse) ou tardif (entre 21 semaines de grossesse et les 6 premières semaines de vie du bébé). Malgré la prévalence de ce type de décès et ses répercussions psychosociales, des associations internationales telles l'International Stillbirth Alliance¹ déplorent depuis de nombreuses années les ruptures de services dans l'accompagnement des couples suite à un décès périnatal². Alors que l'Ontario a adopté, en 2015, le projet de Loi 141 qui vise, entre autres, une articulation entre les engagements politiques et l'harmonisation du soutien à long terme aux parents en deuil^{3; 4}, le Québec est à la traîne sur cet enjeu précis, comme le reste du Canada. Bien que la politique de périnatalité québécoise 2008-2018⁵ énonce plusieurs recommandations en termes de sensibilisation accrue au deuil périnatal et de soutien à l'égard des familles, dans les faits, le soutien à moyen et long termes demeure peu structuré et organisé. Plus précisément, l'offre de services de santé et sociaux aux parents en deuil est fragmentée, inégale selon les régions, et peu souvent inclusive des pères⁶. Les retombées documentées au plan de la santé mentale des pères et des mères, ainsi que des effets sur la relation conjugale indiquent l'urgence de mieux soutenir les parents vivant le décès de leur enfant en période périnatale⁷⁻¹², ce qui fait du décès périnatal un enjeu de société qu'il faut impérativement adresser.

Ce mémoire s'appuie sur les résultats issus d'une programmation de recherche comprenant un ensemble de six études réalisées au Québec de 2010 à 2019, et vise à dresser un portrait des services aux parents québécois⁶, à caractériser l'expérience des parents lors d'un décès périnatal précoce¹³ ou tardif^{4-6,11, 12} au plan de la santé mentale, conjugale, et professionnelle de même que des conséquences sur le développement des enfants, de sorte à proposer un ensemble de recommandations.

Survivance du décès périnatal

On estime que 20 à 25% des grossesses se terminent par un décès périnatal précoce ou tardif^{14; 15}. Au Canada, pour 376 000 enfants vivants, cela représente environ 100 000 décès. Deux constats majeurs se dégagent. D'une part, les services de santé et sociaux à l'égard des familles canadiennes en deuil sont inégaux entre les provinces, entre les régions ainsi qu'à l'intérieur même des régions. D'autre part, l'accès à un congé parental payé est inégal. Alors qu'il est quasi inexistant pour les pères, il varie pour les mères selon la province de résidence et la durée de la grossesse. Cette non-reconnaissance du deuil cantonne le père au rôle de géniteur et de pourvoyeur financier. Au vu du manque actuel de ressources, les parents sont souvent obligés de se prévaloir de « congés de maladie » pour pouvoir vivre leur deuil, avec des conséquences à moyen et long termes sur leur admissibilité aux assurances¹⁶.

Les séquelles d'un décès périnatal sur la santé mentale

Pourtant, les séquelles d'un décès périnatal, sur les deux parents, sont réelles. Depuis plus de 20 ans, les études réalisées au plan international¹⁷⁻¹⁹, ainsi qu'au Québec²⁰⁻²³, mettent en évidence que les deux parents vivent une lourde perte et un chagrin intense lors de cet événement et des réactions similaires au fil du temps. Le décès périnatal, et le deuil subséquent, ont des effets délétères importants sur la santé mentale des femmes et des hommes, et ce, jusqu'à 5 ans après le décès. De nombreuses études ont ainsi dévoilé l'ampleur de la dépression, de l'anxiété et du deuil, qui peut se complexifier au fil du temps^{11; 24}. Plus récemment, on commence à s'intéresser à la somatisation et au stress post-traumatique liés à un décès périnatal^{11; 21}. Une récente étude québécoise a révélé que 16 % des femmes ayant perdu un enfant au cours des 20 premières semaines de grossesse avaient eu des pensées suicidaires^{25 26}. Ces symptômes persisteraient durant la grossesse suivante^{27; 28} et seraient présents même après la naissance de l'enfant suivant²⁹.

Les séquelles au plan de la relation conjugale et du développement des enfants subséquents

Bien que certains couples peuvent se rapprocher après un décès périnatal, cet événement occasionne un risque accru de tensions conjugales, de séparations et de divorces, avec les coûts sociaux associés^{30 31}. Cela a aussi des effets sur le développement des enfants, nés avant ou après le décès périnatal. D'ailleurs, des études tendent à démontrer qu'un enfant né d'une mère dépressive sera davantage prédisposé à souffrir de dépression plus tard^{32,33}, alors que les bébés féminins pourraient même transmettre ce gène enflammé à la génération suivante. L'anxiété prénatale (accrue chez les femmes ayant perdu un bébé) serait aussi liée à un risque accru de naissances prématurées³⁴. Des effets postnataux ont été également documentés chez l'enfant lorsqu'un de ses deux parents est dépressif : risque accru de dépression, d'anxiété³⁹, ainsi que de troubles intériorisés et extériorisés pendant l'enfance et à l'âge adulte³⁸.

Les effets du manque de reconnaissance du deuil dans la société-et au travail

Le manque de reconnaissance du deuil périnatal se voit dans les espaces médicaux (santé et services sociaux), familiaux (famille étendue) et sociaux (amis). On constate toutefois que c'est dans

l'espace du travail où la non reconnaissance est la plus marquée³⁵. En effet, les quelques études s'étant intéressées au sujet indiquent que le deuil périnatal est souvent considéré comme un sujet tabou dans les organisations, ce qui amène les parents à vivre leur deuil en silence³⁶. De plus, les parents rapportent une difficulté à obtenir un congé de deuil, et devoir souvent assumer les coûts associés à un congé sans solde. Les modalités de retour au travail sont souvent rigides ; le retour progressif ou la prolongation de congé étant rarement accordés. L'emphase sur la productivité, l'efficacité et la rentabilité fait en sorte que les parents reçoivent souvent des commentaires dénigrant leur chagrin et l'ampleur de leur perte³⁷. Par ailleurs, le retour précoce des pères au travail, par manque de congé disponible, résulte bien souvent en une distanciation de soi, des difficultés au sein du couple, et un isolement social²⁰.

Les conséquences d'un retour au précoce au travail : présentéisme/absentéisme

Étant donné l'intensité et les conséquences à long terme du deuil périnatal, il n'est pas étonnant de constater que plusieurs parents réintègrent leur emploi alors qu'ils présentent encore un niveau élevé de détresse psychologique. Cette réalité est particulièrement saillante chez les pères pour qui les congés accordés suite à un décès périnatal sont minimales. Il en résulte évidemment un haut taux d'absentéisme et de présentéisme¹.

Des conséquences économiques : coût de l'absentéisme et du présentéisme au Canada

Au Canada, les coûts associés à la maladie mentale s'élèveraient à 51 milliards de dollars par année, dont près de 20 milliards liés à une perte de productivité au travail³⁸. Les coûts associés au présentéisme seraient habituellement 5 à 10 fois plus élevés que ceux de l'absentéisme. Dans le cas de la dépression seulement, les coûts d'absentéisme avoisineraient 2,5 milliards par année, contre 6,8 milliards par année pour le présentéisme³⁹. Ainsi, les symptômes de dépression, de deuil et d'anxiété seraient liés à une baisse de productivité (26 % du travail normal après 30 jours), des difficultés de concentration, de moins bonnes habiletés de résolution de problèmes et de prise de décisions et davantage d'accidents de travail⁴⁰. Aucune étude n'a mesuré le coût économique d'un retour précoce au travail après un décès périnatal, toutefois, nos études ont révélé la détresse des parents qui se voient enjointes de recouvrer un niveau de productivité et d'efficacité identique à celui qu'ils avaient avant le décès de leur bébé, le sentiment de solitude des mères qui se retrouvent à gérer leur deuil seules, sans leur conjoint, et les situations de présentéisme/absentéisme qui se soldent par un congé maladie longue durée, une démission, voire un congédiement.

Encadré : propos de pères au sujet du deuil et du travail

« Ce serait important de pouvoir prendre congé parce qu'on souffre autant que la mère peut-être pas physiquement, mais au niveau psychologique on souffre autant. Sept jours après que le bébé décède ça passe trop vite, puis on n'a pas le temps de récupérer. »

¹ Le fait de se présenter au travail mais de voir sa performance altérée à cause de son état de santé.

« Je combattais mes émotions pour essayer d'être fort pour les deux. J'étais pas capable de travailler, j'étais inutile au bureau. Mon directeur m'a appelé à son bureau pour voir comment j'allais puis je suis tombé en pleurs dans son bureau. »

« Ça s'est passé en janvier. Je suis revenu travailler mi-fin janvier puis fin mars, je perdais mon emploi parce que ça fonctionnait plus là. Eux autres, ils disaient que j'avais perdu la passion. »

En conclusion : des conséquences économiques directes et indirectes encore méconnues

Nos études, réalisées au Québec, ont démontré que les parents vivant un décès périnatal précoce ou tardif ont recours de manière répétitive aux services sociaux et de santé après la fausse couche, et de manière accrue dans les mois qui suivent ainsi que lors de la grossesse suivante. Il s'ensuit des coûts pour le système de santé qui ne sont pas documentés. Parallèlement, les coûts sociaux et familiaux, en termes de conséquences psychologiques sur les enfants déjà présents dans la famille ainsi que sur les membres de la famille étendue (ex. les grands-parents) ne sont pas négligeables. On méconnaît aussi les conséquences d'un tel événement sur les familles d'origines culturelles diverses ou récemment immigrées, qui composent déjà avec les stress de l'immigration. Enfin, bien que les coûts associés aux problèmes de santé mentale en milieu de travail soient documentés, la partie de ces coûts attribuable au deuil périnatal demeure méconnue.

Recommandations

1^{ère} recommandation : Pour Statistiques Canada

Considérant que le Canada ne dispose pas de statistiques précises pour toutes les catégories de décès périnataux, ceux-ci étant documentés de manière inconstante dans chaque province,

Considérant que cette absence de statistiques influe sur les budgets alloués en recherche et dans les services de santé pour soutenir ces parents,

Il est recommandé d' :

- Exiger que les provinces établissent des statistiques précises et complètes.

2^{ième} recommandation : Pour les responsables des campagnes sociétales de reconnaissance du deuil

Considérant que tant les pères que les mères ont besoin d'être reconnus dans leur deuil,

Considérant que cette reconnaissance se réalise à travers une plus grande visibilité des décès périnataux dans la société,

Il est recommandé de :

- Promouvoir et mettre sur pied des campagnes de sensibilisation qui reconnaissent l'ampleur du deuil dans la vie des personnes : parents, fratrie, familles, intervenants.

3^{ème} recommandation : Pour les ministères provinciaux et fédéraux concernés, dont Service Canada

Considérant que les parents ont besoin de temps pour récupérer de ce deuil, tant au plan physique que mental,

Considérant que les couples ont besoin d'être connectés dans leur deuil,

Il est recommandé d' :

- Offrir un congé de deuil flexible aux deux parents, d'une durée de 24 semaines, période identifiée comme la plus intense au plan des symptômes de deuil⁴⁴¹, de dépression et d'anxiété²⁵⁵.

4^{ème} recommandation : Pour les responsables de la planification en matière de santé publique et d'éducation dans les ministères fédéraux et provinciaux

Considérant les constats découlant du besoin d'intégration des services,

Considérant que les actions politiques pour soutenir les parents en deuil doivent cibler différents niveaux ministériels (fédéraux, ex. Service Canada, Santé Canada; provinciaux : ex. Ministère de la santé et des services sociaux; Ministère de la famille; Ministère de l'emploi et de l'immigration; et municipaux, ex. politiques de santé au travail, politiques familiales),

Il est recommandé de :

- Dresser un portrait pancanadien des services aux parents en deuil,
- Développer un site Web informatif exhaustif et à jour, à la fois pour les parents, le grand public et pour les professionnels de la santé, qui informe sur le deuil et répertorie les services aux parents et comprend une ligne d'écoute. (ex. <https://www.beyondblue.org.au/>; INSPQ <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/deces-et-deuil-perinatal>; ex. https://www.cchst.ca/topics/wellness/mentalhealth/#ctgt_wb-auto-8

5^{ème} recommandation : Pour les cadres responsables du développement des pratiques dans les établissements de services

Considérant que les parents ont le droit d'être accompagnés par du personnel sensible et compétent, qui reconnaît leur spécificité culturelle et leurs trajectoires de deuil, et ce, tout au long du continuum de soin,

Considérant l'absence d'un corridor de services efficient et efficace pour accompagner ces couples, tant intra-hospitalier⁴² qu'extrahospitalier, et la grande détresse des mères^{25; 423} et des pères²¹ au fil du temps,

Il est recommandé de :

- Développer, implanter et évaluer des trajectoires de soins et de services de l'intra-hospitalier jusqu'à la naissance de l'enfant suivant,
- Intégrer des approches inclusives des pères tout au long de la trajectoire de soins et de services,

- Évaluer les effets des services (ex. Early Pregnancy Clinic-EPAC) et des pratiques au sein de ces services sur les parents (ex. groupes de deuil).

6^{ième} recommandation : Pour les gestionnaires et employeurs

Considérant le manque de reconnaissance du deuil périnatal dans les milieux de travail,

Il est recommandé d' :

- Implanter des programmes de sensibilisation au deuil en milieu de travail,
- Outiller les intervenants des Programmes d'aide aux employés, ainsi que les gestionnaires par des ateliers-formations.

7^{ième} recommandation : Pour les responsables de programmes dans les établissements de formation professionnelle

Considérant le manque de connaissances et le sentiment d'incompétence des professionnels de la santé à l'égard des familles en deuil⁴⁴,

Considérant le rôle de la formation professionnelle dans le développement de valeurs et croyances adoptées par les professionnels,

Considérant que, dans les établissements de formation et la formation en cours d'emploi, il existe encore peu de contenu spécifique au développement de pratiques à l'égard des personnes en deuil et que cela nuit au sentiment de compétence des professionnels de la santé,

Il est recommandé de :

- Développer, implanter et évaluer des programmes de formation des professionnels de la santé, des cours en ligne et des ateliers réflexifs de formation,
- Former des formateurs pancanadiens et implanter des formations innovantes reconnues telles « Accompagner les pères en deuil », « Fausse couche à l'urgence », « Deuil des intervenants », « Vivre un deuil périnatal ».

8^{ième} recommandation : Pour les organismes subventionnaires fédéraux et provinciaux et les chercheurs impliqués dans la recherche sur le deuil périnatal

Considérant le besoin d'avancer les connaissances, de développer les pratiques et les services adaptés aux besoins des familles endeuillées canadiennes,

Considérant la prédominance des études qualitatives et transversales, le peu d'études d'envergure réalisées au Canada, et le peu d'informations sur les effets de diverses interventions mises en place auprès des parents endeuillés,

Il est recommandé de :

- Mettre sur pied du financement pour des équipes et des projets concernés par le domaine prioritaire de recherche du phénomène du deuil en général, et en particulier auprès de clientèles ciblées,

- Mesurer et documenter par des études longitudinales interdisciplinaires, les effets à long terme de l'expérience de décès périnatal sur la santé physique et psychosociale des parents, des couples, de la fratrie et des familles,
- Mesurer et documenter précisément les conséquences directes et indirectes du deuil périnatal sur le milieu de travail, le système de santé ainsi que les familles qui vivent cet événement,
- Examiner les expériences de deuil périnatal de groupes vulnérables, tels les immigrants, les réfugiés, les autochtones, les familles LGBTQ, les mères porteuses, etc., leurs besoins et développer des stratégies de soutien auprès de ces groupes,
- Documenter l'expérience des intervenants qui accompagnent les familles endeuillées, afin de mieux les soutenir.

Références

1. Homer, C. S. E., Malata, A., & Ten Hoop-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *The Lancet*, 387(10018), 516-517.
2. International Society for the Study and Prevention of Perinatal and Infant Death. (www.ispid.org).
3. Legislative Assembly of Ontario. (2015). Bill 141, Pregnancy and Infant Loss Awareness, Research and Care Act, 2015. <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-41/session-1/bill-141>
4. Pregnancy & Infant Loss Network. (<https://pailnetwork.sunnybrook.ca/>).
5. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67395>
6. de Montigny, F., Verdon, C., Lacharité, C., & Baker, M. (2010). Décès périnatal : Portrait des services aux familles au Québec. *Perspectives infirmières*, 17(5), 24-27.
7. Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 27(4), 245-256.
8. Vance, J., Boyle, F., Najman, J., & Thearle, M. (2002). Couple distress after sudden infant or perinatal death: A 30-month follow up. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 38(4), 368-372.
9. de Montigny, F., & Beaudet, L. (1997). *Lorsque la vie éclate : l'impact de la mort d'un enfant sur la famille*. Montréal: Éditions du Renouveau pédagogique.
10. Huffman, C. S., Schwartz, T. A., & Swanson, K. M. (2015). Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage. *Women's Health Issues*, 25(5), 570-578.
11. Murphy, S., Shevlin, M., & Elklit, A. (2014). Psychological Consequences of Pregnancy Loss and Infant Death in a Sample of Bereaved Parents. *Journal of Loss and Trauma*, 19(1), 56-69.
12. Lacroix, P., Got, F., Callahan, S., & Séjourné, N. (2016). La fausse couche : du côté des hommes. *Psychologie française*, 61(3), 207-217.
13. de Montigny, F., Verdon, C., Dubeau, D., Devault, A., St-André, M., Tchouaket Nguemeleu, É., & Lacharité, C. (2017). Protocol for evaluation of the continuum of primary care in the case of a miscarriage in the emergency room: a mixed-method study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 124.
14. Robinson, G. E. (2014). Pregnancy loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 169-178.
15. Tulandi, T., & Al-Fozan, H. (2011). Spontaneous abortion: Risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. *UpToDate*.
16. Cyr, C. (2018). *Communication personnelle*. Gatineau.
17. Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2016). Couple's Relationship After the Death of a Child: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies*, 25(1), 30-53.
18. Paris, G. F., de Montigny, F., & Marisa Pelloso, S. (2016). Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 546-553.
19. Paris, G., de Montigny, F., Carvalho, M., & Pelloso, S. (2014). Coping with stillbirth from the perspective of the mother: a time-series analysis. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 13(S1).

20. de Montigny, F., Verdon, C., Lord-Gauthier, J., & Gervais, C. (2017). *Décès périnatal : le deuil des pères*. Montréal (Québec): Éditions du CHU Sainte-Justine, le centre hospitalier universitaire mère-enfant.
21. de Montigny, F., & Verdon, C. (accepté, 2018). L'expérience du décès périnatal : un traumatisme méconnu pour les hommes. Dans B. Bayle (Éd.), *Traumatismes psychiques en périnatalité*. Paris: Éditions Eres.
22. de Montigny, F., Verdon, C., & McGrath, K. (2015). Death, Grief and Culture: Perinatal Death in Canada. Dans J. Cacciatore, & J. DeFrain (Éds.), *The World of Bereavement: Cultural Perspectives on Death in Families* (pp. 179-208). New York: Springer.
23. De Montigny, F., & Verdon, C. (2012). L'expérience de la famille d'un décès périnatal. Dans F. de Montigny, A. Devault, & C. Gervais (Éds.), *La naissance d'une famille: accompagner les parents et leurs enfants en période périnatale*. (pp. 316-337). Montréal: Chenelière Éducation.
24. Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, (198), 373-378.
25. de Montigny, F., Verdon, C., Meunier, S., & Dubeau, D. (2017). Women's persistent depressive and perinatal grief symptoms following a miscarriage: the role of childlessness and satisfaction with health care services. *Archives of Women's Mental Health*, 655-662. doi: 10.1007/s00737-017-0742-9
26. Shi, P., Ren, H., Li, H., & Dai, Q. (2018). Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors. *Psychiatry Research*, 261, 298-306.
27. Shapiro, G. D., Séguin, J. R., Muckle, G., Monnier, P., & Fraser, W. D. (2017). Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(2), 121-132.
28. Bayrampour, H., Vinturache, A., Hetherington, E., Lorenzetti, D. L., & Tough, S. (2018). *Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature*. (Vol. 36, pp. 476-503): Routledge.
29. deMontigny, F., Girard, M.-E., Lacharité, C., Dubeau, D., & Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(1), 44-49.
30. Albuquerque, S., Narciso, I., & Pereira, M. (2018). Dyadic coping mediates the relationship between parents' grief and dyadic adjustment following the loss of a child. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(1), 93-106.
31. Fiese, B. H., Buyukcan-Tetik, A., Finkenauer, C., Schut, H., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2017). The Impact of Bereaved Parents' Perceived Grief Similarity on Relationship Satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 31(4), 409-419.
32. Doyle, C., Cicchetti, D., Davis, E. P., Hankin, B. L., Swales, D. A., & Hoffman, M. C. (2018). An experimental test of the fetal programming hypothesis: Can we reduce child ontogenetic vulnerability to psychopathology by decreasing maternal depression? *30(3)*, 787-806.
33. Davis, E. P., Hankin, B. L., Swales, D. A., & Hoffman, M. C. (2018). An experimental test of the fetal programming hypothesis: Can we reduce child ontogenetic vulnerability to psychopathology by decreasing maternal depression? *Development and Psychopathology*, 30(3), 787-806.
34. Doktorchik, C., Premji, S., Slater, D., Williamson, T., Tough, S., & Patten, S. (2018). Patterns of change in anxiety and depression during pregnancy predict preterm birth. *Journal of Affective Disorders*, 227, 71-78.

35. Zeghiche, S., de Montigny, F., & Lopez, J. (soumis). Le deuil périnatal : repenser le concept de (non) reconnaissance sociale. *SociologieS*.
36. Porschitz, E. T., & Siler, E. A. (2017). Miscarriage in the Workplace: an Autoethnography. *Gender, Work and Organization*, 24(6), 565-578.
37. de Montigny, F., Lalande, D., Lord-Gauthier, J., Verdon, C., & Lauzier, M. (soumis, 2018). What determines bereaved fathers' work attendance and consequences. *Gender, Work & Organization*.
38. Lim, K. L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 28(3), 92-98.
39. Evans-Lacko, S., & Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525-1537.
40. Bertilsson, M., Petersson, E.-L., Stlund, G., Waern, M., & Hensing, G. (2013). Capacity to work while depressed and anxious a phenomenological study. *Disability & Rehabilitation*, 2013, Vol.35(20), p.1705-1711, 35(20), 1705-1711.
41. Tseng, Y. F., Cheng, H. R., Chen, Y. P., Yang, S. F., & Cheng, P. T. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5133-5142.
42. de Montigny, F., Verdon, C., Meunier, S., Gervais, C., & Côté, I. (soumis, octobre 2018). Women's mental health following a miscarriage: the influence of personal and contextual variables. *Texto e Contexto Enfermagem*.