

Variables liées à la dépression postnatale chez la clientèle d'un CLSC montréalais

Marc BERTHIAUME, Ph.D.

Marc LAPORTA, M.D.

Catherine LAROCHE, M.D.

*Institut Allan Memorial, Hôpital Royal Victoria
Montréal*

La dépression postnatale est un phénomène qui fait l'objet, depuis les quinze dernières années, d'un intérêt croissant de la part des cliniciens et des chercheurs. Toutefois, malgré la publication de nombreux travaux, la mesure de la dépression postnatale, de même que l'identification de ses facteurs de prédisposition, donnent toujours lieu à des résultats contradictoires. En effet, les conclusions des recherches varient selon le type de population étudiée, la méthode de recrutement, les critères d'inclusion et les caractéristiques de l'instrument utilisé pour évaluer l'intensité des symptômes présents chez les mères (Romito, 1990).

La présente étude a pour but d'évaluer la prévalence de la dépression postnatale au sein de la clientèle d'un centre de soins de première ligne (CLSC) de Montréal et d'identifier certaines dimensions liées à une plus grande détresse psychologique chez ces femmes.

Les auteurs désirent remercier Mmes Carole Plouffe, Paule Bachand et Ruth Richler pour leur précieuse collaboration. Ils tiennent également à exprimer leur reconnaissance à l'équipe d'infirmières de la clinique de vaccination du CLSC La Petite Patrie, leur aide ayant été indispensable à la réalisation de cette recherche.

Cette étude de dépistage s'inscrit dans un plus vaste projet portant sur l'efficacité de l'intervention de couple pour le traitement de la dépression postnatale, d'où un intérêt particulier pour les variables liées à la relation conjugale.

Il convient de préciser ce que nous entendons par dépression postnatale puisque plusieurs auteurs ont souligné le manque de précision dans la définition des différents types de troubles dépressifs de la période post-partum. Pitt (1968) définit la dépression postnatale (ou post-partum) comme l'ensemble des symptômes suivants : pleurs, abattement, labilité émotionnelle, diminution de la libido, sentiment d'incompétence et de culpabilité relié au rôle maternel, anxiété, irritabilité, préoccupations hypocondriaques. Ces symptômes peuvent apparaître chez une femme au cours de la période commençant deux semaines après l'accouchement et se terminant vers le huitième mois. La dépression postnatale est différente du « cafard du post-partum » (ce que les auteurs anglophones ont appelé les « post-partum blues »). Le cafard du post-partum est observé chez environ deux tiers des mères, dans les dix jours qui suivent la naissance de l'enfant. Il s'agit d'une condition bénigne qui ne dure habituellement que quelques heures et qui n'a aucune conséquence à court terme ou à long terme sur le fonctionnement de la mère (Hopkins *et al.*, 1984 ; Saks *et al.*, 1985). La dépression postnatale doit également être distinguée de la psychose post-partum, qui correspond à une réaction psychotique grave apparaissant au cours des quatre premières semaines après l'accouchement et qui est caractérisée par des hallucinations et des manifestations délirantes. La prévalence de cette pathologie est estimée à un cas sur mille naissances (Kendell *et al.*, 1987).

La satisfaction conjugale constitue, selon plusieurs chercheurs, un excellent prédicteur de l'adaptation en post-partum (Braverman et Roux, 1978 ; Kumar et Robson, 1984). Le manque de soutien de la part du conjoint, tant au plan émotif qu'au plan pratique (soins donnés à l'enfant, partage des tâches domestiques) semble également contribuer à la mésadaptation de la mère. D'autres études soulignent l'importance du soutien provenant de personnes, autres que le conjoint, qui font partie du réseau social de la mère (Cutrona, 1984 ; O'Hara, 1986). Cet appui de l'entourage peut exercer un effet protecteur sur l'adaptation de la femme, qui est par ailleurs influencée par l'impact des événements stressants dont elle fait l'expérience. Certains auteurs (Gotlib *et al.*, 1991 ; O'Hara *et al.*, 1991 ; Paykel *et al.*, 1980) ont en effet montré que les stress qui se produisent pendant la grossesse, de même que ceux qui surviennent au cours de l'année précédant la conception, peuvent entraîner des difficultés postnatales importantes.

En plus des facteurs psychologiques, les chercheurs se sont intéressés à d'autres variables pouvant être liées à la dépression post-partum. Parmi les facteurs démographiques, certaines études suggèrent que l'âge de la mère, son niveau de scolarité et son statut socioéconomique sont susceptibles d'influencer l'adaptation à la naissance du nouveau-né (Brown et Harris, 1978 ; Paykel *et al.*, 1980). Plusieurs auteurs se sont intéressés au rôle prédictif de certaines variables physiologiques et hormonales pour l'identification des mères dépressives ; toutefois, jusqu'à présent, les résultats obtenus se sont avérés modestes ou contradictoires (George et Sandler, 1988 ; O'Hara *et al.*, 1991).

MÉTHODOLOGIE

Échantillon et déroulement de l'étude

Cent sept femmes ont été rencontrées alors qu'elles se présentaient au CLSC pour le premier vaccin DCT (diphtérie-coqueluche-tétanos) de leur enfant, celui-ci étant âgé d'environ huit semaines à ce moment. Après l'administration du vaccin, les infirmières ont informé les mères de la possibilité de participer à l'étude ; celles qui ont accepté ont ensuite été invitées à rencontrer l'agent de recherche. Après avoir répondu aux questions des participantes, l'agent de recherche a alors procédé à l'administration des questionnaires.

Au total, 149 mères et/ou pères ayant un enfant de huit semaines se sont présentés pour le vaccin DCT au cours des onze mois pendant lesquels, un après-midi par semaine, l'agent de recherche était présent au CSLC. Dans les rares cas où le père est venu seul avec le bébé, il lui a été demandé de remettre à sa conjointe une enveloppe affranchie contenant les questionnaires. Onze questionnaires ont été remis aux parents afin d'être postés par la suite et, de ce nombre, six n'ont pas été retournés. Dix-huit femmes ont refusé de participer à l'étude, la plupart d'entre elles étant de très jeunes mères. Dix-huit autres femmes n'ont pu participer parce qu'elles ne parlaient ni français ni anglais, qui sont les deux langues dans lesquelles les questionnaires étaient disponibles.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Cet instrument a été développé par les auteurs de la présente recherche et vise à recueillir des informations telles que l'âge de la mère, son statut civil, son niveau de scolarité, le type d'emploi qu'elle occupe et le nombre d'enfants qu'elle a eus jusqu'à maintenant.

Une seconde partie du questionnaire porte, lorsqu'il y a lieu, sur la relation conjugale de la mère. Des informations sont recueillies concernant la durée de cette relation, l'âge du conjoint et son occupation. Il est également demandé à la mère d'évaluer, sur des échelles en 10 points, sa perception de l'adaptation de son conjoint à la naissance de l'enfant, sa perception de l'aide apportée par le conjoint pour le soin du bébé et pour les travaux ménagers. La mère doit aussi évaluer, sur une échelle en 10 points, le degré auquel son conjoint peut avoir tendance à la critiquer ; cet item a été inclus en raison des travaux de Hooley *et al.* (1989) qui démontrent que la critique du conjoint est associée à un plus haut taux de rechute chez les femmes qui souffrent de troubles dépressifs. De plus, il est demandé à la mère s'il lui arrive fréquemment de penser que son conjoint ne l'aime pas, item qui s'est avéré un prédicteur de la dépression au cours du postpartum dans le cadre de la recherche de Braverman et Roux (1978).

Le questionnaire développé pour les fins de cette étude recueille des informations sur le soutien donné par la mère du sujet et sur le soutien que procure le réseau social (amis, voisins, famille élargie) ; la mère doit évaluer, sur des échelles en 10 points, sa perception de ce soutien. La répondante doit également décrire la façon dont elle a nourri l'enfant depuis sa naissance (exclusivement au sein, allaitement mixte, allaitement en premier, suivi du biberon, ou exclusivement au biberon). Il lui est demandé d'évaluer, sur des échelles en 5 points, le degré auquel elle trouve agréable de nourrir son enfant et à quel point elle trouve fatigant de nourrir le bébé. La mère doit indiquer s'il elle est originaire du Canada et, sinon, dans quel pays elle est née. Enfin, il est offert à la mère de laisser son nom et son numéro de téléphone si elle est intéressée à participer à un programme d'intervention pour le traitement de difficultés émotionnelles postnatales.

Échelle postnatale d'Édimbourg

Afin d'évaluer le niveau de symptomatologie dépressive, l'instrument retenu est l'échelle postnatale d'Édimbourg (Cox, Holden et Sagovsky, 1987). Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 10 items, chacun d'eux décrivant différents symptômes typiques de la dépression postnatale. Les items portent, entre autres, sur la culpabilité (« je me suis fait des reproches inutiles quand les choses ont mal tourné »), l'anxiété (« j'ai été nerveuse ou je m'inquiétais sans motif valable »), le sentiment d'être débordée (« les choses m'ont accablée ou dépassée ») et les idées suicidaires (« la pensée de me faire du mal m'est venue à l'esprit »). La valeur diagnostique de l'échelle a été établie en utilisant le Research Diagnostic Criteria de Spitzer *et al.* (1975 ; voir Cox *et al.*, 1987), ce qui implique la comparaison avec une entrevue

diagnostique menée par un clinicien. Cox *et al.* (1987) présentent un coefficient d'homogénéité de 0,88 ; cette étude de validation ainsi qu'une étude plus récente sur un échantillon recruté dans la communauté (Murray et Carothers, 1990) révèlent une sensibilité et une spécificité satisfaisantes. Le score total correspond à l'addition des cotes obtenues aux 10 items. Selon les indications fournies par les auteurs, un seuil discriminant de 13 est adopté.

RÉSULTATS

Profil de l'échantillon

L'âge moyen des répondantes était de 27,94 ans (ET = 5,78), la plus jeune ayant 16 ans, et la plus âgée, 41 ans. Il s'agissait d'un premier bébé pour un peu plus de la moitié des mères (56,1 %) alors que 29 % avaient déjà un autre enfant, 11,2 % avaient deux autres enfants et 3,7 % avaient trois autres enfants.

La grande majorité des mères (89,6 %) ont dit qu'elles étaient mariées ou qu'elles vivaient avec un conjoint de fait et 11 femmes, soit 10,3 % de l'échantillon, ont dit qu'elles étaient sans conjoint. L'âge moyen des conjoints était de 31,4 ans (ET = 6,34) et la durée moyenne de la relation conjugale était de 4,18 ans (ET = 3,21), variant de 1 mois à 16 ans. Le conjoint était le père biologique dans 97 % des cas.

Les mères qui composent l'échantillon avaient, en moyenne, 12,77 années (ET = 2,92) de scolarité, ce qui correspond à un secondaire complété ou à une première année de collégial, selon le parcours de chacune. En ce qui concerne leur occupation, 46,7 % travaillaient dans le secteur des services ou étaient employées de bureau alors que 21,5 % étaient professionnelles. Les autres répondantes (31,8 %) étaient des étudiantes ou n'occupaient pas d'emploi rémunéré.

Prévalence de la dépression post-partum

Presque le quart de l'échantillon, soit 23,6 % des répondantes, ont obtenu une cote égale ou supérieure à 13 à l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg. En multipliant la valeur d'un énoncé (allant de 0 à 3) par le nombre de répondantes l'ayant endossé, il est possible d'identifier quels items ont été le plus fortement cotés ; il s'agit des items 3) « je me suis fait des reproches inutiles quand les choses ont mal tourné », 4) « j'ai été nerveuse ou je m'inquiétais sans motif valable » et 6) « les choses (tâches, événements, émotions) m'ont accablée ou dépassée ».

Mode adopté pour nourrir le bébé

Trente-cinq mères (32,7 % de l'échantillon) ont dit qu'elles nourrissaient leur bébé au sein exclusivement. L'allaitement mixte était pratiqué par 13,1 % des répondantes et 21,5 % des mères ont dit qu'elles avaient nourri leur enfant à la bouteille dès sa naissance. Une certaine proportion (30,8 %) des répondantes, ont commencé par allaiter le bébé puis, pour différentes raisons, ont opté pour le biberon. Pour ces femmes, la durée moyenne de l'allaitement avant l'interruption est de 4,32 semaines.

Comparaison des femmes dépressives et non dépressives

Cette étude s'inscrivant dans une recherche sur l'intervention de couple pour la dépression postnatale, seules les réponses des femmes ayant un conjoint ont été considérées pour les analyses de comparaison entre les mères dépressives et non dépressives. Ces comparaisons ont été faites au moyen de tests-t et de Chi-carrés, selon l'échelle de mesure de la variable en question.

Le tableau 1 présente des résultats concernant les liens entre certaines variables de couple et le niveau de dépression post-partum. Les analyses indiquent que les femmes dépressives ont tendance à percevoir l'aide que leur apporte leur conjoint pour le soin de l'enfant comme étant moins satisfaisante, comparativement à la perception rapportée par les femmes non dépressives. La perception de l'adaptation du conjoint à la naissance de l'enfant est également significativement plus faible chez les femmes dépressives que chez les autres répondantes. Les femmes qui ont obtenu une cote supérieure ou égale à 13 au EPDS ont davantage tendance à ressentir que leur conjoint ne les aime pas et la durée de leur union conjugale est significativement moindre que celle rapportée par les mères de l'autre groupe. Aucune différence significative entre les deux groupes n'est observée concernant l'aide apportée par le conjoint pour les travaux domestiques et la tendance de ce dernier à critiquer sa partenaire.

Le tableau 2 permet de constater l'absence de relation significative entre la dépression postnatale et la satisfaction des répondantes par rapport au soutien provenant de leur mère et au soutien reçu du réseau social. Ce tableau met également en relief le fait que les mères dépressives ne diffèrent pas significativement des autres mères au niveau de leur âge. On observe cependant une différence significative entre les deux groupes de répondantes en ce qui a trait à leur niveau de scolarité, que ce dernier soit mesuré en années ou en niveaux. En

TABLEAU 1
Comparaison des femmes dépressives et non dépressives

Variables	EPDS < 13 (n=75)	EPDS ≥ 13 (n=20)	T	P
Aide du conjoint pour le soin du bébé	8,08	6,35	2,23	0,04
Aide du conjoint pour les travaux domestiques	7,55	6,15	1,68	ns
Perception de l'adaptation du conjoint à la naissance du bébé	8,72	7,35	2,43	0,02
Durée de la relation actuelle	4,55	2,80	2,85	0,006
Tendance du conjoint à critiquer	2,78	3,45	1,16	ns
			X ²	P
Ressent souvent qu'elle n'est pas aimée de son conjoint				
Oui	14,9 %	42,9 %	7,71	0,006
Non	85,1 %	57,1 %		

TABLEAU 2
Comparaison des femmes dépressives et non dépressives

Variables	EPDS < 13 (n=81)	EPDS ≥ 13 (n=25)	T	P
Satisfaction par rapport au soutien provenant de leur mère	7,39	6,91	0,60	ns
Satisfaction par rapport au soutien provenant du réseau	7,55	6,80	1,34	ns
Âge de la mère	28,24	27,04	0,90	ns
Années de scolarité	13,18	11,42	2,65	0,009
			X ²	P
Niveau de scolarité				
Primaire/Sec. incomplet	14,1 %	45,8 %	11,36	0,01
Secondaire	24,4 %	20,8 %		
Collégial	25,6 %	12,5 %		
Universitaire	35,9 %	20,8 %		
Pays d'origine				
Canada	72,2 %	65,2 %	0,41	ns
Autre	27,8 %	34,8 %		

effet, les résultats indiquent que les mères dépressives sont, en moyenne, moins scolarisées et qu'elles sont surreprésentées parmi les femmes n'ayant pas terminé un diplôme d'études secondaires. Ce tableau montre également que les deux groupes de répondantes ne comptent pas des proportions différentes de femmes immigrantes.

Le tableau 3 indique la présence d'une différence significative entre mères dépressives et non dépressives au niveau du mode utilisé pour nourrir le bébé. En effet, les résultats de l'étude montrent que les femmes dépressives sont, en comparaison des répondantes de l'autre groupe, surreprésentées dans la catégorie des mères ayant tout d'abord allaité leur enfant puis opté pour le biberon. Inversement, les femmes non dépressives sont significativement plus nombreuses dans la catégorie des mères allaitant leur enfant depuis sa naissance, ce qui se retrouve moins fréquemment chez les mères dépressives. Ce tableau illustre également que les deux groupes ne diffèrent pas en regard du nombre d'enfants (parité) et que la planification de la naissance du nouveau-né n'est pas une variable associée à la présence de la dépression postnatale.

TABLEAU 3
Comparaison des femmes dépressives et non dépressives

Variables	EPDS < 13 (n=81)	EPDS ≥ 13 (n=25)	X ²	P
Mode utilisé pour nourrir le bébé				
Sein exclusivement	40,7 %	8,0 %	10,24	0,02
Bouteille exclusivement	21,0 %	24,0 %		
Sein, puis bouteille	24,7 %	48,0 %		
Mixte/Autre	13,6 %	20,0 %		
Planification de la grossesse				
Oui	58,0 %	60,0 %	0,03	ns
Non	42,0 %	40,0 %		
Rang du bébé dans la fratrie				
1 ^{er}	53,1 %	64,0 %	1,52	ns
2 ^e	29,6 %	28,0 %		
3 ^e et plus	17,3 %	8,0 %		

On retrouve, dans le tableau 4, des résultats montrant que le type d'occupation n'est pas significativement lié à la présence de dépression post-partum. Enfin, on constate une tendance plus marquée chez les femmes dépressives à laisser à l'équipe de recherche leurs

nom et numéro de téléphone afin d'être rappelées pour participer à un programme d'intervention de couple pour le traitement de la dépression postnatale.

TABLEAU 4
Comparaison des femmes dépressives et non dépressives

Variables	EPDS < 13 (n=81)	EPDS ≥ 13 (n=25)	X ²	P
Occupation de la mère				
Services, vente, bureau	45,1 %	52,0 %	0,65	ns
Professionnelles, cadres	23,2 %	16,0 %		
Étudiantes/ au foyer	31,7 %	32,0 %		
Nom / téléphone laissés à l'équipe de recherche				
Oui	49,4 %	80,0 %	7,29	0,007
Non	50,6 %	20,0 %		

DISCUSSION

Cette recherche avait pour but de cerner la prévalence de la dépression post-partum parmi la clientèle de la clinique de vaccination d'un CLSC montréalais et d'identifier certaines variables liées à la présence d'un haut niveau de symptômes dépressifs environ huit semaines après la naissance de l'enfant. Une attention particulière a été portée à certaines variables ayant trait à la relation conjugale puisque cette étude s'inscrivait dans le cadre d'une recherche sur les effets d'une intervention de couple pour le traitement de la dépression postnatale.

La prévalence de la dépression postnatale pour cet échantillon est de 23,6 %, ce qui est sensiblement plus élevé que la prévalence observée par Lussier, David, Saucier et Borgeat (soumis pour publication), qui ont également utilisé l'échelle d'Édimbourg auprès d'un échantillon de mères québécoises. Ces chercheurs ont en effet constaté qu'environ 15 % des femmes de leur échantillon souffraient de dépression post-partum au cours des six mois suivant leur accouchement. Il est possible que cet écart puisse être expliqué par la différence entre les méthodes de recrutement utilisées. En effet, le Dr Saucier et ses collègues ont principalement recruté leurs sujets par la voie d'annonces

placées dans des journaux tandis que, pour la présente recherche, les mères ont été recrutées lors de leur visite au CLSC. La présence continue de l'agent de recherche à la clinique du CLSC a pu faire en sorte qu'un plus grand nombre de répondantes à risque ont consenti à participer à l'étude, ces sujets pouvant être moins portées à répondre à une annonce publiée dans un journal.

La forte prévalence de dépression postnatale observée dans la présente recherche peut aussi être expliquée par le moment auquel la mesure du niveau de symptômes dépressifs a été prise, c'est-à-dire suite à l'administration du premier vaccin au bébé. La réaction habituelle des nourrissons au vaccin, qui est généralement caractérisée par des pleurs, a en effet pu influencer l'état affectif de certaines mères et contribuer à l'augmentation de leur symptomatologie dépressive. Il importe toutefois de souligner que, à l'intérieur du déroulement de l'expérience, l'agent de recherche devait s'assurer que les mères avaient eu le temps de reconforter leur bébé avant de répondre aux questionnaires.

Les résultats indiquent que certaines variables ayant trait à la relation conjugale sont liées à la présence d'un haut niveau de dépression postnatale. Les mères dépressives ont eu plus tendance à percevoir l'aide reçue de leur conjoint pour le soin du bébé comme étant moins satisfaisante et elles ont décrit l'adaptation de leur conjoint à la naissance du bébé comme moins bien réussie. Ces résultats suggèrent que ces femmes sentent parfois qu'elles portent seules la responsabilité de prendre soin de leur bébé et que le conjoint ne participe pas pleinement aux tâches qu'entraîne l'arrivée de l'enfant. Pour certaines mères, il semble donc que le fait d'avoir un enfant, au lieu d'être la réalisation d'un projet de couple, devienne un fardeau à assumer.

Autres variables conjugales liées à la présence de dépression postnatale, le fait de parfois ressentir un manque d'amour de la part du conjoint et une durée moindre de la relation conjugale suggèrent qu'une certaine insécurité vis-à-vis de cette relation peuvent contribuer à la détresse de la mère. On peut envisager que l'arrivée de l'enfant, avec tous les réaménagements et les adaptations qu'elle implique, est susceptible de raviver ou d'exacerber certaines difficultés déjà présentes dans un couple et qu'elle peut également déstabiliser l'équilibre atteint par certains couples récemment formés.

L'ensemble de ces résultats concernant les liens entre la relation conjugale et la dépression chez la mère laissent croire qu'une intervention de couple, axée sur une plus grande communication entre les parents, de même que sur un partage des tâches qui tienne compte des besoins

de tous les membres de la famille, peut être appropriée pour aider les femmes aux prises avec ce type de détresse psychologique.

La relation significative observée entre le mode utilisé pour nourrir le bébé et la dépression postnatale peut être expliquée à la lumière des exigences sociales que certaines femmes peuvent percevoir en regard du caractère préférable attribué à l'allaitement maternel. En effet, les femmes dépressives étant surreprésentées parmi la catégorie des femmes qui ont interrompu l'allaitement, il est possible qu'un sentiment d'échec ou d'avoir été inadéquate puisse exercer une influence sur l'intensité des symptômes dépressifs de la mère. Deux autres explications peuvent aussi être envisagées ; en effet, les femmes dépressives étant moins scolarisées, il est possible qu'il y ait un lien entre un plus faible niveau de scolarité et le fait de ne pas allaiter et d'avoir arrêté l'allaitement. Également, la fatigue qui peut être entraînée par la dépression peut avoir des répercussions sur les décisions de la mère concernant le mode utilisé pour nourrir l'enfant. Une étude plus approfondie des croyances et des attentes des mères par rapport à l'allaitement, de même qu'une exploration de leur préparation à cette réalité au cours de la grossesse, pourrait permettre de nuancer et de clarifier ces résultats.

Parmi les variables sociodémographiques qui ont été corrélées à la dépression postnatale, un niveau de scolarité plus faible suggère qu'il importe de tenir compte de telles dimensions dans une tentative d'explication des causes de cette pathologie. En effet, les mères moins scolarisées peuvent avoir plus de difficultés à obtenir des informations pouvant les préparer aux réalités du post-partum. Un niveau socioéconomique plus faible peut signifier un accès plus limité à des ressources telles que des gardiennes ou de l'aide domestique, ressources qui peuvent aider les mères à se dégager de l'impression d'être confinées au rôle maternel.

Il importe de souligner que les variables identifiées comme des corrélats de la dépression postnatale dans la présente recherche ne peuvent être considérées comme des facteurs de causalité. Il s'agit en effet d'une étude où la dépression et ses prédicteurs ont été évalués concurremment, ne permettant pas de conclure quant à la direction de la relation observée. Par exemple, il est possible qu'une participation insuffisante du conjoint au soin de l'enfant contribue à la dépression de la mère tout comme on peut envisager qu'un affect dépressif déjà présent puisse influencer négativement la perception de la mère en regard de l'apport de son conjoint. Notons toutefois que les résultats concernant les variables de soutien ne vont pas tous dans une même direction, indiquant que les perceptions des mères dépressives ne sont

pas nécessairement influencées par l'affect dépressif. Ces interrogations témoignent de la pertinence d'études longitudinales où le niveau de symptômes dépressifs et la satisfaction conjugale sont évaluées à plusieurs reprises au cours de la grossesse et pendant la période postnatale.

Les analyses présentées ci-dessus permettent d'identifier la présence et la force d'un lien significatif entre la dépression postnatale et différentes variables psychosociales ; elles ne permettent pas d'évaluer la contribution relative de chacun de ces prédicteurs à la variance de l'affect dépressif. Des analyses multivariées (en cours) pourraient permettre de contrôler les intercorrélations entre les prédicteurs et rendre compte, de façon plus précise, de l'impact respectif que peuvent avoir ces éléments sur le bien-être de la mère au cours de la période postnatale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BRAVERMAN, J. et J. F. ROUX (1978), « Screening for the patient at risk for post-partum depression », *Obstetrics and Gynecology*, vol. 52, p. 731-736.
- BROWN, G. W. et T. HARRIS (1978), *Social origins of depression : A study of psychiatric disorder in women*, New York, Free Press.
- COX, J. L., J. M. HOLDEN et R. SAGOVSKY (1987), « Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale », *British Journal of Psychiatry*, vol. 150, p. 782-786.
- CUTRONA, C. E. (1984), « Social support and stress in the transition to parenthood », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 93, p. 378-390.
- GOTLIB, I. H., V. E. WHIFFEN, P. M. WALLACE et J. H. MOUNT (1991), « Prospective investigation of post-partum depression : Factors involved in onset and recovery », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 100, p. 122-132.
- HOOLEY, J. M. et J. D. TEASDALE (1989), « Predictors of relapse in unipolar depressives : Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 98, p. 229-235.
- HOPKINS, J., M. MARCUS et S. B. CAMPBELL (1984), « Post-partum depression : A critical review », *Psychological Bulletin*, vol. 95, p. 498-515.
- KENDELL, R. E., J. C. CHALMERS et C. PLATZ (1987), « Epidemiology of puerperal psychosis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 150, p. 662-673.
- KUMAR, R. et K. M. ROBSON (1984), « A prospective study of emotional disorders in childbearing women », *British Journal of Psychiatry*, vol. 144, p. 35-47.

- LUSSIER, V., H. DAVID, J. F. SAUCIER et F. BERGEAT (1994), « Self-rating assessment of postnatal depression : A comparison of the Beck Depression Inventory and the Edinburgh Postnatal Depression Scale », article soumis à la revue *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.
- MURRAY, L. et A. D. CAROTHERS (1990), « The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample », *British Journal of Psychiatry*, vol. 157, p. 288-290.
- O'HARA, M. W. (1986), « Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium », *Archives of General Psychiatry*, vol. 43, p. 569-573.
- O'HARA, M. W., J. A. SCHLECHTE, D. A. LEWIS et M. W. VARNER (1991), « Controlled prospective study of post-partum mood disorders : Psychological, environmental, and hormonal variables », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 100, p. 63-73.
- PAYKEL, E. S., E.M. EMMS, J. FLETCHER et E. S. RASSABY (1980), « Life events and social support in puerperal depression », *British Journal of Psychiatry*, vol. 136, p. 339-346.
- PITT, B. (1968), « "Atypical" depression following childbirth », *British Journal of Psychiatry*, vol. 114, p. 1325-1335.
- ROMITO, P. (1990), « Post-partum depression and the experience of motherhood », *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, suppl. vol. 154, p. 7-19.
- SAKS, B., J. FRANK, T. LOWE, W. BERMAN, F. NAFTOLIN et D. J. COHEN (1985), « Depressed mood during pregnancy and the puerperium : Clinical recognition and implications for clinical practice », *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, p. 728-731.