

## La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale

## The contribution of social variables to the prediction of postnatal depression

Jean-François Saucier, Odette Bemazzani, François Borgeat and Hélène David

Volume 20, Number 2, Fall 1995

L'étiologie psychosociale en santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032352ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032352ar>

[See table of contents](#)

### Article abstract

Considering the frequent denial of the importance of social factors associated with non psychotic postnatal depression, the objective of this study is to check whether social variables contribute or not to the prediction of postnatal depression. 369 subjects, primiparous or secondiparous, were followed up from early pregnancy up to the sixth month after delivery. Analyses show the importance of the social variables measured at the beginning of the pregnancy, these constituting one third of all the significant variables.

### Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

### ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Saucier, J.-F., Bemazzani, O., Borgeat, F. & David, H. (1995). La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 35–57. <https://doi.org/10.7202/032352ar>



## La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale

---

Jean-François Saucier\*  
Odette Bernazzani\*  
François Borgeat\*  
Hélène David\*

Vu le fréquent déni de l'importance des facteurs sociaux associés à l'émergence de la dépression postnatale non psychotique, le but de cette étude est de vérifier de façon précise si des variables sociales, mesurées en début de grossesse, contribuent ou non à la prédiction de la dépression postnatale. On a suivi 369 sujets primipares ou secondipares du début de leur grossesse jusqu'au sixième mois après leur accouchement. Les analyses montrent l'importance de la contribution des variables sociales, mesurées en début de grossesse, celles-ci constituant un bon tiers de l'ensemble des variables significatives.

La plupart des cliniciens psychiatres ou psychologues accordent peu de place aux facteurs sociaux parmi les facteurs associés à la dépression postnatale. Cela provient de l'environnement idéologique de leur formation qui, dans certains milieux, met l'accent sur les aspects génétiques de la dépression ou, dans d'autres, sur ses facteurs intrapsychiques, et dans le cas de la dépression postnatale, sur les facteurs d'identification à la mère et sur le mode d'ambivalence profonde qui en découle vis-à-vis de la maternité

Que révèlent les recherches empiriques sur le sujet? Nous ferons une recension des écrits concernant les variables sociodémographiques reliées à la classe sociale, et les variables de l'environnement social (soutien social, expériences vécues, etc.). Puis nous tenterons de montrer l'importance des facteurs sociaux comme facteurs de risque ou de

---

\* Les trois premiers auteurs travaillent au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. La dernière est au Département de psychologie de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal.

Les données utilisées dans cet article ont été colligées grâce à un projet de recherche dirigé par J. F. Saucier, F. Borgeat, H. David et L. Duperron, et subventionné par Santé Bien-être Canada (subvention n° 6605-2796-44).

protection en utilisant les résultats d'une recherche menée dans la région métropolitaine de Montréal.

Plusieurs variables sociodémographiques ont été étudiées dans les écrits scientifiques: âge, parité, statut marital, niveau d'instruction et classe sociale. Leur rôle dans le développement de la dépression postnatale s'est révélé très inconsistant. Ainsi, dans la majorité des études, le statut marital n'a pas été associé à cette dépression (Cox et al., 1982; O'Hara et al., 1982; O'Hara et al., 1991). Les résultats sont contradictoires en ce qui concerne l'âge et la parité; tour à tour, les femmes jeunes (Hayworth et al., 1980; Paykel et al., 1980), plus âgées (Kumar et Robson, 1984), primipares (Kumar et Robson, 1984; Pitt, 1968) et multipares (Tod et Edin, 1964) ont été décrites comme étant plus à risque de développer une dépression postnatale.

L'étude de la relation entre un niveau socio-économique défavorisé et la dépression maternelle a également produit des résultats inconsistants. Des difficultés socio-économiques et un niveau d'éducation moins élevé ont été associés à la dépression chez les femmes en postpartum (Hobfoll et al., 1995; Hopkins et al., 1984; Oakley, 1980; O'Hara et al., 1984; Séguin et al., 1993; Stein et al., 1989) et chez les mères de jeunes enfants (Hall et al., 1985; Belle, 1982). Toutefois, cette association n'a pas été confirmée dans plusieurs autres études sur la dépression postnatale (Cox et al., 1982; Gotlib et al., 1989; Gotlib et al., 1991; Hayworth et al., 1980; O'Hara et al., 1982; O'Hara et al., 1991; Paykel et al., 1980; Watson et al., 1984).

## **Environnement**

### *Stresseurs*

En parallèle avec les développements sur la dépression dans la documentation générale (Brown et Harris, 1978; Ilfeld, 1977; Paykel et al., 1969), les travaux sur la dépression postnatale se sont beaucoup intéressés aux événements de vie stressants comme facteur de risque potentiel. Dans une étude devenue classique, Paykel et al. (1980) ont été les premiers à étudier spécifiquement le lien entre des stresseurs et le développement de la dépression postnatale. Ils ont trouvé une association statistiquement significative entre des événements antérieurs négatifs (cotés par les sujets eux-mêmes comme ayant un impact de modéré à sévère) et les symptômes dépressifs en postpartum. Ainsi, 60 % de ces femmes déprimées rapportaient rétrospectivement la survenue d'un événement indésirable dans les onze mois précédents (par opposition à 35 % des non déprimées). De plus, l'impact de cet événement avait été

coté, par un interviewer, comme étant de sévère à modéré chez 75 % d'entre elles (par opposition à 31 % chez les femmes non déprimées).

La majorité des travaux faisant suite à l'étude pionnière de Paykel et al. (1980) ont confirmé, avec des devis de recherche et des méthodes statistiques plus élaborés, l'association entre des événements de vie stressants survenant durant la grossesse ou le postpartum, et un risque plus élevé de développer une dépression postnatale (O'Hara, 1986; O'Hara et al., 1991; Playfair et Gowers, 1981; Whiffen, 1988). Toutefois, malgré la confirmation du rôle des stressseurs chroniques dans la dépression générale (Brown et Harris, 1978; 1989), trop peu d'études parmi les nombreuses recherches faites sur la dépression postnatale ont examiné l'impact de stressseurs précédant la grossesse sur le développement d'une dépression en postpartum.

### *Soutien social*

Bien que les événements de vie stressants constituent un facteur de risque potentiel de la dépression postnatale, il apparaît évident que toutes les femmes soumises à des stressseurs ne développent pas une dépression en postpartum. Les chercheurs en périnatalité se sont donc intéressés, en concordance avec la documentation générale, aux facteurs qui peuvent prédisposer les femmes à la dépression. Ils ont accordé une attention particulière aux relations interpersonnelles des femmes. Deux aspects principaux de ces relations ont été étudiés: le soutien social et la relation maritale, tels que perçus par la femme.

Les études sur la dépression postnatale ont évalué diverses facettes du soutien social: ampleur du réseau social, aide instrumentale, support émotionnel, etc. L'ampleur du réseau social n'a pas été associée à la dépression postnatale (O'Hara et al., 1983). Par ailleurs, l'ensemble des études suggèrent un lien entre un soutien social émotionnel ou instrumental inadéquat (mesuré en postpartum) et la dépression postnatale (O'Hara et al., 1983; O'Hara, 1986; Paykel et al., 1980; Wandersman et al., 1980). De plus, au moins trois études prospectives ont mis en évidence que le manque de soutien social évalué pendant la grossesse prédisait la dépression postnatale (Collins et al., 1993; Cutrona, 1984; Cutrona et Troutman, 1986).

Un aspect spécifique du soutien social, le soutien du conjoint, et la qualité de la relation maritale ont été examinés dans un plus grand nombre d'études sur la dépression postnatale que ne l'a été le soutien social en général. Dans l'ensemble, les résultats suggèrent une association significative entre une relation maritale ou un soutien du conjoint insatisfaisants et la dépression postnatale. Cette association se révèle

significative non seulement lorsque la relation maritale ou le soutien du conjoint sont évalués en postpartum (Cox et al., 1982; O'Hara et al., 1983; Paykel et al., 1980; Uddenberg, 1974; Wandersman et al., 1980) mais également lorsqu'ils sont mesurés pendant la grossesse (Boyce et al., 1991; Collins et al., 1993; Kumar et Robson 1984; O'Hara 1986; Watson et al., 1984; Whiffen, 1988). Seul un nombre minoritaire d'études ne confirment pas ces résultats (Gotlib et al., 1991; Hopkins et al., 1986; O'Hara et al., 1991).

### *But de l'étude*

La femme enceinte est au carrefour de multiples influences qui l'orienteront vers une résolution plus ou moins satisfaisante de son projet d'enfant. Le but de cette étude est de vérifier si, parmi ces influences, celles qui sont du domaine social vont avoir un impact sur cette résolution à la naissance et au cours des six premiers mois après l'accouchement, en particulier sur l'émergence d'une dépression post-natale, et si oui, quelle en sera l'ampleur.

Par domaine social, nous entendons les indicateurs empiriques de variables mesurées en début de grossesse (en moyenne à la 16<sup>ième</sup> semaine), qui touchent soit à une *relation active* avec des personnes de l'environnement immédiat (famille nucléaire et étendue, amis, voisins, collègues de travail) soit à un *statut* en rapport avec l'environnement humain global, tels que le métier, le niveau d'instruction et le niveau de revenu personnel. L'addition de ces deux séries d'indicateurs en relation avec les environnements sociaux, proximal et distal, aidera à mieux situer le sujet en comparaison de l'impact de la série d'indicateurs individuels, soit *psychosomatiques* (symptômes et histoire psychiatriques) soit *intrapsychiques* (psychologiques).

### **Méthode**

Ont participé à cette étude 412 femmes francophones âgées de 20 ans et plus, enceintes pour la première ou la deuxième fois, et résidant dans la région montréalaise. Le recrutement se fit par une combinaison de divers canaux (les obstétriciens de trois hôpitaux francophones, deux postes de radios, un grand quotidien et treize journaux mensuels de quartiers); 55 % de ces femmes étaient mariées, 31 % en union stable «sans papiers», 6 % célibataires, et le reste séparées ou divorcées, remariées ou non.

Un effort particulier fut fait pour recruter des femmes de toutes les classes sociales; ceci n'est pas facile, d'après les témoignages de nombreux collègues qui ont essayé, avec un succès très mitigé, de rejoindre

les femmes défavorisées pour des recherches en périnatalité. Bien qu'imparfaitement, nous avons quand même réussi à rejoindre une minorité de sujets suffisamment importante pour permettre des calculs statistiques valides. Des 369 femmes qui ont participé durant une année aux trois étapes de l'étude, la distribution suivante, selon l'indice des classes sociales de Blishen (1976), donne une idée de la diversification sociale de notre échantillon.

Tableau 1

**Répartition des sujets selon la classe sociale (indice de Blishen)**

	N	%
Classe I (favorisées)	22	6,0
Classe II	94	25,5
Classe III	128	34,7
Classe IV	79	21,4
Classe V	19	5,1
Classe VI (défavorisées)	27	7,3
<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>100,0</b>

Dans cette classification fondée sur le prestige du métier, nous constatons une certaine sur-représentation des classes II (techniciennes) et III (vendeuses) et une sous-représentation des classes IV (ouvrières spécialisées) et surtout V (non spécialisées). Les femmes de la classe VI sont sans métier ou dépendent de l'aide sociale.

**Mesures**

Trois ensembles de mesures furent prises lors de la première étape de la recherche en début de grossesse. Dans le premier, nous trouvons d'abord, en plus du métier (Blishen, 1976), des variables sociodémographiques telles que l'âge, le niveau d'instruction, le niveau du revenu personnel ainsi que celui du conjoint (trois de ces variables constituent la série des indicateurs du domaine social distal mentionné plus haut). Nous y trouvons ensuite des variables psychiatriques, dont en premier l'inventaire de symptomatologie dépressive de Beck (1972, 1974) sous sa forme abrégée. Cette version abrégée de 13 items au lieu des 21 de la version classique (Beck et al., 1961) a été choisie expressément pour une raison de validité: la version classique comprend plusieurs items somatiques (corporels) qui, en temps normal, sont des signes de dépression mais, en temps de grossesse, sont des symptômes produits par la réaction du sujet à la présence du fœtus et peuvent donc prêter à

confusion. La version abrégée, ne contenant qu'un item somatique, est une mesure plus fidèle et plus valide de l'état vraiment dépressif (Huffman et al., 1990). À cette échelle de Beck est ajoutée une série de questions sur le passé psychiatrique des sujets et des membres de leur famille.

Le deuxième ensemble de mesures est d'ordre psychologique, comprenant d'abord une série de questions sur la psychophysiologie, souvent appelées variables psychosomatiques (nausées et vomissements, gain de poids depuis la conception, frénésie de la tension prémenstruelle avant la conception, réaction à l'annonce de la grossesse, réaction anticipée aux douleurs de l'accouchement), et ensuite une série de mesures psychologiques classiques. Parmi celles-ci nous trouvons l'échelle de désespoir de Beck et al., (1974) consistant en neuf affirmations optimistes et en onze pessimistes au sujet de l'avenir et auxquelles le sujet répond par «vrai» ou «faux»; l'échelle a un coefficient alpha de .93, et une corrélation de .74 avec les cotes de validité d'un panel de cliniciens. Une autre mesure est le site de contrôle «locus of control» classique de Rotter et al. (1962). Enfin, nous avons une dernière série de mesures psychologiques directement liées à la situation de la grossesse et que notre équipe a mises au point, telles que l'importance d'être parent, l'importance de la vie sociale, et l'intention d'allaiter.

Enfin le troisième et dernier ensemble de mesures comprend quatre échelles que nous appellerons «sociales» car elles contiennent, en tout ou en partie, des éléments directement reliés à l'interaction sociale des sujets; en voici la description:

### *1) Perception du soutien social*

Des nombreuses échelles d'évaluation du soutien social, celle qui nous a semblé la mieux adaptée est le *Social Support Questionnaire* (SSQ) de Sarason et al. (1983) ou Évaluation du soutien social (ESS). Ce questionnaire comprend 27 items auxquels le sujet doit répondre en établissant une liste de personnes (ne dépassant pas neuf) vers lesquelles il peut se tourner ou sur lesquelles il peut compter dans les circonstances décrites à chacun des items. La cote N est obtenue pour chacun des items en additionnant le nombre de personnes nommées par le sujet. La cote globale N est obtenue en divisant la somme de la cote N par 27, soit le nombre d'items. Le coefficient alpha de cette cote globale est très élevé; il se chiffre à 0.97. L'analyse factorielle conduit à l'extraction d'un seul facteur expliquant 82 % de la variance. La stabilité test-retest est de 0.90 sur une période de quatre semaines. La validité convergente du questionnaire est appuyée par la présence d'une corrélation inverse avec

diverses mesures de santé mentale. De plus, les individus qui obtiennent des cotes de soutien social élevées se distinguent de ceux qui ont une cote faible pour une variété de dimensions, dont la capacité de résolution de problèmes et le degré de leadership tels qu'évalués par des juges externes. De plus, le ESS est très peu contaminé par la variable de la désirabilité sociale ( $r = 0.09$  à  $0.17$ ). Enfin, cet instrument s'est révélé sensible à une intervention destinée à offrir du soutien social à des sujets qui doivent résoudre des tâches cognitives complexes.

La version française du SSQ a été élaborée par des chercheurs de l'Université Bishop et de l'Université de Sherbrooke (de Man et al., 1986). Ils ont administré ce questionnaire à un échantillon de 130 personnes âgées de 18 à 75 ans. Les analyses de consistance interne, les analyses corrélationnelles et les analyses factorielles démontrent que l'instrument préserve les caractéristiques psychométriques propres à la version américaine.

Dans la présente recherche, nous avons utilisé la version abrégée de l'ESS (Sarason et al., 1987) qui comprend six des 27 items de la version originale. Les caractéristiques psychométriques de la version abrégée sont similaires à celles de l'originale. L'analyse de la composante principale fait, en effet, ressortir la présence d'un seul facteur et le coefficient alpha est de 0.90. La validité de construit de l'instrument a été éprouvée en le corrélant à diverses mesures de dépression, d'anxiété, de solitude et d'habiletés sociales.

Pour obtenir un score global, il suffit de calculer la moyenne des six réponses; en effet, il serait incorrect d'additionner simplement les totaux de chacun des six items, car il est fort probable que la même personne revienne dans quelques-uns des items comme personne aidante.

## *2) Perception du soutien offert par le conjoint*

Mise au point par Smolla (1988), cette autre échelle mesure la perception de la disponibilité et de l'accessibilité du conjoint ainsi que de sa capacité d'aide. Elle est composée de dix items mesurés sur une échelle de type Likert de huit points (de 1 = «jamais» à 8 = «toujours»); le score varie de 10 à 80, un score élevé étant équivalent d'un haut niveau de soutien marital perçu. Cette mesure résulte de la modification d'une échelle de huit items de Guay-Genest (1986) auxquels ont été ajoutés deux items de l'échelle de Durett et al. (1984). L'échelle a une consistance interne élevée (alpha de Cronbach de .90 et corrélations item-total variant de .43 à .85). De plus, une analyse factorielle (compo-



sante principale avec rotation Varimax) a donné un seul facteur expliquant de 39 % à 59 % de la variance.

### 3) *Expériences vécues*

Sarason et al. (1978) ont mis au point un outil d'évaluation du stress quant aux changements de vie, ce *Life Experiences Survey* (LES) est un questionnaire auto-administré de 48 items permettant l'identification distincte des expériences de vie autant positives que négatives ainsi que l'évaluation, par le répondant, de l'importance de chacune de ces expériences. Le répondant indique d'abord si chacun des événements présentés a été vécu par lui ou non au cours des 12 derniers mois, et pour ceux des événements qu'il a vécus, il cote ensuite l'influence de chacun sur sa propre vie suivant une échelle à sept niveaux, d'un point extrêmement négatif (- 3) à un point extrêmement positif (+ 3) en passant par un point neutre (0) dans le cas où l'événement indiqué n'a eu aucune influence, selon lui, sur sa vie.

La fiabilité de l'instrument a été démontrée satisfaisante, comme aussi sa validité, mesurée, elle, par une série de corrélations avec l'échelle d'introversion-extraversion et l'échelle de névrotisme de Eysenk (1971), l'échelle d'anxiété IPAT de Cattell (1962) et l'échelle de dépression du MMPI (Hathaway et McKinley, 1971).

La même échelle a été adaptée à une population francophone du Québec par de Man et al. (1987) sous le nom de Sondage sur les expériences vécues (SEV); 69 femmes et 43 hommes ont passé le SEV et les échelles de validation citées plus haut et toutes les corrélations furent significatives dans la direction prédite par Sarason, démontrant ainsi une validité égale à la version originale.

### 4) *Anticipations prénatales du stress périnatal*

Smolla (1988) a construit un instrument pour mesurer le degré de malaise et d'inquiétude, en cours de grossesse, au sujet de l'événement prochain de l'accouchement et de ses implications sur la vie du sujet. Plusieurs de ces dix implications concernent le «rôle social» du sujet telles que la transformation de la relation avec le conjoint après la naissance (item 6), la transformation de la vie professionnelle (7), la transformation de la relation du sujet avec ses propres parents (8), la transformation de la relation avec sa belle-famille (9) et enfin la transformation anticipée de la situation financière après l'ajout d'un nouvel enfant au budget familial ainsi que le manque à gagner suivant le délai du sujet à retourner au travail (10).

Bref, parmi les trois ensembles de variables indépendantes mesurées en début de grossesse, et décrites plus haut, nous avons sélectionné pour cette étude d'abord un groupe de quatre variables socio-démographiques, reliées directement ou indirectement à la classe sociale (prestige du métier, niveau d'instruction, revenus du sujet et du conjoint) et situées dans le premier ensemble, et ensuite un groupe de quatre mesures reliées à l'interaction sociale (soutien social, soutien par le conjoint, expériences vécues et anticipations prénatales du stress périnatal) et composant le troisième ensemble.

La variable dépendante sera le niveau de symptomatologie dépressive éprouvée par les sujets au cours des six premiers mois suivant l'accouchement. La mesure choisie, une des plus utilisées en psychiatrie et en psychologie, est le *Hamilton Depression Rating Scale* ou Ham-D (Hamilton, 1960, 1967) qui jauge la fréquence et la sévérité des symptômes de type dépressif (Rabkin et Klein, 1987; Williams, 1988). Il s'agit d'une entrevue clinique semi-structurée d'une durée moyenne de 45 minutes qui comprend l'inspection détaillée de 17 items dont chacun concerne une manifestation spécifique d'un aspect de la dépression et de 4 autres items dont la fonction est d'éliminer tout autre syndrome psychiatrique important. Un score de 15 ou plus est considéré par beaucoup comme l'indication d'une symptomatologie dépressive significative. Par ailleurs, les qualités psychométriques de cet instrument sont excellentes : les coefficients de consistance interne varient de .83 à .94 alors que la fiabilité inter-juge est supérieure à .85 (Hedlund et Vieweg, 1979). Dans la présente étude, le coefficient intra-classe chez les trois psychologues cliniciennes entraînées pour visiter à domicile les sujets fut de .97 au cours d'une formation préliminaire faite avec un échantillon de neuf femmes dépressives n'appartenant pas à l'échantillon de l'étude. Bref cette entrevue clinique est de beaucoup supérieure aux questionnaires «auto-rapportés» habituels (où les sujets sont obligés de choisir, pour chacune d'une série de questions, une réponse parmi un nombre limité, et sans la possibilité de préciser les circonstances contextuelles).

## Procédure

Tel que mentionné plus haut, les sujets ont été, dans un premier temps, interviewés et questionnés en début de grossesse entre la 11<sup>e</sup> et la 22<sup>e</sup> semaine (en moyenne à la 16<sup>e</sup>), sur toutes les mesures décrites plus haut; sauf l'échelle de Hamilton qui ne fut employée qu'après l'accouchement, la moitié de ces échelles furent complétées en présence de l'assistante de recherche et l'autre moitié à domicile dans la semaine

qui suivit l'entrevue. L'assistante, une psychologue clinicienne expérimentée, rejoignit ensuite chaque sujet au téléphone au septième mois de grossesse pour s'enquérir de son déroulement. Dans un deuxième temps, tous les sujets furent visités à domicile à la huitième semaine après l'accouchement pour l'évaluation clinique à l'échelle de Hamilton. Une visite à domicile fut préférée à une entrevue d'hôpital parce qu'avec un bébé de huit semaines on avait anticipé de perdre un pourcentage important de l'échantillon en raison soit d'une distance trop grande, soit de conditions climatiques peu favorables, particulièrement en hiver. Au cours de la même visite, une enquête rétrospective fut faite sur la période entre l'accouchement et le moment de la visite pour vérifier l'occurrence de toute symptomatologie dépressive significative, avec la même échelle. Dans un troisième et dernier temps, au sixième mois après l'accouchement, les femmes qui avaient été trouvées déprimées à la première visite de même que les femmes qui, lors d'une entrevue téléphonique, semblaient manifester quelques symptômes dépressifs, furent visitées de nouveau à domicile pour passer l'échelle de Hamilton; les autres complétèrent un questionnaire envoyé par la poste. Pour cette dernière étape, une autre visite à domicile pour tous eut été préférable mais le manque de fonds a requis ce compromis. Notons toutefois que chacune des trois psychologues cliniciennes avait déjà rencontré les mêmes sujets deux fois et les connaissait bien, ce qui dans les circonstances rend un appel téléphonique suffisant pour se faire une idée de la situation; quand la psychologue doutait de son impression, elle était requise de se rendre à domicile faire une entrevue clinique comme à l'étape précédente.

En combinant les résultats de ces deux étapes postpartum, nous obtenons un total de 57 sujets ayant manifesté une symptomatologie dépressive significative, soit une prévalence de 15,3 %. Ce pourcentage concorde avec les résultats de plusieurs études du même genre.

Précisons enfin que notre étude était limitée à la détection de la «dépression postnatale», ou «dépression non-psychotique» parfois aussi appelée «atypique» (Pitt, 1968), où le sujet conserve le contact avec la réalité et peut continuer à prendre soin de l'enfant. Il ne sera donc pas question de «psychose postpartum», où le sujet perd contact avec la réalité et doit être hospitalisé (prévalence de 1 ou 2 cas sur mille naissances) ni du syndrome bénin des «blues» du postpartum qui s'observe dans les 10 premiers jours après l'accouchement chez un grand nombre de femmes (au moins 25 %) et laisse peu de traces.

## Analyses

Deux analyses, l'une publiée en 1993, et l'autre récemment obtenue, nous permettront de vérifier la contribution des variables sociales dans la prédiction de la dépression postnatale.

La première est une «analyse discriminante» avec procédure de Wilks (Saucier et al., 1993) faite avec les premiers 161 dossiers complets. Son but spécifique est de trouver les variables pour différencier le groupe de 24 sujets (14,9 %) qui ont manifesté une symptomatologie dépressive significative (cote de 15 et plus à l'échelle de Hamilton) du groupe des 137 autres sujets qui n'ont pas atteint le seuil critique (les sujets ayant une cote de 14 ou moins). Cette procédure identifie d'abord les variables différenciatrices, et elle les classe ensuite en rang d'importance en leur attribuant un poids relatif de puissance; on considère les variables avec poids supérieur à .20 comme ayant une contribution majeure et les autres comme ayant une contribution mineure (Tableau 2).

Dans cette analyse, seize variables se révélèrent significatives dont huit avec contribution majeure, variant du poids relatif de .39 à celui de .22. Parmi ces huit variables importantes, on trouve deux variables sociales: un niveau inférieur de scolarisation (cinquième rang, poids relatif de .23) et un réseau de soutien peu nombreux (sixième rang, poids de .22).

Parmi les huit autres variables significatives mais toutes de poids relatif inférieur à .20, on trouve trois variables sociales: un nombre plus élevé d'événements stressants au cours des 12 derniers mois (neuvième rang), un nombre plus élevé d'anticipations prénatales du stress périnatal (quinzième rang) et un revenu personnel plus bas (seizième rang).

La deuxième analyse en est une de «régression multiple» faite sur l'échantillon plus large de 342 sujets (après avoir écarté des 369 sujets ceux n'ayant pas de conjoint en début de grossesse). Son objectif est d'évaluer l'impact de diverses variables indépendantes sur la variation *continue et totale* de la variable dépendante. Au lieu de se limiter à différencier deux groupes vus comme homogènes, comme le fait l'analyse discriminante, l'analyse de régression s'intéresse à toutes les variations, qu'elles soient inférieures au seuil critique ou supérieures. Ainsi dans notre étude, 84,7 % des sujets ont une cote inférieure à 15 sur l'échelle de Hamilton, mais on trouve une grande variation chez ces sujets entre ceux ayant une cote de 0 et ceux ayant une cote de 14; la même chose se constate chez les 57 sujets déprimés ayant une cote variant de 15 à 29; c'est de cette variation totale que s'occupe l'analyse de régression.

**Tableau 2**  
**Analyse discriminante identifiant en début de grossesse les**  
**variables des sujets qui probablement déprimeront au cours des**  
**six mois après l'accouchement**

<b>Poids relatif</b>	
1- Période de nausées plus longue	.39
2- Acceptation anticipée plus facile des analgésiques en cas de douleurs intenses à l'accouchement	.31
3- Difficulté à croire qu'on est enceinte lors de l'annonce	.25
4- Gain de poids moins élevé depuis la conception	.25
5- Niveau de scolarisation inférieur	.23
6- Moins de personnes faisant partie du réseau de soutien	.22
7- Plus grande importance d'une vie sociale active	.22
8- Présence vs absence de nausées	.22
<b>Variables avec poids relatif inférieur à .20</b>	
9- Nombre plus élevé d'événements stressants au cours des 12 mois précédents	
10- Niveau plus bas d'estime de soi	
11- Niveau plus élevé de dysphorie	
12- Niveau plus bas d'espoir dans le futur	
13- Période d'essai plus longue précédant la conception (12,2 mois vs 6,7 mois)	
14- Site de contrôle interne moins élevé	
15- Niveau d'anxiété plus élevé concernant l'accouchement et les événements qui y sont reliés	
16- Revenu personnel plus bas	

Autre différence, l'analyse discriminante non seulement s'occupe de détecter les variables indépendantes significatives mais elle les classe elle-même en rang d'importance. En comparaison, l'analyse de régression ne s'occupe que de la première fonction à partir de l'ordre des variables qui est fourni par le chercheur; il est reconnu que les variables qui sont fournies en premier ont un léger avantage sur les suivantes.

Dans notre analyse de régression, l'ordre des trois ensembles est celui suivi plus haut lors de la description des mesures. Ainsi, quant aux variables sociales, la série des quatre variables d'ordre sociodémographique fait partie du premier ensemble (ayant donc un léger avantage

d'être trouvées significatives) alors que la série des quatre mesures reliées au rôle social fait partie du troisième et dernier ensemble (ayant donc un léger désavantage) (Tableau 3).

Un fois complétée, l'analyse de régression multiple a révélé huit variables significatives ( $p$  à moins que .06) contribuant à expliquer 24,3 % de la variance totale de la symptomatologie dépressive (i.e. de la cote de 0 à celle de 29 de l'échelle de Hamilton).

Tableau 3  
Analyse de régression multiple finale des variables prénatales associées à une dépression postnatale

Variabes	Beta Standardisé	p	Delta R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>
<i>1<sup>er</sup> ensemble</i>				
Prédispositions personnelles				
- Troubles émotionnels antérieurs	.066	.2019	.032	.032
- Symptomatologie dépressive prénatale (Beck)	.069	.2702	.044	.076
- Niveau d'instruction	.063	.2167	.014	.090
<i>2<sup>ième</sup> ensemble</i>				
Facteurs psychologiques				
- Difficulté à croire qu'on est enceinte	.114	.0256	.021	.111
- Importance d'être parent	.148	.0039	.019	.130
- Intention prénatale d'allaiter	.076	.1224	.015	.145
- Période de nausée plus longue	.122	.0197	.015	.160
- Tension prémenstruelle	.096	.0538	.014	.174
- Gain de poids depuis la conception	.114	.0219	.009	.183
- Niveau d'espoir dans le futur	.083	.1280	.014	.197
<i>3<sup>ième</sup> ensemble</i>				
Environnement social				
- Nombre d'événements stressants précédents	.144	.0098	.017	.214
- Niveau d'anxiété concernant l'accouchement et les autres événements	.123	.0173	.014	.228
- Nombre de personnes du réseau de soutien	.132	.0109	.015	.243

F = 8.09

DF = 13,328

p < .001

Parmi ces huit variables significatives, trois sont des variables sociales; tout d'abord aucune variable sociodémographique (malgré un certain avantage) ne s'est révélée significative. Nous avons donc trois variables du 3<sup>ième</sup> ensemble reliées au rôle social sur quatre qui se sont avérées puissantes (malgré un certain désavantage au point de départ). La

première de ces trois variables, classée deuxième en puissance sur les huit variables significatives, (p. 0098, bêta .144) est la somme des expériences récentes vécues évaluées de façon négative par les sujets (la somme des expériences évaluées de façon positive n'a rien donné de significatif). La deuxième de ces trois mesures, classée troisième sur huit (p. 0109, bêta .132) est un item particulier de la perception du soutien social, soit le nombre plus bas de personnes de l'entourage du sujet qui, d'après lui, «l'acceptent totalement, avec ses bons et ses mauvais côtés». Enfin la troisième et dernière variable sociale, classée quatrième sur huit (p. 0173, bêta .123) est le niveau plus élevé des anticipations prénatales du stress périnatal. Ici, comme dans l'analyse discriminante, le soutien par le conjoint ne s'est pas révélé significatif.

## **Discussion**

Contrairement à l'opinion de maints cliniciens pour qui les facteurs sociaux sont peu souvent associés à la dépression postnatale, notre étude montre clairement que ces facteurs y sont fortement reliés. Son premier objectif de vérifier si une relation existait est donc atteint. Il n'est pas facile cependant de réaliser le deuxième objectif qui est de mesurer l'ampleur de cette relation; on peut essayer de le faire en procédant indirectement. Une première méthode serait de calculer, au moyen de l'analyse de régression multiple, la proportion de la variance obtenue par les variables sociales en relation avec la variance totale. En se reportant à la colonne du Delta  $R^2$  du Tableau 3, on peut additionner les chiffres du niveau d'éducation dans le premier ensemble aux chiffres des trois variables du troisième ensemble, ce qui donne le total de 0.50; en relation avec la variance totale de .243 cela donne comme résultat une proportion de 21 %, qui serait un premier indicateur de l'ampleur de l'influence des facteurs sociaux. Une seconde façon est de repérer la fréquence des relations significatives dans les deux analyses décrites plus haut. En effet, dans l'analyse discriminante, cinq des seize variables significatives sont sociales et, dans l'analyse de régression multiple, trois des huit variables significatives sont également sociales; cela fait un total de huit variables sociales sur vingt-quatre, soit une proportion de 33 %. De plus, si on se limite aux variables les plus puissantes (soit la première moitié des variables significatives de chacune des deux analyses), le décompte donne cinq variables sociales sur un total de douze, soit une proportion de 42 %. Ces pourcentages témoignent éloquemment de l'importance marquée des variables sociales.

Comment expliquer que tant d'études répertoriées dans notre recension n'ont pas trouvé de relation avec les facteurs sociaux? Deux

hypothèses viennent à l'esprit: la première en est une d'échantillonnage; la classe moyenne serait trop souvent fortement sur-représentée, sinon parfois la seule représentée, parmi les sujets de ces études. Même si parfois on a eu l'objectif d'obtenir un échantillon représentatif de toutes les classes sociales, il arrive très fréquemment que les sujets des classes socio-économiquement défavorisées ou bien refusent de participer à l'étude ou bien se désistent au cours de route; si alors un effort considérable n'est pas fait pour compenser ces refus ou ces désistements, l'échantillon devient alors trop biaisé. En effet, comme le montre notre étude, il n'est pas nécessaire d'obtenir un échantillon parfaitement représentatif; il suffit d'avoir une minorité importante de sujets des classes défavorisées pour faire ressortir clairement les différences. La seconde hypothèse, complémentaire, concerne la taille de l'échantillon; vu que la prévalence de la dépression postnatale est limitée à un petit nombre de cas (10 % à 20 %, soit environ une femme sur six), il est nécessaire d'obtenir plusieurs centaines de sujets pour atteindre la puissance statistique requise; trop d'études n'atteignent pas la taille d'échantillon minimale requise.

On aura remarqué que seulement deux variables sociales d'ordre sociodémographique (le niveau d'instruction et le niveau de revenu) émergent comme significatives sur le total des huit variables sociales et que, de plus, ces deux variables sont toutes deux confinées à l'analyse discriminante. On se rappellera que ce type d'analyse a pour objectif de séparer le petit groupe des 15 % des sujets souffrant d'un niveau élevé de symptomatologie dépressive (cote 15 et plus à l'échelle de Hamilton) du groupe majoritaire de 85 % des sujets manifestant les multiples niveaux (cote 14 en descendant graduellement jusqu'à 0) de la même symptomatologie. Par contre, le second type d'analyse utilisée, la régression multiple, ignore le seuil de la cote 15 et considère tous les sujets, variant de la cote 0 à la cote 29, comme faisant partie d'un seul groupe dont il s'agit de comprendre la grande variation. Pour expliquer le confinement de nos deux variables sociodémographiques à l'analyse discriminante, nous inclinons à faire l'hypothèse que ces deux variables ne commenceraient à avoir de l'influence qu'à partir d'un niveau élevé de symptomatologie, c'est-à-dire à partir d'un certain *plateau* relativement élevé. Par contre, les autres variables sociales, celles reliées au rôle social, seraient plus versatiles: elles auraient autant d'influence à un niveau bas qu'à un niveau élevé de symptomatologie de sorte qu'elles ont pu émerger comme significatives autant dans une analyse que dans l'autre.



On aura aussi noté l'absence surprenante d'influence de la variable du soutien social par le conjoint, en contraste avec la presque totale unanimité des cliniciens et des chercheurs sur l'importance de ce facteur à la période périnatale. S'agirait-il de la non validité de la mesure choisie par nous (Smolla, 1988)? Cela ne paraît pas probable car nous avons aussi utilisé de façon parallèle l'échelle bien connue *Dyadic Adjustment Scale* de Spanier (1976, 1982) qui, elle aussi, de façon également surprenante, n'a donné aucune relation significative avec la dépression postnatale. Rappelons d'abord que ces deux échelles ont été uniquement passées en début de grossesse; une possible période d'euphorie maritale en préparation de la venue prochaine du bébé tendrait à diminuer en fin de grossesse et surtout dans les six mois après la naissance. Ou bien se pourrait-il qu'en début de grossesse la femme sente un besoin intense de sécurité intérieure au point de ne percevoir que les aspects positifs de sa relation maritale et d'en nier les aspects insatisfaisants? O'Hara (1986) a abondé dans ce sens, après la surprise qu'il a eu, lui aussi, de ne trouver aucune relation significative dans une de ses recherches. Par contre, il est fort probable que la même échelle, passée au cours des semaines suivant l'accouchement, aurait révélé des tendances significatives à cause du stress marital aigu manifesté souvent chez plusieurs conjoints durant cette période postnatale.

Notre deuxième analyse, celle faite par la régression multiple, a réussi à expliquer 24,3 % de la variance totale de la symptomatologie dépressive postnatale. Comment se situe ce résultat par rapport aux autres études du même genre? À notre connaissance, trois de ces études ont été publiées avec un devis de recherche similaire et la spécification du pourcentage de la variance obtenue par les variables prénatales; ces pourcentages sont indiqués au Tableau 4.

Tableau 4

**Pourcentage de la variance obtenue pour la symptomatologie dépressive postnatale par les variables prénatales**

Études	% de la variance
Cutrona (1984)	26 %
Whiffen (1988)	22 %
O'Hara et al. (1991)	19 %
Moyenne:	22,3 %

Tel qu'indiqué au Tableau 4, la moyenne du pourcentage de la variance des trois études similaires est de 22,3 %; notre propre résultat

de 24,3 % se situe donc un peu au dessus de cette moyenne. Notons que la troisième étude du Tableau 4, celle de O'Hara et al. (1991), a de plus inclus une série de variables postnatales (telles que caractéristiques de l'accouchement et des événements postnataux, caractéristiques de la mère, du père, du bébé, du réseau d'aide, etc.); avec l'addition de ces variables contemporaines de la dépression postnatale, le 19 % de la variance apportée par ces variables prénatales s'est vu ajouter un 31 % de la variance – ce qui a donné un total de 50 % pour l'ensemble des variables prénatales et postnatales. Deux autres études (O'Hara et al., 1982; O'Hara et al., 1984) ont respectivement atteint les pourcentages de 40 % et de 50 % de la variance totale, mais les parts spécifiques des variables prénatales et postnatales n'ont pas été précisées dans ces études. En conclusion, on constate que le pouvoir de prédiction des variables prénatales pour expliquer le symptomatologie dépressive postnatale se situe autour du cinquième ou du quart de la variance, ce qui donne une idée de l'influence du passé distal (avant la conception) et du passé proximal (durant la grossesse) sur la réaction des femmes à la venue d'un bébé; le reste doit être expliqué par l'impact de variables contemporaines (entre autres le comportement du bébé, du conjoint et des membres du réseau de soutien).

Globalement l'identification de cinq variables sociales associées à l'émergence de la dépression postnatale nous fait mieux comprendre la situation unique de la femme enceinte. En plus d'être influencée par son bagage génétique et son passé psychologique intériorisé, on la voit fragilisée de façon proximale par les événements stressants de l'année précédant la conception mais en même temps renforcée par les personnes de son entourage qui l'acceptent totalement avec ses défauts et ses qualités. Malgré cela, elle a tendance à s'inquiéter durant la grossesse des conséquences anticipées de l'arrivée de son enfant, en particulier de la transformation de la dynamique conjugale et des difficultés ajoutées par la responsabilité d'un nouvel enfant sur son fonctionnement au travail; une dernière inquiétude est la répercussion de l'ajout d'une nouvelle bouche à nourrir. Ces deux derniers éléments introduisent à l'impact du domaine social distal, i.e. le niveau du revenu économique, le niveau du métier exercé et le niveau d'instruction qui, quand ils sont bas, fragilisent encore plus la future mère.

Signalons quelques limites de la méthodologie de notre étude. Notre échantillon est limité à la population francophone blanche de la région montréalaise; elle aurait gagné en puissance prédictive si elle avait compris les populations anglophones et allophones et inclus un échantillon inter-racial. De plus les mesures de type biologique n'ont

pas été incluses ni un type d'entrevue permettant, autant avant l'accouchement qu'après, de faire un diagnostic psychiatrique. Enfin, manque aussi la mesure de nos variables sociales reliées au rôle social après la naissance, de même que des mesures de la relation parent-nourrisson. Les futures recherches devraient inclure ces variables.

À partir de nos résultats sur les variables sociales, peut-on vraiment parler d'une étiologie sociale de la dépression postnatale? On pourrait penser que notre étude n'ayant pas la faiblesse méthodologique d'être purement transversale (i.e. mesurant les variables sociales au même moment que la dépression postnatale) mais plutôt la force d'être longitudinale (avec le minimum d'une période de huit mois entre la mesure des variables sociales et la mesure de la dépression postnatale), on serait capable d'affirmer que les variables sociales trouvées significatives pourraient *causer*, en coopération avec les autres variables d'ordre psychologique, la dépression postnatale. Le titre de notre article parle plutôt de contribution des variables sociales à la «prédiction» de la dépression. La prédiction peut naturellement inclure l'étiologie mais on ne pourrait encore l'affirmer avec certitude; en d'autres termes, il n'est pas impossible que quelques-unes des variables sociales ou même la totalité des cinq que nous avons trouvées significatives aient le pouvoir de causer la dépression postnatale, mais un devis de recherche encore plus complexe que le nôtre sera nécessaire pour l'affirmer avec certitude.

Notre étude a cependant atteint les deux objectifs qu'elle s'était fixées. Elle a montré, sans aucun doute, que les variables «sociales» contribuent de façon significative à la prédiction de l'émergence de la dépression postnatale et, de plus, elle a indiqué que l'ampleur de cette contribution est remarquable. Espérons que ces résultats seront notés par les intervenants dans leur pratique quotidienne, et par les décideurs de la santé publique dans la conception de leurs programmes de prévention, afin de mieux aménager, après la naissance, le vécu des mères, de leur conjoint et de leur nourrisson.

## RÉFÉRENCES

- BECK, A. T., BECK, R. W., 1972, Screening depressed patients in family practice: a rapid technic, *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.
- BECK, A. T., RIAL, W. Y., RICKELS, K., 1974, Short form of depression inventory: Cross-validation, *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.

- BECK, A. T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERLBAUCH, J., 1961, An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BECK, A. T., WEISSMAN, A., LESTER, D., TREXLER, L., 1974, The measurement of pessimism: the hopelessness scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- BELLE, D., 1982, *Lives in Stress, Women and Depression*, Beverly Hills, California, Sage Publications.
- BLISHEN, B. R., MCROBERTS, H. A., 1976, A revised socio-economic index for occupations in Canada, *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 13, 71-78.
- BROWN, G. W., HARRIS, T. O., 1978, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London, Tavistock.
- BROWN, G. W., HARRIS, T. O., 1989, *Life Events and Illness*, Guilford, New York.
- COLLINS, N. L., DUNKEL-SCHETTER, C., LOBEL, M., SCRIMSHAW, C. M., 1993, Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- COX, J. L., CONNOR, Y., KENDELL, R. E., 1982, Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth, *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.
- COX, J. L., HOLDEN, J. M., SAGOVSKY, R., 1987, Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- CUTRONA, C. E., 1982, Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research, *Clinical Psychology Review*, 2, 487-503.
- CUTRONA, C. E., 1984, Social support and stress in the transition to parenthood, *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 378-390.
- CUTRONA, C. E., TROUTMAN, B. R., 1986, Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression, *Child Development*, 57, 1507-1518.
- CUTRONA, C. E., 1983, Causal attributions and perinatal depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 161-172.
- DE MAN, A. F., BALKOU, S., IGLESIAS, R., 1986, Une version canadienne-française du questionnaire sur le support social, *Santé Mentale au Québec*, 11, 199-202.
- DE MAN, A. F., BALKOU, S., IGLESIAS, R., 1987, Une version canadienne-française du questionnaire sur le support social, *Santé Mentale au Québec*, 12, 181-183.

- DURRETT, M. E., OTAKI, M., RICHARDS, P., 1984, Attachment and the mother's perception of support from the father, *International Journal of Behavioral Development*, 7, 167-176.
- EYSENCK, H.J., EYSENCK, B.G., 1971, *Inventaire de personnalité d'Eysenck*, Les Éditions du Centre de psychologie appliquée, Paris.
- GAUTHIER, J., MORIN, C., THÉRIAULT, F., LAWSON, J.S., 1982, Validation d'une échelle de dépression, *Revue québécoise de Psychologie*, 3, 13-27.
- GOTLIB, I. H., WHIFFEN, V. E., MOUNT, J. H., MILNE, K., CORDY, N. I., 1989, Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 269-274.
- GOTLIB, I. H., WHIFFEN, V. E., WALLACE, P. M., MOUNT, J. H., 1991, Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery, *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 122-132.
- GUAY-GENEST, S., 1986, *Stress et double-rôle chez un groupe d'infirmières*, thèse de maîtrise non publiée, Université Laval, Québec.
- HALL, L. A., WILLIAMS, C. A., GREENBERG, R. S., 1985, Supports, stressors and depressive symptoms in low-income mothers of young children, *American Journal of Public Health*, 75, 518-522.
- HAMILTON, M., 1960, A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- HAMILTON, M., 1967, Development of a rating scale for primary depressive illness, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- HATHAWAY, S. R., MCKINLEY, J. C., 1971, *Inventaire multiphasique de la personnalité (Minnesota)*, Institut de recherches psychologiques, Montréal.
- HAYWORTH, J., LITTLE, B. C., BONHAM CARTER, S., RAPTOPOULOS, P., PRIEST, R. G., SANDLER, M., 1980, A predictive study of postpartum depression: Some predisposing characteristics, *British Journal of Medical Psychology*, 53, 161-167.
- HEDLUND, J. L., VIEWEG, B.W., 1979, The Hamilton rating-scale for depression: a comprehensive review, *Journal of Operational Psychiatry*, 10, 51-64.
- HOBFOLL, S. E., RITTER, C., LAVIN, J., HULSIZER, M.R., CAMERON, R.P., 1995, Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 445-453.
- HOPKINS, J., CAMPBELL, S. B., MARCUS, M., 1986, The role of infant-related stressors in postpartum depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 237-241.
- HOPKINS, J., MARCUS, M., CAMPBELL, S. B., 1984, Postpartum depression: A critical review, *Psychological Bulletin*, 95, 498-515.

- HUFFMAN, L. C., LAMOUR, M., BRYAN, Y. E., PEDERSON, F. A., 1990, Depressive symptomatology during pregnancy and the post-partum period: Is the Beck depression Inventory applicable?, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 8, 87-97.
- ILFELD, F. W., Jr., 1977, Current social stressors and symptoms of depression, *American Journal of Psychiatry*, 134, 161-166.
- KENDELL, R. E., 1985, Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 3-11.
- KUMAR, R., ROBSON, K. M., 1984, A prospective study of emotional disorders in childbearing women, *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- MARTIN, M. E., 1977, A maternity hospital study of psychiatric illness associated with childbirth, *Irish Journal of Medical Science*, 146, 239-244.
- O'HARA, M. W., 1986, Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium, *Archives of General Psychiatry*, 43, 569-573.
- O'HARA, M. W., REHM, L. P., CAMPBELL, S. B., 1983, Postpartum depression: A role for the social network and life stress variables, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 336-341.
- O'HARA, M. W., SCHLECHTE, J. A., LEWIS, D. A., VARNER, M. W., 1991, Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 63-73.
- O'HARA, M. W., ZEKOSKI, E. M., 1988, Postpartum depression: A comprehensive review, in Kumar, R., ed, *Motherhood and Mental Illness: Vol 2. Causes and Consequences*, London, Wright, 17-63.
- O'HARA, M. W., NEUNABER, D. J., ZEKOSKI, E. M., 1984, Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors, *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 158-171.
- O'HARA, M. W., REHM, L. P., CAMPBELL, S. B., 1982, Predicting depressive symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 457-461.
- OAKLEY, A., 1980, *Women Confined, Toward a Sociology of Childbirth*, Schocken Books, New York.
- PAYKEL, E. S., EMMS, E. M., FLETCHER, J., RASSABY, E. S., 1980, Life events and social support in puerperal depression, *British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
- PAYKEL, E. S., MYERS, J. K., DIENELT, M. N., KLERMAN, G. L., LINDENTHAL, J. J., PEPPER, M. P., 1969, Life events and depression, *Archives of General Psychiatry*, 21, 753-760.
- PITT, B., 1968, «Atypical» depression following childbirth, *British Journal of Psychiatry*, 122, 431-433.

- PITT, B., 1982, Depression and childbirth, in Paykel, S., ed, *Handbook of Affective Disorders*, Guilford Press, New York, 361-378.
- RABKIN, J. G., KLEIN, D. F., 1987, The clinical measurement of depressive disorders, in Marsella, A.J., Hirschfeld, R.M., Katz, M.M., eds, *The Measurement of Depression*, Guilford, New York, 30-83.
- ROTTER, J. B., SEEMAN, M., LIVERANT, S., 1962, Internal vs external locus of control of reinforcement: a major variable in behavior theory, in Washburne, N.F., ed., *Decisions, values and groups*, Pergamon, London.
- SARASON, I. G., JOHNSON, J. H., SIEGEL, M., 1978, Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- SARASON, I. G., LEVINE, H.M., BASHAM, R.B., SARASON, B.R., 1983, Assessing social support: the Social Support Questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- SARASON, I. G., SARASON, B. R., SHEARN, E. N., PIERCE, G. R., 1987, A brief measure of social support: practical and theoretical implications, *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- SAUCIER, J. F., BORGEAT, F., DAVID, H., BERNAZZANI, O., 1993, Des mères en quête de nouveaux liens? Signes avant-coureurs de la dépression postnatale et esquisse de l'hypothèse du dysenfancement, *Cahiers de l'Afrée*, 5, 129-135.
- SÉGUIN, L., ST-DENIS, M., LOISELLE, J., POTVIN, L., 1993, *Stresseurs, soutien social et réactions dépressives à la période périnatale chez les primipares défavorisées et favorisées*, Rapport présenté au Conseil québécois de la recherche sociale.
- SEIFER, R., DICKSTEIN, S., 1993, Parental mental illness, in Zeanah, C. H. Jr, ed, *Handbook of Infant Mental Health*, Guilford Press, New York, 120-142
- SMOLLA, N., 1988, *La transition à la parentalité*, thèse de doctorat non publiée, Faculté des sciences sociales, Université Laval, Québec.
- SPANIER, G. B., 1976, Measuring Dyadic Adjustment: New scale for assessing the quality of marriage and similar dyads, *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- SPANIER, G. B., 1982, A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale, *Journal of Marriage and the Family*, 44, 731-738.
- STEIN, A., COOPER, P. J., CAMPBELL, E. A., DAY, A., ALTHAMN, P. M. E., 1989, Social adversity and perinatal complications. Their relation to postnatal depression, *British Medical Journal*, 298, 1073-1074.
- TOD, E. D. M., EDIN, M. B., 1964, Puerperal depression: A prospective epidemiological study, *The Lancet*, 16, 1264-1266.
- UDDENBERG, N., 1974, Reproductive adaptation in mother and daughter, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 23, suppl. 254, 1-115.

- WANDERSMAN, L., WANDERSMAN, A., KAHN, S., 1980, Social support in the transition to parenthood, *Journal of Community Psychology*, 8, 332-342.
- WATSON, J. P., ELLIOTT, S. A., RUGG, A. J., BROUGH, D. I., 1984, Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year, *British Journal of Psychiatry*, 144, 453-462.
- WHIFFEN, V. E., 1988, Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study, *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 467-474.
- WILLIAMS, J. B. W., 1988, A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale, *Archives of General Psychiatry*, 45, 742-747.

## **ABSTRACT**

### **The contribution of social variables to the prediction of postnatal depression**

Considering the frequent denial of the importance of social factors associated with non psychotic postnatal depression, the objective of this study is to check whether social variables contribute or not to the prediction of postnatal depression. 369 subjects, primiparous or secundiparous, were followed up from early pregnancy up to the sixth month after delivery. Analyses show the importance of the social variables measured at the beginning of the pregnancy, these constituting one third of all the significant variables.