

# La dépression post-natale : les facteurs socio-environnementaux

## Post-natal depression: The socio-environmental factors

Louise Séguin and Louise Cossette

Volume 16, Number 1, Spring 1991

Aspects de la dynamique conjugale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032208ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032208ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

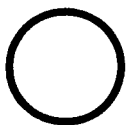
[Explore this journal](#)

Cite this article

Séguin, L. & Cossette, L. (1991). La dépression post-natale : les facteurs socio-environnementaux. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 149–164. <https://doi.org/10.7202/032208ar>

Article abstract

In the weeks and months that follow the birth of a child, between 10 and 20 per cent of mothers experience serious or moderate symptoms of depression. This state of psychological distress affects the mother-infant interaction, and can modify the child's development in the longer term. Recent studies increasingly link these symptoms to environmental and psychosocial stress factors. The setting up of relevant and efficient prevention and promotion programs requires a better understanding of the effect of stress and social support on the mental health of mothers.



## La dépression post-natale: les facteurs socio-environnementaux

---

Louise Séguin\*

Louise Cossette\*

Au cours des semaines et des mois qui suivent la naissance, de 10 % à 20 % des mères présentent des symptômes dépressifs modérés ou graves. Cet état de détresse psychologique influe sur l'interaction de la mère avec son nourrisson et peut modifier à plus long terme le développement de l'enfant. Les études récentes associent de plus en plus ces symptômes aux stressseurs psycho-sociaux et environnementaux.

Une meilleure compréhension de l'effet du stress et du soutien social sur la santé mentale des mères s'avère essentielle à la mise en place d'interventions de promotion et de prévention pertinentes et efficaces.

**A**u cours de la période de transition qui suit la naissance, les problèmes d'adaptation sont fréquents chez les nouvelles mères. Ces problèmes se manifestent souvent sous forme de réactions dépressives, qui peuvent être bénignes ou entraîner des conséquences plus importantes pour la mère, le couple et le développement du nourrisson.

Dans cet article, la dépression post-natale sera différenciée des «bleus» du post-partum et des psychoses du post-partum, puis son incidence, son évolution et ses conséquences sur l'interaction mère-enfant seront discutées. Parmi les facteurs qui ont été associés à la dépression post-natale, les facteurs socio-environnementaux seront particulièrement mis en évidence. Une meilleure compréhension de ces phénomènes nous apparaît essentielle à la mise sur pied d'interventions préventives pertinentes et efficaces.

---

\* Louise Séguin, professeure, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal.

Louise Cossette, chargée d'enseignement, Département de psychologie, Université Concordia.

## Principales réactions dépressives après la naissance

L'intérêt récent des chercheurs pour les problèmes d'adaptation à la période périnatale nous a permis de mieux définir certaines difficultés à caractère dépressif des nouvelles mères. Outre la dépression post-natale proprement dite, on distingue deux types principaux de réactions psychologiques après la naissance: les «bleus» du post-partum et les psychoses du post-partum.

### *Les «bleus» du post-partum*

La grande majorité des nouvelles mères (de 50 % à 80 %) connaissent, le troisième ou quatrième jour après la naissance du bébé, une tendance presque irrésistible à pleurer et une grande labilité émotionnelle (Hopkins et al., 1984). Ces symptômes s'accompagnent d'insomnie, de tension, d'anxiété et d'irritabilité. Cet épisode de «bleus» du post-partum est habituellement transitoire, d'une durée de 24 à 48 heures, et si fréquent que certains jugent qu'il s'agit d'une réaction normale.

### *Les psychoses du post-partum*

Des réactions beaucoup plus graves, de type psychotique, surviennent chez un nombre très réduit de femmes pendant la période du post-partum. La prévalence de ce problème est de 0,01 % à 0,02 %, selon les milieux, et ce taux est remarquablement stable depuis les premières études, effectuées en 1850 (Hopkins et al., 1984). Les psychoses du post-partum exigent généralement l'hospitalisation, et présentent une symptomatologie semblable à celle d'autres psychoses non puerpérales.

### *La dépression post-natale*

La dépression post-natale se situe dans une position intermédiaire entre les deux types précédents de réactions, quant à l'incidence et à la gravité des symptômes.

## Incidence de la dépression post-natale

L'incidence de la dépression post-natale varie, selon les études, en fonction de la définition retenue, des instruments de mesure utilisés et de la population considérée. Lorsqu'on utilise à la fois une entrevue clinique standardisée et un questionnaire auto-administré, on enregistre des taux qui varient, en moyenne, de 8 % à 20 % (Pitt, 1968; Cutrona, 1984; O'Hara et al., 1984).

Lorsqu'on applique le questionnaire seulement, par exemple, le «Beck Depression Inventory», les taux rapportés sont, en général, plus élevés, entre 20 % et 30 % (Rees, Lutkins, 1971; Atkinson, Rickel, 1983; Cutrona, Troutman, 1986). Cependant, on doit souligner ici que des auteurs ont critiqué récemment le Beck Depression Inventory, qui est pourtant d'usage courant en périnatalité. Selon eux, ce questionnaire n'est pas suffisamment sensible pour détecter durant la période post-natale des cas de dépression diagnostiqués par des entrevues cliniques standardisées (O'Hara, 1984; Whiffen, 1988; Harris et al., 1989).

Au Québec, une étude réalisée auprès de nouvelles mères ayant fréquenté les cours prénatals en banlieue de Montréal indique un taux de dépression de 14 % (selon l'échelle de Pitt) au troisième mois après la naissance (Séguin et al., 1986).

Ces diverses études sont limitées sur le plan méthodologique, car elles utilisent des instruments de mesure variables et parfois peu sensibles, et portent souvent sur de petits échantillons peu représentatifs, puisqu'auto-sélectionnés. Ainsi, les populations étudiées jusqu'à maintenant sont issues en général des classes socio-économiques moyenne et moyenne-supérieure; la majorité de ces femmes sont mariées et on trouve, parmi elles, autant de primipares que de multipares.

### **Évolution de la dépression post-natale**

En général, les symptômes de dépression se manifestent pendant la première semaine suivant le retour à la maison, bien qu'ils puissent n'apparaître que six semaines après la naissance. La durée moyenne d'un épisode de dépression après la naissance est de 3,3 semaines, mais elle varie, en général, de deux à six semaines (O'Hara, 1984). Cependant, Kumar et Robson (1984) ont constaté que la moitié des mères dépressives l'étaient encore six mois après la naissance, et Pitt (1968) a noté que plus du tiers d'entre elles manifestaient encore des symptômes dépressifs un an plus tard.

Chez les femmes qui présentent un état dépressif après la naissance de leur enfant, les symptômes habituels de la dépression sont associés à des préoccupations concernant principalement le bébé, son état de santé et le rôle maternel. Les idées suicidaires et les sentiments de désespoir profond sont cependant rares, selon Pitt (1968).

## **Interaction mère-enfant**

L'état dépressif de ces nouvelles mères influe sur leur interaction avec leur nourrisson. En observant sur vidéo des interactions de mères déprimées et non déprimées avec leur bébé de trois mois, Field (1984) a remarqué plusieurs différences entre les deux groupes. Les mères dépressives présentaient une apparence surtout anxieuse, tendue et triste, elles étaient moins actives, leur expression faciale indiquait moins souvent de contentement ou de satisfaction. De plus, elles offraient moins de réponses contingentes aux comportements de leur bébé: elles les imitaient moins et avaient moins d'échanges ludiques avec lui ou elle. En somme, elles étaient moins actives et «interactives» avec leur nourrisson que les mères non déprimées.

Au cours de ces mêmes observations, Field a remarqué que les nourrissons des mères dépressives étaient plus tendus, présentaient moins d'expression de contentement et plus d'irritabilité.

L'étude de Whiffen et Gotlib (1989) indique que les bébés de deux mois dont les mères sont dépressives obtiennent des scores plus faibles à l'échelle de développement cognitif de Bailey que les bébés de mères non dépressives. Ils manifestent également plus de comportements négatifs lors du test.

À plus long terme, les dépressions maternelles en période post-natale pourraient avoir des conséquences importantes sur le développement et le comportement des enfants. Ainsi, on a observé des problèmes de développement cognitif chez des enfants de quatre ans dont les mères avaient connu un épisode dépressif au cours de leur première année (Cogill et al., 1986). Ces auteurs n'ont cependant pas trouvé de relation significative entre les difficultés comportementales de l'enfant à quatre ans et la présence de dépression maternelle au cours des trois mois ayant suivi la naissance (Caplan et al., 1989). Pour leur part, Wrate et al., (1985) ont noté que les enfants de trois ans dont les mères avaient eu de brefs épisodes de dépression post-natale manifestaient plus de problèmes de comportement que ceux dont les mères n'avaient pas été déprimées après la naissance. Ils n'ont cependant pu établir de relation entre un état prolongé de dépression après la naissance et des problèmes de comportement chez l'enfant.

## **Facteurs associés à la dépression post-natale**

### *Changements hormonaux*

Plusieurs auteurs ont tenté de relier les problèmes dépressifs du post-partum à divers facteurs physiologiques comme les variations

hormonales, mais la plupart de ces études se sont limitées à la période des «bleus» du post-partum (Gelder, 1978). Chalmer et Chalmer (1986) soulignent, par ailleurs, qu'on a observé des états dépressifs chez des mères adoptives, ce qui tend à démontrer que les changements hormonaux et les stress obstétricaux ne seraient pas les causes premières des dépressions après la naissance. Néanmoins, une équipe de chercheurs a vérifié très récemment des corrélations significatives entre l'état dépressif des mères entre six et huit semaines après la naissance et leur taux de progestérone salivaire, lequel serait un meilleur indicateur des niveaux de progestérone libre dans le plasma. Ces chercheurs ont, de plus, observé des concentrations de prolactine plasmatique significativement plus faibles chez les mères dépressives qui allaitaient (Harris et al., 1989).

### *Caractéristiques des mères*

L'âge et la parité sont les caractéristiques les plus fréquemment étudiées en relation avec la dépression post-natale. Plusieurs études soutiennent que les femmes primipares sont plus à risque que les autres. D'autres rapportent que les grandes multipares (plus de trois enfants) sont à risque élevé (Atkinson et Rickel, 1983). Cependant, il existe un lien entre l'âge et la parité, et il semble que la fréquence des dépressions post-natales augmente avec l'âge, bien que certaines études ne trouvent aucune association de cet ordre ou notent une relation inverse (Paykel et al., 1983).

Les études menées sur la période de transition au rôle de parent indiquent qu'un bon état de santé, une grossesse et un accouchement faciles favorisent l'adaptation post-natale (Alpert et al., 1983; Russel, 1974). Inversement, les complications lors de l'accouchement et les problèmes survenant après la naissance sont associés à la dépression post-natale dans les études de Dalton (1971) et de Lumley (1984), mais non chez Pitt (1968). Pour sa part, Oakley (1980) a constaté une forte corrélation entre des réactions dépressives après la naissance et le recours à un haut degré de technologie lors de l'accouchement. On n'a retrouvé aucune association de la sorte entre les facteurs obstétricaux et la dépression post-natale, dans une étude systématique de ces facteurs menée auprès d'un échantillon de 486 nouvelles mères (Stein et al., 1989). Par contre, l'étude de Green et al., (1990) a vérifié une relation entre le fait d'être informée et le sentiment de maîtriser la situation lors de l'accouchement, et l'état de bien-être psychologique vérifié chez la nouvelle mère six semaines après la naissance.

Des problèmes antérieurs de santé mentale sont associés à la dépression post-natale dans la plupart des études, sauf dans celles de Pitt (1968) et de Dalton (1971). Paykel et al. (1980) observent, de plus, une relation entre les «bleus» du post-partum et les symptômes de dépression post-natale.

Enfin, de nombreuses variables d'ordre psychologique ont été mises en relation avec la dépression post-natale. D'après les études rapportées par Hopkins et al. (1984), des niveaux élevés d'anxiété et d'hostilité, un lieu de contrôle externe, des attitudes négatives envers l'éducation des enfants et la famille, un déficit dans les habiletés sociales et un faible contrôle de soi sont associés à la dépression post-natale. De plus, l'attitude de la mère au cours de la grossesse à l'égard de son mariage et de l'enfant qu'elle porte, s'avère un bon «prédicteur» de l'apparition de dépressions post-natales (Field et al., 1985; Braverman, Roux, 1978).

On a peu étudié les rapports entre ces variables psychologiques et l'environnement social des mères. L'ensemble de la littérature concernant l'influence des facteurs sociaux et environnementaux sur la santé mentale semble pourtant indiquer que leur impact serait déterminant.

#### *Facteurs socio-environnementaux*

De nombreuses études, dont celle de Brown et Harris (1978), ont mis en évidence le rôle des facteurs sociaux dans l'apparition des dépressions. Les premiers auteurs se sont surtout attachés à l'analyse des effets stressseurs des événements de vie, ou stressseurs aigus, sur la dépression. Mais il apparaît de plus en plus que ce sont surtout les conditions de vie ou les stressseurs quotidiens chroniques qui ont le plus d'impact sur la santé mentale. Ce phénomène est particulièrement évident en milieu défavorisé. Hall et al., (1985) ont montré effectivement que chez les mères défavorisées ayant de jeunes enfants, les stressseurs quotidiens chroniques liés aux problèmes financiers, à la surcharge de rôles, aux inquiétudes parentales, aux problèmes d'emploi et aux conflits interpersonnels sont les plus fréquemment associés à un taux élevé de dépression, surtout chez les mères sans conjoint. Belle (1982), dans une étude prospective approfondie auprès de 43 femmes défavorisées, obtient des résultats similaires.

#### *Stresseurs et dépression post-natale*

Plusieurs études récentes sur la dépression post-natale démontrent le rôle déterminant des facteurs environnementaux de stress sur

la santé mentale des nouvelles mères. Certains chercheurs ont noté des relations entre la dépression post-natale et des difficultés économiques (Stein et al., 1989), un faible niveau de scolarité et des problèmes de logement (Hopkins, 1984; Oakley, 1980).

D'autre part, durant la période néo-natale, l'état de santé du nouveau-né, son comportement, l'ajustement au rôle de parent, la relation conjugale, de même que les relations familiales et amicales peuvent constituer pour les mères des sources importantes de stress.

**Santé et comportement du nouveau-né:** Les maladies du nourrisson sont parmi les stressseurs les plus importants pour les nouveaux parents, selon Alpert et al. (1983) et McKim (1987). Kumar et Robson (1984) établissent une relation entre la prématurité et la dépression post-natale. De même, Hopkins et al., (1987) notent une association entre les mauvaises conditions de santé des nouveau-nés et l'apparition de dépression chez leur mère.

Par ailleurs, la fréquence et l'intensité des pleurs du nourrisson contribueraient encore davantage aux difficultés d'adaptation des nouveaux parents (McKim, 1987; Wilkie, Ames, 1986). Cutrona et Troutman (1986) et Hopkins et al. (1987) relèvent, de leur côté, une association étroite entre le degré de difficulté que présente le bébé et les dépressions post-natales. Il faut cependant noter que les informations relatives au comportement du nouveau-né proviennent surtout de questionnaires adressés aux mères. On doit tenir compte ici de l'effet des états dépressifs sur les perceptions maternelles, car les mesures du tempérament et de l'état dépressif sont toujours concomitantes dans ces études. Toutefois, à la mesure des comportements du bébé au moyen d'un questionnaire, Cutrona et Troutman (1986) ajoutent des données issues d'un registre quotidien des pleurs, également tenu par la mère, ainsi que des observations, par les interviewers, de la fréquence et de l'intensité des pleurs du nourrisson. Pour leur part, Hopkins et al. (1987) rapportent que les complications néo-natales, évaluées d'après les dossiers médicaux, et l'indice de difficulté de l'enfant, tel que perçu par sa mère, contribuent, de façon indépendante, à la variance dans les niveaux de gravité des symptômes dépressifs. *Ces résultats semblent indiquer que la relation établie entre le tempérament du bébé et la dépression post-natale ne serait pas seulement le produit d'un artefact de mesure.*

**Ajustement parental:** L'ajustement au rôle de parent et aux tâches et responsabilités parentales, surtout lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, comporte des difficultés qui peuvent influencer sur le bien-être psychologique des mères. Assumer la responsabilité du



nouveau-né, répondre à ses besoins, rester disponible jour et nuit, avec la fatigue et le manque de temps pour soi qui s'ensuivent, peuvent accroître le risque de dépression post-natale (Cutrona, 1984; O'Hara, 1986). Les problèmes d'adaptation de la nouvelle mère sont d'autant plus marqués que son apprentissage des soins à un nouveau-né est insuffisant. Le manque d'expérience avec les nourrissons apparaît comme un facteur très important de l'adaptation des nouvelles mères (Shereshfky, Yarrow, 1973) et est associé à la dépression post-natale dans l'étude d'Oakley (1980) et dans celle de Fleming et al., (1988).

Par ailleurs, la perte du statut social valorisé de travailleuse et la prise en charge des tâches domestiques liées au rôle de mère à la maison, sont aussi vécues très difficilement par la majorité des femmes de l'étude d'Oakley (1980), même si ces changements sont en général temporaires. La plupart d'entre elles expriment un sentiment de perte important. Oakley relève une association directe entre de tels conflits de rôles et l'état dépressif de certaines mères. Enfin, les difficultés d'adaptation seraient plus importantes lorsque la femme tente de correspondre à l'image sociale idéalisée de la «bonne mère» (Leifer, 1980).

L'ajustement au rôle de parent implique des modifications dans les rôles des conjoints, dans le partage des tâches et dans la relation conjugale. Ces changements peuvent entraîner des conflits et de l'insatisfaction, particulièrement pour les mères (Cowan et al., 1985; Lamb, 1978; Miller, Sollie, 1980).

**Relation avec le conjoint:** Chez les femmes mariées, l'insatisfaction maritale et, encore davantage, les conflits avec le conjoint, apparaissent comme les prédicteurs les plus importants de la dépression post-natale. De nombreux auteurs soulignent que la qualité de la relation maritale est le facteur le plus fortement associé à l'adaptation de la mère, surtout s'il s'agit d'une primipare (Shereshfky et al, 1973; Grossman et al., 1980; Belsky, 1981; Crnic et al., 1983). De plus, O'Hara (1986) note que les mères dépressives disent recevoir moins de soutien du mari et en être moins satisfaites. Cette insatisfaction maritale était, pour plusieurs, déjà présente durant la grossesse.

L'ensemble de la littérature sur la dépression post-natale concerne les mères mariées ou cohabitant avec leur conjoint. On ne trouve aucune donnée sur les problèmes dépressifs des mères sans conjoint pendant la période post-natale. De nombreuses études signalent pourtant que le statut marital a un impact considérable sur la

santé mentale des femmes. Brown et al., (1975), entre autres, montrent que les femmes exposées à des événements stressants sont plus susceptibles de manifester des symptômes dépressifs graves lorsqu'elles n'entretiennent pas de liens intimes avec un conjoint ou un ami. Hall et al. (1985) observent de plus qu'en milieu défavorisé, les mères non mariées présentent significativement plus de problèmes dépressifs, et ils font état d'une proportion plus élevée de facteurs de stress parmi elles que parmi les mères mariées.

En somme, si une relation conflictuelle avec le conjoint constitue une source importante de stress, l'absence de conjoint serait aussi un facteur de stress.

**Réseau social:** Selon Belle et al. (1982), les relations qu'entretiennent les mères avec leur réseau social peuvent être sources d'inquiétudes et de conflits, et donc occasionner un stress supplémentaire, et ces relations sont associées à l'état dépressif des mères défavorisées de leur étude. Par ailleurs, l'absence de confident était, chez les mères étudiées par Stein et al. (1989), le deuxième «prédicteur» significatif de la dépression post-natale, après les faibles revenus.

En résumé, de nombreux stressants socio-environnementaux sont reliés à l'apparition de la dépression post-natale. Parmi ceux-ci, certains stressants chroniques s'avèrent particulièrement déterminants. Ce sont, par exemple, les difficultés reliées à l'état de santé du bébé et à ses comportements, l'ajustement au rôle parental, les conflits avec le conjoint et l'absence de soutien de sa part, ainsi que les conflits avec les membres du réseau social ou l'absence de confident. Les conditions matérielles, en particulier les difficultés financières et les problèmes de logement, seraient également associées à la dépression post-natale. L'ensemble des études indique, enfin, que le risque de dépression post-natale pourrait augmenter en fonction de l'intensité et de la quantité des facteurs de stress.

**Soutien social:** De nombreux auteurs ont étudié l'impact du soutien social sur la santé mentale et, en particulier, l'effet modérateur qu'il pourrait exercer dans la relation stress-santé mentale. Selon Leavy (1983), l'absence de soutien social serait liée de façon significative à la présence de problèmes psychologiques. Cependant, son rôle dans le maintien d'une bonne santé mentale apparaît beaucoup plus complexe. Selon Lin et Dean (1984), le soutien social peut agir sur la santé mentale de façon directe et indirecte, et ses effets, conjugués à ceux des événements stressants, seraient de trois ordres: il peut atténuer les effets négatifs des événements stressants, les

contrecarrer ou les prévenir. Son efficacité serait liée à de multiples facteurs, notamment, les caractéristiques de la personne qui reçoit l'aide, la nature de la situation ou du problème auquel elle fait face, le type de soutien offert, les caractéristiques de l'aidant, son attitude et la qualité de sa relation avec l'aidé (D'Abbs, 1982; Habif et Lohey, 1980; Mitchell et Moss, 1984; Monrøe et al., 1986).

En ce qui a trait à la période post-natale, plusieurs auteurs mentionnent que le soutien social exerce un effet bénéfique sur l'ajustement psychologique des mères (Tietjen et Bradley, 1985; Stemp et al., 1986). Un examen attentif des résultats révèle, cependant, des variations importantes liées à la provenance et au type de soutien social.

Chez les femmes mariées, le soutien du conjoint et la satisfaction maritale sont très étroitement associés au bien-être psychologique et à l'absence de symptômes dépressifs (O'Hara, 1986; Tietjen et Bradley, 1985, Stemp et al., 1986). Le soutien provenant du réseau social élargi contribue également au mieux-être des femmes (Cutrona et Troutman, 1986; Belsky et Ravine, 1984) mais, selon Tietjen et Bradley (1985), il s'avère inefficace lorsque la relation avec le conjoint est insatisfaisante. Ces auteurs observent, chez les mères déprimées, une plus grande fréquence de problèmes maritaux et davantage de contacts avec le réseau social élargi, en particulier avec des personnes extérieures au milieu familial.

Crnic et al. (1984) rapportent que le soutien du conjoint, dans les premiers mois suivant la naissance, peut atténuer de façon significative l'effet des événements perçus comme très stressants par les mères. D'autre part, Cutrona (1984) note que les mères présentant des niveaux élevés de stress au cours des semaines qui suivent la naissance connaissent davantage de problèmes dépressifs, même lorsqu'elles jouissaient d'un bon soutien social pendant la grossesse. Elle conclut à un effet de saturation, le soutien social devenant moins efficace à des niveaux élevés de stress. Il est difficile de comparer les résultats de ces deux études puisque, dans le cas de Cutrona (1984), les mesures de stress et de soutien social ne sont pas concomitantes. L'interprétation de Cutrona suppose que le niveau de soutien social reste stable, de la grossesse à la période post-natale. De fait, il pourrait connaître des fluctuations importantes.

Plusieurs auteurs observent, en effet, une augmentation du soutien du réseau social dans les premiers mois après la naissance (Tietjen et al., 1985; Stemp et al., 1986). Les familles d'origine des

conjointes offrent habituellement aux nouveaux parents une aide matérielle et un soutien émotif important (Belsky et Rovine, 1984).

Cependant, d'autres formes d'aide pourraient s'avérer déterminantes. Selon Cutrona (1984), les mères qui reçoivent un niveau élevé de «guidance» (ou d'aide sous forme d'avis et de conseils de la part de personnes fiables et expérimentées) pendant la grossesse, enregistrent des niveaux inférieurs de stress et présentent moins de problèmes de dépression post-natale.

Malheureusement, ces études sur le soutien social durant la période périnatale présentent les mêmes problèmes méthodologiques que ceux relevés par O'Reilly (1988) dans une analyse des recherches sur le soutien social et le réseau social: les concepts étudiés ne sont pas toujours bien définis, les instruments de mesure diffèrent d'un auteur à l'autre et ne sont pas toujours bien validés.

En somme, l'évolution et l'impact, au cours de la période périnatale, des diverses formes de soutien social, de la part du conjoint, de la famille ou du réseau social des mères, demeurent mal connus. Cette lacune est encore plus marquée dans le cas des mères sans conjoint. De plus, on dispose de peu d'informations sur le soutien social dont disposent les femmes, durant la période périnatale, en milieu défavorisé.

### **Dépression post-natale et classe sociale**

Bien que l'on reconnaisse qu'il y a plus de problèmes de santé mentale chez les personnes socio-économiquement défavorisées, on n'a mené aucune étude sur les dépressions post-natales auprès des mères défavorisées. Puisqu'elles vivent dans des conditions générales beaucoup plus difficiles, qu'elles sont plus souvent malades, de même que leurs enfants, et qu'elles ont souvent un réseau social plus conflictuel, il est possible que l'incidence des dépressions post-natales soit plus élevée parmi ces femmes.

Un grand nombre d'éléments restent à clarifier, par ailleurs, afin de comprendre les relations entre les stressseurs, le stress et le soutien social durant la période périnatale. De plus, ces mécanismes d'action peuvent varier en fonction des classes sociales.

Turner et Noh (1983) ont analysé la relation entre le statut social des nouvelles mères, leur vulnérabilité psychologique, le niveau de stress et le soutien social. Ils ont d'abord constaté une plus grande vulnérabilité au stress chez les femmes de classes défavorisées, même si elles présentaient moins de réactions extrêmes dans des situations de grand stress que les femmes de classe moyenne. Ils ont

également observé que, pour les femmes défavorisées, l'impact du soutien social varie en fonction des niveaux de stress. Aucune relation significative n'apparaît entre le soutien social et la vulnérabilité psychologique dans des conditions de stress allant de léger à moyen. Le soutien social est cependant d'une importance extrême pour les mères défavorisées dans des conditions de stress élevé. Par contre, le soutien social a toujours un effet chez les femmes de classe moyenne, quel que soit le niveau de stress considéré.

## **Conclusion**

La dépression post-natale apparaît donc comme un problème important pour la mère, pour le couple et pour le développement du nourrisson. De nombreux aspects de la dépression post-natale restent cependant à explorer. Il serait important de vérifier si les mères seules et les mères défavorisées présentent réellement un taux élevé de dépression post-natale, comme nous incite à le croire l'ensemble des études. Le processus même d'apparition de la dépression post-natale est encore mal compris. Ainsi, des études longitudinales seront nécessaires pour mieux cerner l'évolution des besoins et du soutien social des nouvelles mères durant la période périnatale, ainsi que les relations entre les stressés chroniques, le soutien social et la dépression post-natale.

Malgré ces inconnus et ces incertitudes, il est possible d'élaborer des interventions préventives en regard de la santé mentale des nouveaux parents et du développement de leurs nourrissons. Une stratégie de prévention primaire devrait, selon Atkinson et Rickell (1983), s'orienter vers la création d'environnements psychologiquement sains. Ainsi, la promotion et la prévention en période post-natale devraient viser à créer un contexte où le rôle de parent serait hautement valorisé, de telle sorte qu'après la naissance, le groupe social soit mobilisé autour des nouveaux parents pour les soutenir dans cette période d'adaptation.

Des interventions de promotion en ce sens comprendraient une meilleure préparation au rôle de parent et, en particulier, à la période de transition postérieure à l'accouchement. Elles viseraient à encourager l'entourage à apporter du soutien aux parents dès le moment de la grossesse, mais surtout dans les semaines et les mois qui suivent la naissance. Ces programmes seraient plus efficaces s'ils réussissaient à rejoindre non seulement les femmes, mais aussi les conjoints (Caplan et al., 1989).

Des interventions spécifiques des professionnels auprès des mères les plus vulnérables s'avèrent cependant nécessaires. Ces

actions doivent viser à rejoindre en priorité les mères seules ou défavorisées, pour leur offrir, à travers une relation individualisée, lors de visites à domicile, l'écoute, l'information et l'aide dont elles ont besoin.

Enfin, il importe que les professionnels de la santé qui travaillent en périnatalité admettent la gravité des dépressions post-natales pour la mère, pour le couple et pour le nouveau-né et qu'ils soient à l'affût de tels problèmes de santé mentale chez les nouvelles mères, car celles-ci n'en parlent généralement pas spontanément.

## RÉFÉRENCES

- ALPERT, J.L., RICHARDSON, M.S., FODASKI, L., 1983, Onset of parenting and stressful events, *Journal of Primary Prevention*, 3, 3, 149-159.
- ATKINSON, A.K., RICKEL, A.U., 1983, Depression in women: the postpartum experience, *Issues in Mental Health Nursing*, 5, 197-218.
- BELLE, D., 1982, *Lives in Stress, Women and Depression*, Sage Publications, Beverly Hills.
- BELSKY, J., 1981, Early human experience: a family experience, *Developmental Psychology*, 17, 1, 3-23.
- BELSKY, J., ROVINE, M., 1984, Social-network contact, family support, and the transition to parenthood, *Journal of Marriage and the Family*, 46, 2, 455-462.
- BRAVERMAN, J., ROUX, J.F., 1978, Screening for the patient at risk for postpartum depression, *Obstetrics and Gynecology*, 52, 731-736.
- BROWN, G.W., BHROLCHAIN, M.N., HARRIS, T.O., 1975, Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population, *Sociology*, 9, 225-254.
- BROWN, G.W., HARRIS, T., 1978, *Social Origins of Depression: a Study of Psychiatric Disorder in Women*, The Free Press, New York.
- CAPLAN, H.L., COGILL, S.R., ALEXANDRA, H., ROBSON, K.M., KATZ, R., KUMAR, R., 1989, Maternal depression and the emotional development of the child, *British Journal of Psychiatry*, 154, 818-822.
- CHALMERS, B.E., CHALMERS, B.M., 1986, Postpartum depression: a revised perspective, *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*, 5, 93-105.
- COGILL, S.R., CAPLAN, H.L., ALEXANDRA, H., ROBSON, K.M., KUMAR, R., 1986, Impact of maternal post-natal depression on cognitive development of young children, *British Medical Journal*, 292, 1165-1167.
- COWAN, C.P., COWAN, P.A., HEMING, G., GARRETT, E., COYSH, W.S., CURTIS-BOLES, H., BOLES, A.J., 1985, Transitions to parenthood, His, hers and theirs, *Journal of Family Issues*, 6, 4, 451-481.
- CRNIC, K.A., GREENBERG, M.T., RAGOZIN, A.S., ROBINSON, N.M., BASHAM, R.B., 1983, Effects of stress and social support on mothers of premature and full-term infants, *Child Development*, 54, 209-217.
- CRNIC, K.A., GREENBERG, M.T., ROBINSON, N.M., RAGTZIN, A.S., 1984, Maternal stress and social support: effects on the mother-infant relationship from birth to eighteen months, *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 2, 224-235.

- CUTRONA, C.E., 1984, Social support and stress in the transition to parenthood, *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 4, 378-390.
- CUTRONA, C.E., TROUTMAN, B.R., 1986, Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: a mediational model of post-partum depression, *Child Development*, 57, 1507-1518.
- D'ABBS, P., 1981, *Social Support Networks. A Critical Review of Models and Findings*, Institute of Family Studies, Monograph n° 1., Melbourne.
- FIELD, T., 1984, Early Interactions between infants and their postpartum depression mothers, *Inf. Beh. & Devel.*, 7, 517-522.
- FIELD, T., SANDBERG, D., VARCIA, R., VEGA-LAHR, N., GOLDSTEIN, S., GUY, L., 1985, Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions, *Developmental Psychology*, 21, 6, 1152-1156.
- FLEMING, A.S., FLETT, G.L., RUBLE, D.N., SHAUL, D.L., 1988, Postpartum adjustment in first-time mothers: relations between mood, maternal attitudes and mother-infant interactions, *Developmental Psychology*, 24, 1, 71-81.
- GELDER, M., 1978, Hormones and postpartum depression in M. Sandler (ed.), *Mental illness in Pregnancy and the Puerperium*, Oxford Medical Publications, Oxford.
- GREEN, J.M., COUPLAND, V.A., KITZINGER, B.A., 1990, Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women, *Birth*, 17, 1, 15-23.
- GROSSMAN, F.K., ICHLER, L.S., WINICKOFF, S.A., 1980, *Pregnancy, Birth and Parenthood*, Jossey-Bass, San Francisco.
- HABIF, V.L., LAHEY, B.B., 1980, Assessment of the life stress-depression relationship: the use of social support as a moderator variable, *Journal of Behavioral Assessment*, 2, 3, 167-173.
- 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, 5, 518-522.
- HARRIS, B., HUCKLE, P., THOMAS, R., JOHNS, S., FUNG, H., 1989, The use of rating scales to identify post-natal depression, *British Journal of Psychiatry*, 154, 813-817.
- HARRIS, B., JOHNS, S., FUNG, H., THOMAS, R., WALKER, R., READ, G., RIADFHAMY, D., 1989, The hormonal environment of post-natal depression, *British Journal of Psychiatry*, 154, 660-667.
- HOPKINS, J., MARCUS, M., CAMPBELL, S.B., 1984, Postpartum depression: a critical review, *Psychological Bulletin*, 95, 3, 498-515.
- HOPKINS, J., CAMPBELL, S.B., MARCUS, M., 1987, Role of infant-related stressors in postpartum depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 3, 237-241.
- LAMB, M.E., 1978, Influence of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal and infancy periods, in R.M. Lernet, G.B. Spanier (eds), *Child Influences on Marital and Family Interaction: a Life-Span Perspective*, Academic Press, New York.
- LEAVY, R.L., 1983, Social support and psychological disorder: a review, *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- LEIFER, M., 1980, *Psychological Effects of Motherhood. A Study of First Pregnancy*, Praeger Publ., New York.

- McKIM, M.K., 1987, Transition to what? New parents' problems in the first year, *Family Relation*, 36, 22-25.
- MILLER, B.C., SOLLIE, D.L., 1980, Normal stresses during the transition to parenthood, *Family Relations*, 29, 459-465.
- MITCHELL, R.E., MOOS, R.H., 1984, Deficiencies in social support among depressed patients: antecedents or consequences of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 438-452.
- MONROE, S.M., BROMENT, E.J., CONNELL, M.M., STEINER, S.C., 1986, Social support, life events, and depressive symptoms: a 1-year prospective study, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 424-431.
- OAKLEY, A., 1980, *Women Confined, Toward a Sociology of Childbirth*, Schocken Books, New York.
- 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., NEUNABER, D.J., ZEKOSKI, E.M., 1984, Prospective study of post-partum depression: prevalence, course and predictive factors, *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 2, 158-171.
- O'REILLY, P., 1988, Methodological issues in social support and social network research, *Social Science and Medicine*, 26, 8, 863-873.
- 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.
- PITT, B., 1968, "Atypical" depression following childbirth, *British Journal of Psychiatry*, 114, 1325-1335.
- RUSSEL, C., 1974, Transition to parenthood: problems and gratifications, *Journal of Marriage and the Family*, 36, 294-301.
- SÉGUIN, L., FERLAND, F., OUELLET, D., LAMBERT, J., 1986, *Évaluation de l'efficacité d'interventions éducatives et de support auprès des parents à la période périnatale*, Rapport de recherche, Montréal.
- SHERESHEFSKY, P.M., YARROW, L.J., 1973, *Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation*, Raven Press, New York.
- STEIN, A., COOPER, P.J., CAMPBELL, E.A., DAY, A., ALTHAM, M.E., 1989, Social Adversity and Perinatal Complications: their Relation to Postnatal Depression, *British Medical Journal*, 298, 1073-1074.
- STEMP, P.S., TURNER, R.J., NOH, S., 1986, Psychological distress in the post-partum period: the significance of social support, *Journal of Marriage and the Family*, 48, 271-277.
- TIETJEN, A.M., BRADLEY, C.F., 1985, Social support and maternal psychosocial adjustment during the transition to parenthood, *Revue canadienne des sciences du comportement*, 17, 2, 109-121.
- TURNER, R.J., NOH, S., 1983, Class and psychological vulnerability among women: the significance of social support and personal control, *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 2-15.
- WHIFFEN, V.E., 1988, Screening for post-partum depression: a methodological note, *Journal of Clinical Psychology*, 44, 3, 367-371.
- WHIFFEN, V.E., GOTLIB, I.H., 1989, Infants of post-partum depressed mothers: temperament and cognitive status, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 3, 274-279.



- WILKIE, C.P., AMES, E.W., 1986, The relationship of infant crying to parental stress in the transition to parenthood, *Journal of Marriage and the Family*, 48, 545-560.
- WRATE, R.M., ROONEY, A.C., THOMAS, P.F., COX, J.L., 1985, Postnatal Depression and Child Development: a Three Year Follow-up Study, *British Journal of Psychology*, 146, 622-627.

## ABSTRACT

### Post-natal depression: The socio-environmental factors

In the weeks and months that follow the birth of a child, between 10 and 20 per cent of mothers experience serious or moderate symptoms of depression. This state of psychological distress affects the mother-infant interaction, and can modify the child's development in the longer term. Recent studies increasingly link these symptoms to environmental and psychosocial stress factors.

The setting up of relevant and efficient prevention and promotion programs requires a better understanding of the effect of stress and social support on the mental health of mothers.