

Université de Montréal

Replacer le travail des mères dans son contexte : une exploration des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive six mois après la naissance d'un enfant

par

Catherine des Rivières-Pigeon

Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine

Thèse présentée à la faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en Santé publique

Juin 2000

© Catherine des Rivières-Pigeon





National Library  
of Canada

Acquisitions and  
Bibliographic Services

395 Wellington Street  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

Bibliothèque nationale  
du Canada

Acquisitions et  
services bibliographiques

395, rue Wellington  
Ottawa ON K1A 0N4  
Canada

*Your file* *Votre référence*

*Our file* *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-55460-0

Canada

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Replacer le travail des mères dans son contexte : une exploration des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive six mois après la naissance d'un enfant

Présentée par :

Catherine des Rivières-Pigeon

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Président-rapporteur : Jean-Marc Brodeur

Directrice : Lise Goulet

Codirectrices : Louise Séguin et Francine Descarries

Examinatrice externe : Patrizia Romito

Examinatrice interne : Maria-Victoria Zunzunegui

## SOMMAIRE

Cette étude vise l'exploration des liens unissant le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs chez les nouvelles mères, six mois après la naissance d'un enfant. La particularité de la démarche est la mise en lumière du contexte dans lequel prend place la situation des mères concernant l'emploi. Le rapport à l'emploi, c'est-à-dire le fait de travailler, d'être en congé, d'être « femme au foyer » ou de rechercher un emploi, est abordé comme un facteur lié à des caractéristiques socio-environnementales et à un contexte social, plutôt que le fruit d'une décision individuelle indépendante du contexte. Cette association entre le rapport à l'emploi et les caractéristiques des nouvelles mères nous porte à envisager la possibilité selon laquelle ces caractéristiques pourraient intervenir dans la relation unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Trois configurations de liens ont été envisagées : celle d'une relation entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive qui serait indépendante des caractéristiques socio-environnementales, celle d'une relation interactive entre le rapport à l'emploi et les caractéristiques socio-environnementales sur la symptomatologie dépressive, et enfin, celle d'une relation indirecte (lien intermédiaire ou facteur de confusion) entre l'emploi et les symptômes dépressifs, dans laquelle les caractéristiques socio-environnementales viendraient jouer un rôle.

Cette étude s'insère dans le cadre plus large d'une recherche sur la santé des femmes dans l'année qui suit une naissance. Elle a été effectuée avec une méthodologie quantitative, auprès d'un échantillon de quatre cent quarante-sept (447) femmes. Des analyses statistiques bivariées ainsi que des modèles de régression linéaires et logistiques ont permis d'effectuer l'exploration visée.

Les résultats de l'étude sont présentés sous forme de trois articles. Dans chacun des articles, différentes caractéristiques socio-environnementales des nouvelles mères sont abordées. Le premier article révèle les relations unissant le rapport des mères à l'emploi aux caractéristiques socio-environnementales qui constituent les facteurs de risque les plus souvent retrouvés dans les écrits portant sur la dépression postnatale. Dans le second article, un élément précis du contexte de vie des nouvelles mères fait l'objet d'attention : le



partage, entre les conjoints, des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Enfin, le troisième article porte sur des facteurs d'ordre perceptuel pouvant intervenir dans la relation entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale : l'insatisfaction face à la situation d'emploi, et l'attitude face au travail et à la maternité.

Les résultats révèlent la présence de liens indirects entre le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive. Le rapport à l'emploi est lié de près à plusieurs facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale, ces facteurs pouvant être soit la cause, soit la conséquence de ce rapport. Les mères en congé, et dans une moindre mesure les mères travailleuses, ont des caractéristiques et un environnement favorables à leur santé psychologique, alors que les « femmes au foyer » et celles qui sont à la recherche d'un emploi, se retrouvent plus souvent dans une situation menant au développement de symptômes dépressifs.

Ces résultats révèlent l'importance de tenir compte de la relation étroite unissant le rapport à l'emploi et les caractéristiques socio-environnementales des nouvelles mères dans l'étude des facteurs menant au développement de symptômes dépressifs postnataux.

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>5</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES SIGLES</b>	<b>7</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>8</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>

### **CHAPITRE 1 : LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE À LA PÉRIODE POSTNATALE**

---

**17**

<b>1</b>	<b>DÉFINIR LE PHÉNOMÈNE DÉPRESSIF SURVENANT À LA PÉRIODE POSTNATALE</b>	<b>18</b>
1.1	Ni « blues », ni psychose	19
1.2	La dépression postnatale	21
1.3	Terminologie et définition retenue	25
<b>2</b>	<b>ETIOLOGIE DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS À LA PÉRIODE POSTNATALE</b>	<b>26</b>
2.1	Approche biologique	27
2.2	Approches psychologiques	28
2.3	Approches socio-environnementales	29
2.4	Approches socio-politiques	31
<b>3</b>	<b>MODÈLE RETENU: UNE INTÉGRATION DES PRINCIPALES APPROCHES</b>	<b>33</b>
3.1	Application du modèle à la démarche de recherche	36
3.2	Rapport à l'emploi et symptômes dépressifs postnataux	37
<b>4</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>41</b>

### **CHAPITRE 2 : MISE EN CONTEXTE DU RAPPORT DES NOUVELLES MÈRES AU MARCHÉ DE L'EMPLOI**

---

**43**

<b>5</b>	<b>ÉVOLUTION DU RAPPORT DES MÈRES AU TRAVAIL ET À LA MATERNITÉ</b>	<b>45</b>
5.1	Période préindustrielle (des débuts de la colonie jusqu'à la fin du XVIII <sup>ème</sup> siècle) : un même lieu pour le travail et la famille	46
5.2	Dix-neuvième siècle: industrialisation et séparation des sphères masculines et féminines du travail	49
5.3	Vingtième siècle: retrait et retour des mères au travail au rythme des guerres	51
5.4	Fin du vingtième siècle: la double tâche	53
5.5	Rapport actuel des nouvelles mères au travail rémunéré, aux tâches domestiques et au rôle maternel	55

6	LA SOCIALISATION AU CŒUR DU RAPPORT DES MÈRES À L'EMPLOI	59
6.1	L'acquisition des attitudes et comportements par le processus de socialisation	60
6.2	Contexte social entourant la conception du rôle maternel	61
6.3	La socialisation par les sentiments et émotions	65
6.4	Socialisation et rapport des mères au travail et à la maternité	66
7	MODÈLE PROPOSÉ POUR L'EXPLORATION DES LIENS UNISSANT LE RAPPORT À L'EMPLOI ET LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE POSTNATALE	68

### CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE 73

1	CONTEXTE DE L'ÉTUDE : LA RECHERCHE GÉNÉRALE SUR LA SANTÉ DES FEMMES	74
1.1	Méthode de collecte des données	74
1.2	Population et échantillon	75
1.3	Description de l'échantillon	75
2	ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE NOTRE RECHERCHE	76
2.1	Objectif de recherche	76
2.2	Caractéristiques du devis	77
2.3	Caractéristiques de l'échantillon	78
2.4	Choix des variables	79
2.5	Définition opérationnelle des variables	80
3	ANALYSES STATISTIQUES	88
3.1	Analyses bivariées	88
3.2	Exploration des liens indépendants :	89
3.3	Exploration des liens interactifs :	89
3.4	Exploration des liens indirects	90

### CHAPITRE 4 : RESULTATS 92

	PRÉSENTATION DES ARTICLES DE LA THÈSE	93
--	---------------------------------------	----

### UNRAVELLING THE COMPLEXITIES OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EMPLOYMENT STATUS AND POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY

94

1	EMPLOYMENT STATUS AND POSTPARTUM DEPRESSIVE SYMPTOMS	96
2	POPULATION AND METHODS	98
2.1	Subjects	99
2.2	Materials and procedures	100
2.3	Statistical analysis	102
3	RESULTS	103
3.1	Characteristics of the sample	103

3.2	Direct link between employment situation and depressive symptoms	104
3.3	Multivariate model: risk factors for depressive symptoms	105
3.4	Employment status and risk factors for depressive symptoms	105
4	DISCUSSION	106
5	CONCLUSION	111
6	REFERENCES	117

## **PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES ET RAPPORT À L'EMPLOI SIX MOIS APRÈS UNE NAISSANCE : IMPACT SUR LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE POSTNATALE** 120

1	RECENSION DES ÉCRITS	122
2	MÉTHODE	128
2.1	Variables	129
2.2	Analyses	133
3	RÉSULTATS	134
3.1	Description de l'échantillon	134
3.2	Analyses bivariées	137
3.3	Analyses multivariées : exploration des trois configurations de liens	139
4	DISCUSSION	142
5	RÉFÉRENCES	156

## **INSATISFACTION FACE À L'EMPLOI ET SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE POSTNATALE** 158

1	RAPPORT À L'EMPLOI ET SYMPTÔMES DÉPRESSIFS POSTNATAUX	160
2	MÉTHODE	164
2.1	Population, échantillon et mode de collecte des données	164
2.2	Instruments de mesure	165
2.3	Analyses statistiques	169
3	RÉSULTATS	171
3.1	Description de l'échantillon	171
3.2	Rôle de l'insatisfaction dans la relation entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs	175
3.3	Facteurs associés à l'insatisfaction	176
4	DISCUSSION	177
5	RÉFÉRENCES	191

**DISCUSSION** \_\_\_\_\_ **194**

1	VALIDITÉ DES RÉSULTATS	196
1.1	Validité des résultats obtenus	197
1.2	Résultats non obtenus	200
1.3	Validité externe	200
1.4	Limites	202
2	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	207
2.1	La symptomatologie dépressive postnatale	207
2.2	Facteurs liés à la symptomatologie dépressive postnatale	211
2.3	Placer le rapport à l'emploi dans son contexte	217
2.4	Modèles proposés pour la compréhension des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale	224

**CONCLUSION** \_\_\_\_\_ **234**

## LISTE DES FIGURES

## THESE

Figure 1 : Symptômes dépressifs postnataux : Modèle étiologique proposé _____	36
Figure 2 : Facteurs liés au rapport a l'emploi _____	69
Figure 3 : Intégration des modèles _____	70
Figure 4 : Modèle faisant l'objet d'exploration _____	71
Figure 5 : Relation indépendante _____	76
Figure 6 : Relation interactive _____	77
Figure 7 : Relation indirecte _____	77
Figure 8 : Liens unissant le rapport a l'emploi et les symptômes dépressifs _____	224
Figure 9 : Liens unissant le rapport a l'emploi et les symptômes dépressifs : modèle élargi _____	232

## ARTICLE I

Figure 1 : Links between employment status and depressive symptoms _____	111
--	-----

## ARTICLE II

Figure 1 : Configurations de liens explorées _____	127
--	-----

## ARTICLE III

Figure 1 : Attitude, insatisfaction et dépression : modèle habituel _____	182
Figure 2 : Attitude, insatisfaction et dépression : modèle proposé _____	182

## LISTE DES TABLEAUX

## ARTICLE I

Table 1 : Association between Employment status and Depressive symptoms _____	112
Table 2 : Multivariate model: risk factors for depressive symptoms _____	113
Table 3 : risk factors and employment status : <i>Workers vs women on maternity leave</i> _____	114
Table 4 : risk factors and employment status : <i>Homemakers vs women on maternity leave</i> _____	115
Table 5 : risk factors and employment status : <i>Unemployed women vs women on maternity leave</i> _____	116

## ARTICLE II

Tableau 1 : Caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat _____	147
Tableau 2 : description du partage des tâches et soins _____	148
Tableau 3 : Partage en fonction du type de tâche et de soin _____	149
Tableau 4: Association entre le mode de partage et les symptômes dépressifs _____	150
Tableau 5 : autres variables liées aux symptômes dépressifs _____	151
Tableau 6 : Modèle multivarié : partage des tâches et facteurs de risque socio-environnementaux sur les symptômes dépressifs postnataux _____	152
Tableau 7 : Association entre le rapport à l'emploi et le partage des tâches domestiques et les soins au nourrisson _____	153
Tableau 8 :Autres variables significativement liées au partage des tâches domestiques et aux soins au nourrisson _____	154

## ARTICLE III

Tableau 1 :Caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat _____	183
Tableau 2 : Attitude face au travail et à la maternité _____	184
Tableau 3 : Congruence attitude –situation _____	185
Tableau 4 : insatisfaction, rapport à l'emploi et symptômes dépressifs _____	186
Tableau 5 : Modèle multivarié : effet de l'insatisfaction et des facteurs socio-environnementaux sur les symptômes dépressifs postnataux _____	187
Tableau 6 : Insatisfaction et attitude face au travail et à la maternité _____	188
Tableau 7 : Facteurs liés à l'insatisfaction _____	189

## LISTE DES SIGLES

ASSIS : Arizona Social Support Interview Schedule

CES-D : Center for Epidemiologic Studies – Depression scale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – American Psychiatric Association

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

GHQ : General Health Questionnaire

MADRS : échelle de dépression de Montgomery & Asberg

RDC : Research Diagnosis Criteria

SPSS : Statistical Package for Social Sciences



## LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRES

ANNEXE II : ANALYSES SUPPLEMENTAIRES

ANNEXE III : NOTES SUR LE CODAGE

A Francine Ouellet,

un modèle de chercheuse et de femme.

## REMERCIEMENTS

Ecrire une thèse, c'est aussi traverser toute une tranche de vie. Cette thèse est sans aucun doute teintée des expériences, heureuses et malheureuses, qui ont jalonné ces années. Ces expériences, autant que le travail et les connaissances acquises, ont fait de moi, je l'espère, une chercheuse plus avisée, plus critique mais aussi plus nuancée que celle que j'étais au début de cette aventure doctorale.

Plusieurs personnes m'ont guidée et supportée durant ces années, de façon bien différente, et je tiens à les en remercier. Je remercie ma directrice de thèse, Lise Goulet, et mes codirectrices, Louise Séguin et Francine Descarries, qui m'ont dirigée chacune dans leur spécialité. Je les remercie tout particulièrement de la grande compréhension et de la flexibilité dont elles ont fait preuve, notamment, lors de mes fréquents déplacements.

Un merci tout spécial à Céline Cossette et Yves Pigeon. Leur accueil hors du commun est le souvenir le plus précieux que je garde de mes années à Montréal. Merci à Nadia Clavaud qui m'a permis d'utiliser les bureaux d'Authentis, à Lyon. J'y ai trouvé un milieu et un soutien qui m'ont permis de rédiger ma thèse dans les meilleures conditions. Merci également à l'équipe du CRIB, à l'Université Laval, où j'ai été si bien accueillie lors de mes séjours à Québec. Je remercie mes parents, Michel Pigeon et Marie-José des Rivières, tous deux docteurs, de leur soutien, de leurs encouragements, mais surtout, d'avoir fait confiance en mes capacités intellectuelles et en mon jugement depuis mon enfance. Enfin, merci à Laurent Barcelo, mon mari. Le bonheur et l'amour qu'il me donne m'ont permis d'écrire cette thèse.

En terminant, j'aimerais remercier toutes les femmes qui ont participé à cette étude. J'ai eu la chance d'en rencontrer plusieurs, lors de la première collecte des données et la gentillesse avec laquelle elles ont accepté de répondre à nos questions, à peine deux jours après la naissance de leur enfant, est remarquable.

Merci enfin au Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, pour son soutien financier.

## INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est la source de grandes joies pour les nouveaux parents. Le bonheur que procurent les enfants est tel qu'une majorité de femmes décrivent la maternité comme la plus belle expérience de leur vie (Descarries & Corbeil, 1998a; Descarries & Corbeil, 1998b). Dans notre culture, la maternité est souvent prise comme synonyme d'épanouissement et de bien-être. Pourtant la réalité peut se révéler bien loin de l'image rose de la jeune mère comblée. Au contraire, les jours et les mois qui suivent l'accouchement se caractérisent par des sentiments de tristesse, d'anxiété et de dépression pour plusieurs nouvelles mères<sup>1</sup>. Ainsi, d'après les données disponibles, environ 15 % des femmes seraient aux prises avec des symptômes dépressifs importants au cours de la première année postnatale (Glangeaud-Freudanthal, 1999; Leathers, Kelley, & Richman, 1997; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999; Séguin, Potvin, St-Denis, & Loiselle, 1999; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998; Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1996).

Comment la maternité peut-elle être à la fois source de grand bonheur et de dépression ? Il est possible d'avancer plusieurs hypothèses devant un tel paradoxe. Cependant, à la lumière des écrits portant sur la symptomatologie dépressive postnatale, une piste de réponse se dégage pour expliquer, en partie, cette situation : le contexte de vie des nouvelles mères, c'est-à-dire l'environnement dans lequel s'inscrit cette maternité, serait à l'origine des sentiments dépressifs ressentis. Si le rapport maternel à l'enfant, le fait de le voir grandir, d'interagir avec lui, bref tout ce qu'Adrienne Rich qualifie « d'expérience de la maternité » (Rich, 1980) est enthousiasmant, les conditions dans lesquelles s'exercent cette expérience pourraient l'être beaucoup moins. L'isolement, la fatigue et le stress lié à la lourdeur de la tâche que constituent les soins au nourrisson, l'absence de revenu, le peu de reconnaissance sociale, peuvent rendre particulièrement pénibles les jours et les mois suivant « l'heureux événement ».

---

<sup>1</sup> L'expression « nouvelle mère » est utilisée, dans ce texte, pour désigner les mères d'enfants âgés de moins d'un an, qu'elles aient ou non d'autres enfants.

Les conséquences de la symptomatologie dépressive postnatale sont énormes, pour les nouvelles mères bien sûr, qui voient réduire de façon importante leur qualité de vie, mais également pour les nourrissons et les autres enfants de ces mères en difficulté, qui pourraient souffrir des conséquences de cette situation (Beck, 1995; Cummings & Davis, 1994; Murray, 1992; Murray & Cooper, 1997; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996a; Murray, Hipwell, Hooper, Stein, & Cooper, 1996b). Toute la société, de fait, subit les contrecoups de ce problème. Pour cette raison, et devant l'importance du rôle que semble jouer le contexte postnatal dans le développement de symptômes dépressifs, il apparaît essentiel de s'attarder aux facteurs qui constituent l'environnement immédiat des nouvelles mères afin de mieux comprendre ceux qui paraissent susceptibles de provoquer le développement de ces symptômes.

Plusieurs auteurs ont entrepris une telle démarche et ont mis en lumière des éléments du contexte de vie des nouvelles mères aujourd'hui reconnus comme constituant des facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale (voir (O'Hara & Swain, 1996) pour une recension méta-analytique à ce sujet). Cependant, un élément central de la vie des nouvelles mères n'a que très rarement été abordé : le rapport qu'elles entretiennent, à cette période, avec le marché de l'emploi. Le fait de travailler ou de ne pas travailler au cours des mois qui suivent une naissance, pourrait jouer un rôle dans le développement de symptômes dépressifs. Mais au delà de l'impact de l'activité professionnelle, les liens entretenus avec le marché de l'emploi paraissent grandement susceptibles d'avoir une influence sur l'état de santé psychologique des nouvelles mères. Ainsi, la situation des mères « au foyer » est sans doute très différente de celle des femmes profitant d'un congé de maternité, même si ces deux groupes de femmes peuvent, ponctuellement, être désignés par l'expression « non-travailleuses ».

La méconnaissance des liens unissant le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs postnatals constitue une réelle lacune puisque c'est en cumulant les rôles de mère et de travailleuse que la majorité des femmes vivent maintenant leur maternité (Fast & Da Pont, 1997; Marshall, 1999; Pascual, Haynes, Galperin, & Bornstein, 1995; Saurel-Cubizolles et al., 1999). Cette situation constitue d'ailleurs un bouleversement du contexte postnatal puisqu'elle est passée « de l'exception à la règle » en moins de vingt ans (Dandurand & Descarries, 1992). Aujourd'hui, près de 80% des mères d'enfants de moins de trois ans sont actives sur le marché de l'emploi. Les trois quarts des

nouvelles mères québécoises occupent un emploi avant que leur bébé atteigne un an, et plusieurs d'entre elles sont au travail quelques mois, voire quelques semaines après l'accouchement (Marshall, 1999).

Ce nouveau rapport à l'emploi est-il favorable ou, au contraire, défavorable à la santé psychologique des femmes dans les mois qui suivent la naissance d'un enfant ? Au moment de commencer cette recherche, rien n'est certain concernant les relations unissant le rapport des mères à l'emploi et les symptômes dépressifs postnataux. De façon générale, les auteurs ont constaté une association positive entre le travail et l'état de santé (Hibbard & Pope, 1992; Martikainen, 1995; Ross & Mirowsky, 1995; Waldron, Weiss, & Hughes, 1998; Weatherhall, Joshi, & Macran, 1994), mais la situation des nouvelles mères demeure encore mal connue. Le fait de cumuler les rôles de mère et de travailleuse pourrait se révéler beaucoup plus difficile à cette période, étant donné la lourdeur des soins que nécessite un petit bébé, le désir que peuvent avoir les femmes de rester auprès de lui, et même la culpabilité liée au fait de devoir déléguer à une autre personne la garde de leur enfant durant la journée. La situation des mères qui se retirent, de façon plus ou moins temporaire, du marché de l'emploi, peut paraître plus enviable. Cependant, les écrits tendent à révéler que le séjour à la maison est loin de constituer le havre de repos auquel les jeunes mères pourraient aspirer. Cette situation peut être source de problèmes financiers, de la perte d'un statut social valorisé et d'un grand isolement.

Nous avons pu le constater, la question des liens unissant le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale se pose difficilement en des termes de liens directs. Plus que le seul fait de travailler ou de ne pas travailler dans les mois qui suivent une naissance, les conditions dans lesquelles se vivent ces situations de travail et de non-travail des mères pourraient être déterminantes pour leur état de santé. Pour cette raison il nous apparaît essentiel d'aborder le rapport à l'emploi comme une réalité qui s'inscrit dans un contexte de vie plus large, constitué non seulement des caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, mais également d'une organisation sociétale fort susceptible d'exercer une influence sur ces caractéristiques. En effet, les situations de mère travailleuse ou en congé, de femme « au foyer » ou à la recherche d'un emploi, se révèlent certainement bien différentes depuis qu'une majorité de femmes exercent une activité professionnelle.

## Objectif de la recherche

Cette recherche tentera donc de révéler les liens unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, en plaçant ce rapport à l'emploi dans un contexte plus large constitué des caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, ainsi que du contexte social dans lequel s'insèrent ces caractéristiques.

La démarche proposée se veut résolument interdisciplinaire. Jusqu'à présent, les chercheurs et chercheuses qui se sont penchés sur le rapport des femmes au marché de l'emploi l'ont fait sous un angle davantage sociologique, s'attardant peu à la santé des mères. Les études du domaine de la santé qui ont cherché à révéler les facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale ont, pour leur part, souvent isolé l'effet de chacun des facteurs, laissant dans l'ombre tout effet indirect ou toute interrelation entre ceux-ci. Le défi que nous tentons de relever dans cette recherche est d'intégrer ces deux approches de manière à réaliser une étude exploratoire qui mette en évidence les liens qui se tissent entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs. De façon plus précise, nous cherchons à mettre en lumière des éléments du contexte de vie des nouvelles mères qui, parce qu'ils sont en lien à la fois avec le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs, sont susceptibles d'intervenir dans cette relation. Cette étude, de nature exploratoire, porte sur la situation des femmes six mois après un accouchement.

## A propos de la méthode

Bien que la recherche soit de nature exploratoire, suivant donc une logique en partie inductive, des outils quantitatifs y sont privilégiés. En effet, cette étude se situe dans le contexte plus large d'une recherche quantitative sur la santé des femmes après la naissance d'un enfant (Séguin, Goulet, & Saurel-Cubizolles, 1995)<sup>2</sup>. Les données recueillies dans cette recherche nous apparaissent fournir des informations suffisantes pour que soient mis en lumière les liens que nous souhaitons analyser.

---

<sup>2</sup> Les questionnaires de cette recherche ont été élaborés en s'inspirant de questionnaires conçus dans le cadre de recherches européenne portant sur la santé et le travail des femmes après une naissance, dirigée par madame Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles et France et par madame Partizia Romito, en Italie. Ces recherches européennes ont été à l'origine de plusieurs publications citées dans cette thèse, notamment Romito et al., 1999; Saurel-Cubizolles et al., 1999 et Saurel-Cubizolles et al., 2000.

Si les facteurs faisant l'objet d'exploration ont été déterminés au début de l'étude (l'élaboration d'un questionnaire rendant cette étape nécessaire), la démarche de recherche demeure exploratoire car elle vise non pas la validation d'hypothèses formulées à priori, mais bien la découverte de liens nous permettant de proposer un modèle que d'autres auteurs pourront chercher à valider.

### Présentation de la thèse

La démarche suivie dans cette recherche comporte trois grandes étapes. Dans un premier temps, nous nous penchons sur les écrits ayant porté, d'une part, sur la symptomatologie dépressive postnatale et, d'autre part, sur le rapport des mères à l'emploi, afin de créer un cadre à partir duquel nous aborderons ces deux facteurs d'intérêt. Le premier chapitre, qui porte sur la symptomatologie dépressive des nouvelles mères à la période postnatale, aborde les différentes définitions et terminologies données à ce phénomène, ainsi que les principales approches concernant son étiologie. Le second chapitre jette un regard sur le rapport entretenu par les nouvelles mères avec le marché de l'emploi. Une approche historique et sociologique nous met sur la piste du contexte dans lequel s'inscrit ce rapport. En effet, les transformations du rapport à l'emploi en fonction des époques mettent en lumière les liens étroits unissant le contexte social à l'environnement, aux attitudes et aux décisions individuelles des nouvelles mères. A la fin de ces deux chapitres, nous serons en mesure de poser les bases de l'exploration des liens entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs qui font l'objet d'analyse.

Cette exploration constitue la deuxième étape de la recherche. Après avoir décrit, dans le troisième chapitre, les aspects méthodologiques de l'étude, nous présenterons les résultats des analyses permettant cette exploration. La partie résultats prend la forme de trois articles. Dans chacun de ces articles, les liens entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive sont explorés par la mise en lumière d'aspects différents du contexte de vie des nouvelles mères. Le premier s'attarde aux facteurs de risque socio-environnementaux les plus souvent trouvés dans les écrits portant sur la symptomatologie dépressive postnatale. Le second porte sur un aspect plus précis du contexte de vie des nouvelles mères : le mode de partage des tâches domestiques entre les conjoints. Enfin, le troisième touche à des aspects liés aux perceptions des nouvelles mères, soit leur insatisfaction face



au rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi et l'attitude qu'elles adoptent face à l'emploi et à la maternité.

A la lumière des résultats de ces trois articles, nous proposons, dans la troisième et dernière étape présentée dans la partie « discussion » de la thèse, une structure pour la compréhension des liens unissant le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale.

CHAPITRE I: LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE A LA PERIODE POSTNATALE

---

Un seul regard aux nombreux écrits portant sur la santé psychologique des femmes à la période postnatale suffit pour constater que la naissance d'un enfant s'accompagne très souvent de symptômes dépressifs d'intensité et de durée variables. L'ampleur du problème et des coûts sociaux qui y sont associés fait aujourd'hui l'unanimité (Altshuler, Hendrick, & Cohen, 1998; Glangeaud-Freudanthal, 1999; Llewellyn, Stowe, & Nemeroff, 1997; Murray, Fiori-Cowley, Hooper, & Cooper, 1996; O'Hara & Swain, 1996; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998). Cependant, les connaissances scientifiques concernant le phénomène dépressif postnatal présentent encore certaines limites. En effet, si plusieurs auteurs en ont estimé la fréquence et documenté les causes et les manifestations, il se dégage de la lecture des écrits un sentiment de confusion, les données sur l'incidence présentant de grandes variations. En outre, les termes utilisés, la définition du phénomène, l'intensité des épisodes et plus particulièrement les causes identifiées demeurent sujets à controverse.

La compréhension du phénomène dépressif postnatal nécessite que soient clarifiés plusieurs aspects de la question. Dans ce premier chapitre, nous chercherons à effectuer une telle clarification afin de présenter le cadre à partir duquel nous aborderons cette problématique. Sans prétendre mettre un point final aux débats entre les auteurs, nous espérons du moins offrir une justification aux terminologies et définitions choisies, et décrire de façon précise la perspective que nous adopterons concernant l'origine de la symptomatologie dépressive postnatale.

## **1 Définir le phénomène dépressif survenant à la période postnatale**

Définir le phénomène dépressif survenant à la période postnatale n'est pas une mince affaire. De fait, il n'existe dans les écrits aucune définition consensuelle. Ce phénomène se retrouvant au confluent des disciplines des sciences sociales, de la psychologie et des sciences de la santé, les perspectives pour l'aborder présentent, en fonction de ces disciplines, de fortes variations. On retrouve toutefois quelques grandes tendances sur lesquelles s'accordent une majorité d'auteurs. La première de ces tendances est la distinction entre trois grands types de problèmes psychologiques survenant à cette période: le « blues du postpartum », la psychose puerpérale et la dépression postnatale. Nous commencerons donc notre démarche de recherche d'une définition du phénomène

dépressif postnatal en décrivant les deux problèmes psychologiques dont il se distingue: le blues et la psychose.

## 1.1 Ni « blues », ni psychose

### *1.1.1 Le blues du post-partum*

Quelques jours après la naissance d'un enfant, de nombreuses femmes vivent une courte période dépressive qui se caractérise par une envie irrésistible de pleurer. Cette réaction est le plus souvent nommée « blues du post-partum », mais on la désigne parfois par les expressions « maternity blues » ou « baby blues ». Ce « blues », bien connu dans le domaine de la santé périnatale, est très fréquent. Il a la particularité d'être limité dans le temps, soit aux quelques jours suivant l'accouchement. Les symptômes sont analogues à ceux généralement rencontrés dans les états dépressifs: pleurs, tristesse, anxiété et irritabilité ainsi que troubles du sommeil et de l'appétit, parfois même confusion, indifférence ou perte de plaisir. L'intensité maximale est le plus souvent atteinte autour du cinquième jour post-partum, alors que les symptômes décroissent ensuite rapidement, pour disparaître autour du dixième jour suivant l'accouchement (Delzenne, Poinso, Thirion, & Samuelian, 1996; Glangeaud-Freudanthal, Crost, & Kaminski, 1999; Llewellyn et al., 1997; Nonacs & Cohen, 1998; Pritchard & Harris, 1996). Ces symptômes peuvent être présents avec une plus ou moins grande intensité, mais ils sont toujours de courte durée: s'ils dépassent deux semaines le diagnostic est généralement réévalué. Selon les auteurs, de 20 à 80% des femmes nouvellement accouchées seraient affectées par ce problème. Cette variation s'explique par la diversité des critères utilisés pour le définir, mais dans la plupart des écrits, la prévalence estimée dépasse 50% (Delzenne et al., 1996; Glangeaud-Freudanthal et al., 1999; Llewellyn et al., 1997; Nonacs & Cohen, 1998; Pritchard & Harris, 1996).

L'étiologie du « blues du post-partum » est encore mal comprise. La proximité entre le moment d'apparition de ces symptômes et l'accouchement a fait surgir l'hypothèse d'une relation entre des changements hormonaux et les variations d'humeur observées. Toutefois, la vérification empirique de cette hypothèse s'est révélée difficile et les résultats demeurent contradictoires (O'Hara, Schlechte, Lewis, & Wright, 1991b). Le « blues » a également été mis en relation avec une histoire

de syndrome prémenstruel ainsi qu'avec le poids de la mère, toujours avec des résultats peu probants (Guedeney, Bungener, & Widlocher, 1993; O'Hara et al., 1991b; Pritchard & Harris, 1996).

Des hypothèses à caractère psychologique ont également été proposées. Des auteurs présentent le « blues » comme étant lié à un travail de deuil concernant l'enfant imaginé pendant la grossesse, ou encore comme la conséquence du passage symbolique du statut de femme enceinte à celui de mère (Delzenne et al., 1996). Les résultats concernant une association avec certains facteurs d'ordre socio-environnemental, notamment le statut socio-économique, se révèlent également contradictoires, à l'exception du soutien social dont l'absence semble jouer un rôle dans l'apparition de ce phénomène (O'Hara et al., 1991b).

La relation entre le « blues » généralement considéré comme une pathologie mineure en raison du caractère limité de ses symptômes, et la présence d'une symptomatologie dépressive d'une plus grande intensité et de plus longue durée, fait l'objet de débat. Plusieurs soulèvent en effet l'hypothèse selon laquelle le « blues » et la dépression seraient des phénomènes de nature semblable se présentant sur un continuum d'intensité (O'Hara & Zekoski, 1988). Les écrits indiquent que si les symptômes du « blues » se résolvent généralement d'eux-mêmes, près de 20% des femmes touchées par ce problème développeront une symptomatologie dépressive plus importante au cours de la période postnatale (Delzenne et al., 1996).

### *1.1.2 La psychose puerpérale*

Outre ce phénomène mineur très répandu qu'est le « blues du postpartum », on retrouve les cas heureusement rares, mais très graves, de psychose puerpérale ou psychose du post-partum, incident qui fait perdre à la mère contact avec la réalité et peut parfois mener à l'infanticide. Un épisode typique d'une telle psychose comprend des symptômes dramatiques évoluant rapidement et survenant au cours des deux semaines suivant l'accouchement (Agrawal, Bhatia, & Malik, 1997; Brockington & Meakin, 1994; Kendell, Chalmers, & Platz, 1987; Kumar, 1990; Nonacs & Cohen, 1998; Walther, 1997). Son diagnostic requiert généralement une apparition au cours des six premières semaines post-partum. L'appellation psychose puerpérale ou du post-partum regroupe tous les incidents psychiatriques majeurs survenant à la période postnatale. Plusieurs auteurs

présentent ces psychoses comme des troubles psychotiques associés aux conditions bipolaires, la psychose puerpérale étant généralement liée à une histoire familiale ou personnelle de tels troubles (Pritchard & Harris, 1996). Elle est également plus fréquente chez les primipares, lors de décès infantiles périnataux et a été associée à un manque de support de la part du partenaire (Pritchard & Harris, 1996).

La psychose puerpérale n'affecte heureusement qu'une à deux femmes sur mille. Ce faible taux d'incidence ne doit pourtant pas faire oublier que la naissance d'un enfant demeure un moment particulièrement propice au développement de troubles psychiatriques sévères. Ainsi, au cours des trois mois suivant l'accouchement, le risque d'admission dans un hôpital psychiatrique est de dix à vingt fois supérieur au risque moyen chez les femmes à d'autres périodes de vie. Le risque de désordres psychiatriques est même supérieur à celui que l'on retrouve à la suite d'autres événements majeurs, comme lors d'un décès, par exemple (Kendell et al., 1987; Kumar, 1990).

## 1.2 La dépression postnatale

Si les deux phénomènes décrits précédemment font l'objet d'un consensus relatif, du moins sur le plan de leur définition, il en est tout autrement de la dépression postnatale. Cette dépression, aussi nommée dépression du post-partum, est très souvent définie par opposition aux deux autres phénomènes. N'étant ni le « blues », ni la psychose, l'expression « dépression postnatale » est utilisée pour désigner tous les problèmes dépressifs, plus ou moins sévères, plus ou moins prolongés, présents dans la période qui suit une naissance. Cette définition demeure vague et il reste de nombreux désaccords à son sujet, désaccords étant certainement à l'origine de la diversité des taux d'incidence rapportés: selon les études, entre 5% et près de 30% des nouvelles mères souffriraient d'une dépression postnatale (Bagedahl-Strindlund & Monsen Borjesson, 1998; Beck, 1996; Bernazzani, Saucier, David, & Borgeat, 1997; Bryan et al., 1999; Campbell & Cohn, 1991; Glangeaud-Freudanthal, 1999; Leathers, Kelley, & Richman, 1997; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999; Séguin, Potvin, St-Denis, & Loiselle, 1999; Stuart et al., 1998; Warner, Appleby, Whitton, & Faragher, 1996).

### 1.2.1 Les divergences concernant sa définition

On retrouve donc plusieurs divergences dans les écrits concernant la définition à donner au phénomène dépressif postnatal. La première source de désaccord entre les experts concerne les symptômes devant être retenus pour établir un diagnostic de dépression. L'approche la plus couramment adoptée consiste à retenir les symptômes permettant le diagnostic « d'épisode dépressif majeur » lorsqu'ils surviennent dans la première année postnatale et qu'ils ont une durée d'au moins deux semaines. Les critères pour ce diagnostic, selon le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* de l'*American Psychiatric Association* (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) sont la présence d'une humeur dépressive ou d'une perte d'intérêt, conjuguée à celle d'au moins quatre symptômes parmi l'ensemble de symptômes suivants: troubles de l'appétit et du sommeil, agitation ou ralentissement, fatigue, auto-dépréciation ou culpabilité, indécision ou manque de concentration, idée de suicide. Les mêmes symptômes sont identifiés dans le *Research Diagnosis Criteria* de Spitzer, Endicott et Robins (Spitzer, Endicott, & Robins, 1978), autre outil diagnostique couramment utilisé. Pourtant, la prise en compte de certains de ces facteurs demeure controversée. En particulier, la perte de poids, le ralentissement psychomoteur et la perte d'énergie sont remis en question par plusieurs auteurs, étant donné leur fréquence dans le contexte postnatal. Cette critique a mené à l'élaboration d'échelles de mesure spécifiques pour la dépression à cette période, telle l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), une échelle aujourd'hui très fréquemment utilisée dans les milieux de recherche en Europe comme en Amérique. Plusieurs auteurs et auteures vont préférer retirer les items associés aux symptômes somatiques des échelles courantes comme la *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Radloff, 1977), et la *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg, 1972) ou encore les analyser séparément, lorsque les échelles sont utilisées auprès de nouvelles mères. Enfin, une tendance plus rare, mais également retrouvée dans les écrits, présente la dépression postnatale comme associée à des symptômes distincts de l'épisode dépressif majeur. Ainsi, les auteurs Manzano et al. (Manzano, Righetti-Veltema, & Conne Perreard, 1997), parlent d'une symptomatologie dépressive « atypique » à cette période. Selon eux, l'épisode dépressif postnatal ne serait pas particulièrement empreint de tristesse, mais surtout teinté d'angoisses et de culpabilité liées au nourrisson. L'expression « *smiling depression* » est d'ailleurs employée pour décrire

l'épisode dépressif du post-partum (voir Pritchard & Harris, 1996). Cette expression pourrait toutefois être liée, non pas à une différence de symptômes, mais bien à la façade extérieure souriante que garderaient les nouvelles mères afin de cacher un sentiment si peu congruent avec les attentes sociales.

Une autre source majeure de désaccords concerne la période d'apparition des symptômes nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic. La plus récente version du DSM (American Psychiatric Association, 1994) inclut la spécification « avec début lors du post-partum » si l'épisode dépressif majeur s'est déclaré au cours des quatre premières semaines suivant l'accouchement. Cependant, cette définition est très controversée et fut, semble-t-il, critiquée au sein même du comité de rédaction du DSM (Godfroid, 1997). En effet, les écrits tendent plutôt à démontrer que la prévalence la plus élevée de symptômes dépressifs se situe entre les troisième et sixième mois postnatals (Godfroid, 1997). Le critère du DSM concernant la période d'apparition a été qualifié d'arbitraire et sans support empirique (Stuart et al., 1998). La plupart des auteurs ne restreignent pas le diagnostic aux seuls cas dont les symptômes sont apparus au cours du premier mois postnatal, mais plusieurs considèrent que l'appellation dépression du post-partum devrait s'appliquer exclusivement aux femmes dont les problèmes dépressifs ont débuté dans l'année suivant l'accouchement. Selon ces auteurs, les femmes déprimées durant la grossesse ne pourraient pas recevoir le diagnostic de dépression postnatale même si elles répondent par la suite à l'ensemble des critères servant généralement à le diagnostiquer (voir, notamment, Cooper & Murray, 1995). Cette vision demeure toutefois minoritaire car la plupart des études populationnelles s'intéressent à la présence de symptômes sur une période définie dans le temps, sans tenir compte de leur moment d'apparition.

### *1.2.2 La question de la spécificité*

Les divergences présentes dans les écrits concernant la définition à donner à la dépression postnatale, qu'elles concernent le type de symptômes à retenir ou le moment d'apparition de ces symptômes, touchent selon nous plus profondément à la question de la spécificité de ce problème par comparaison aux épisodes dépressifs présents à d'autres périodes de la vie. De façon générale, les auteurs proposant une liste distincte de symptômes pour le diagnostic de dépression postnatale,



tout comme ceux préférant le réserver aux seules femmes dont les symptômes se sont déclarés au cours des premières semaines suivant l'accouchement, présentent ce problème comme se distinguant des autres dépressions, non seulement par ses manifestations, mais encore par son origine. Selon eux, la dépression postnatale est d'une « nature » différente de l'épisode dépressif classique.

La question de la spécificité de la dépression postnatale a fait l'objet de plusieurs études tentant de contredire ou, au contraire, d'apporter des preuves à cette hypothèse. Le premier type d'étude à ce sujet a porté sur les comparaisons concernant la fréquence du phénomène dépressif chez les femmes à différentes périodes de la vie. Le raisonnement sous-jacent à ces études est le suivant : si la naissance d'un enfant peut provoquer l'apparition de symptômes dépressifs, les études devraient révéler une proportion plus élevée de femmes déprimées au cours des mois suivant l'accouchement, les femmes souffrant de dépression postnatale s'ajoutant à celles présentant un épisode dépressif classique. Sans que ce débat ne soit totalement clos, les études nous portent à reconnaître que la prévalence de symptômes dépressifs chez les mères de nourrissons est relativement semblable à celle observée chez les femmes d'un même groupe d'âge (O'Hara, Zekoski, Philipps, & Wright, 1990). Cette constatation a mené certains auteurs, notamment Whiffen (Whiffen, 1991; Whiffen & Gotlib, 1993), à rejeter l'idée d'une problématique spécifique pour la dépression postnatale. Selon cette auteure, la prévalence dépressive étant la même à toute période de la vie, rien n'indique que les symptômes dépressifs présents dans l'année suivant l'accouchement soient liés de façon particulière à la naissance de l'enfant.

D'autres types d'études, surtout effectuées en Europe et plus particulièrement en Grande Bretagne, ont toutefois tenté de démontrer le caractère spécifique de la dépression à la période postnatale. Les auteurs Cooper et Murray (Cooper & Murray, 1995), pour leur part, ont cherché à confirmer cette hypothèse en comparant la récurrence de la dépression à la période postnatale à celle des dépressions présentes à d'autres périodes. Leurs résultats démontrent que certaines femmes seraient prédisposées au développement de symptômes dépressifs dans les mois qui suivent l'accouchement sans l'être à d'autres moments de leur vie. D'autres femmes au contraire sujettes à la dépression majeure classique, ne présentaient pas plus de risque à la période postnatale (Cooper & Murray, 1995). Godefroi et al. (Godfroid, Hubain, Dramaix, & Linkowski, 1997), poursuivant le même objectif, ont enregistré des différences entre les mouvements électroencéphalographiques en période

de sommeil chez des femmes souffrant de dépression postnatale et ceux de femmes présentant un épisode dépressif classique. Les limites de cette étude, notamment la taille réduite de l'échantillon, rendent cependant leurs résultats difficiles à interpréter.

### 1.3 Terminologie et définition retenue

La question de la spécificité demeure donc ouverte et nul ne peut, dans l'état actuel des connaissances, affirmer avec certitude que les dépressions présentes à la période postnatale ont, ou n'ont pas, une « nature » différente des autres dépressions. Pourtant, un constat s'impose : la période postnatale constitue une période de vie particulière qui se caractérise par un ensemble de changements sur les plans biologique, psychologique et social. Selon nous, cet état de fait, ainsi que l'ampleur des conséquences que peut avoir un problème dépressif à cette période sur la santé, le bien-être et le développement du nourrisson, justifient que la problématique dépressive postnatale fasse l'objet d'études spécifiques. La dépression postnatale est donc certainement spécifique par sa situation précise dans le temps, et son lien avec un événement donné. La définition adoptée par le DSM, quoique controversée en ce qui a trait au moment d'apparition des symptômes dépressifs, va d'ailleurs dans ce sens: il s'agit selon ce manuel d'un épisode dépressif lié à l'événement de vie qu'est l'accouchement. Si les écrits ne nous permettent pas de conclure à une nature spécifique pour la dépression postnatale, ils nous portent dans l'ensemble à considérer la période postnatale comme étant probablement propice au développement, et certainement à la continuation et à l'exacerbation de symptômes dépressifs existants, étant donné l'importance des changements qui la caractérisent.

Nous avons choisi de retenir l'expression « symptômes dépressifs à la période postnatale » pour désigner le phénomène sur lequel portera cette recherche. Cette appellation a été retenue, malgré sa lourdeur, en raison des difficultés présentées par l'absence de définition consensuelle de l'expression dépression postnatale. Cependant, la raison fondamentale de ce choix repose sur la difficulté, dans une étude populationnelle comme celle-ci, d'utiliser des termes généralement réservés aux diagnostics. L'expression dépression postnatale se réfère à une durée et à une intensité de symptômes qu'il semble difficile de mesurer avec une simple échelle, dans un questionnaire postal. L'expression « détresse psychologique », plus fréquemment utilisée dans les écrits de sciences humaines, peut également sembler intéressante puisqu'elle ne constitue pas un diagnostic

dans le sens habituel du terme, mais traduit une souffrance qui mène à une difficulté importante dans l'exécution des tâches quotidiennes (Guyon, 1996). Toutefois, des difficultés liées à la mesure de la détresse psychologique nous ont menés à nous limiter aux symptômes dépressifs qui sont mesurés par des instruments dont les propriétés psychométriques (fiabilité, validité) sont mieux connues. Les mêmes considérations nous ont fait rejeter l'expression « sentiments dépressifs ». En effet, les échelles de mesure comportent des items portant sur des sentiments comme l'inquiétude, la culpabilité, l'anxiété ou la perte d'appétit qui sont les symptômes d'un trouble dépressif sans être pour autant des sentiments dépressifs en tant que tels. L'expression « sentiments dépressifs » nous apparaissait également porter une moins grande intensité, pouvant faire oublier la gravité du phénomène étudié.

La définition que nous donnons à la symptomatologie dépressive postnatale réfère donc à la présence de symptômes pouvant être mis en lien avec l'épisode dépressif majeur d'après les critères du DSM IV, sans pour autant que ces symptômes présentent l'ensemble des caractéristiques nécessaires à l'établissement d'un diagnostic. L'utilisation de ce terme nous permettra de nous attarder sur toute une étendue de problèmes en terme de gravité, et non seulement sur des cas extrêmes.

Précisons enfin que les symptômes dépressifs qui feront l'objet de notre étude sont ceux repérés au sixième mois postnatal, quel qu'ait été le moment de leur apparition. Notons au passage que la période choisie ne correspond pas à celle associée au « blues du postpartum ». Il semble par ailleurs peu probable que des femmes souffrant de psychose puerpérale aient répondu au questionnaire, leur état de santé mentale les excluant quasi-automatiquement d'un tel exercice.

## **2 Etiologie des symptômes dépressifs à la période postnatale**

Plus encore que la définition et les termes retenus, l'élément fondamental concernant la compréhension de notre problématique de recherche est son étiologie. Quels sont les facteurs à l'origine de l'apparition des symptômes dépressifs à la période postnatale? Comme nous l'avons vu plus tôt, la période postnatale se caractérise par des changements de plusieurs ordres: ils concernent autant les aspects biologiques, psychologiques que socio-environnementaux de la vie des nouvelles

mères. Chacun de ces changements a mené à l'élaboration d'hypothèses concernant l'origine de la symptomatologie dépressive. Ces hypothèses constituent autant d'approches pour aborder ce phénomène.

### 2.1 Approche biologique

La première approche retrouvée dans les écrits concernant l'origine des symptômes dépressifs postnataux est l'approche biologique. Les mois suivant l'accouchement se caractérisent par un important bouleversement à ce niveau. Pour cette raison, l'hypothèse biologique, et, en particulier, l'hypothèse hormonale, est souvent soulevée pour expliquer le développement de symptômes dépressifs au cours de la période postnatale. Pourtant, et comme c'est le cas pour le blues du post-partum, l'association entre les changements hormonaux et la dépression n'est pas encore démontrée d'une façon sans équivoque, bien que des travaux récents soulèvent encore des pistes en ce sens (Abou-Saleh, Ghubash, Karim, Krymski, & Bhai, 1998). L'étude de O'Hara et al. (O'Hara, Schlechte, Lewis, & Varner, 1991a), qui paraît être la plus complète parmi celles ayant porté sur l'influence des facteurs hormonaux, démontre l'absence de corrélation entre les taux d'hormones sexuelles et de glucocorticoïdes, et l'humeur des 182 jeunes mères participant à leur étude. L'hypothèse hormonale demeure toutefois fréquemment reprise, en particulier par les auteurs qui adoptent la perspective d'une symptomatologie spécifique à la période postnatale (voir Godfroid et al., 1997).

L'approche biologique est également présente dans les écrits mettant en lien des facteurs non hormonaux avec la présence de symptômes dépressifs. En particulier, une histoire personnelle antérieure et une histoire familiale d'épisodes dépressifs, se sont révélées liés à la dépression postnatale (O'Hara et al., 1991a; Schaper, Rooney, Kay, & Silva, 1994). La présence d'une telle association soulève la possibilité que des mécanismes physiologiques, pouvant même être héréditaires, jouent un rôle dans l'apparition de symptômes dépressifs. L'âge de la mère, soit le fait d'être particulièrement jeune ou âgée (Augusto, Kumar, Calheiros, Matos, & Figueiredo, 1996; Campbell & Cohn, 1991; O'Hara et al., 1991a), est présenté comme un facteur de risque mais les résultats demeurent contradictoires (O'Hara & Swain, 1996). Il en est de même pour la parité, dont l'effet présumé varie grandement selon les études (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw,

1993; Gjerdingen & Chaloner, 1994). La présence de complications obstétricales a également été mise en relation avec les symptômes dépressifs, encore une fois avec des résultats controversés (Campbell & Cohn, 1991; Collins et al., 1993; Murray & Cartwright, 1993). Enfin, les problèmes de santé physique de la mère au cours de la période postnatale, un mal fonctionnement de la thyroïde ou tout autre problèmes de santé, ont été liés à la présence de symptômes dépressifs (Harris et al., 1992; Séguin et al., 1999). La complexité et l'étroitesse des liens unissant la santé physique et la santé psychologique peuvent toutefois rendre difficile l'interprétation de cette association, la santé psychologique pouvant aussi bien être présentée comme la cause que la conséquence du problème physique observé. Les résultats de ces études demeurent donc assez peu convaincants. Si les écrits peuvent mener à des hypothèses concernant des mécanismes biologiques pour l'apparition des symptômes dépressifs postnataux, il est toutefois important de noter que plusieurs des associations présentées peuvent également être expliquées par des facteurs psychologiques et sociaux qui seraient liés de façon secondaire à ces caractéristiques biologiques. Ainsi, l'âge, la parité ou même l'histoire familiale d'épisodes dépressifs comportent autant d'aspects psychologiques et sociaux que biologiques.

## 2.2 Approches psychologiques

Le second groupe d'approches présente des facteurs d'ordre psychologique comme étant à l'origine des symptômes dépressifs chez les nouvelles mères. Les écrits soulignant l'influence de tels facteurs proviennent le plus souvent d'analyses de cas cliniques suivis en psychothérapie où une orientation psychodynamique est souvent privilégiée (voir Romito, 1990) pour une recension critique de ces recherches). Toutefois, certains auteurs se sont penchés sur des facteurs psychologiques dans le cadre de recherches populationnelles. Les facteurs considérés varient alors en fonction de l'approche théorique adoptée, mais il s'agit généralement de caractéristiques personnelles développées durant l'enfance ou lors d'apprentissages.

Selon les approches psychologiques, les caractéristiques de la personnalité des nouvelles mères seraient à l'origine de la façon dont elles vivront l'événement que constitue la naissance d'un enfant. La capacité de résoudre des problèmes (*coping style*) ou la facilité avec laquelle elles iront chercher du support (*social support seeking behavior*) sont des exemples de caractéristiques psychologiques

qui ont été mises en relation avec la présence de symptômes dépressifs (Demyttenaere, Lenaerts, Nijs, & Van Assche, 1995). Le désir d'enfant exprimé par les mères au début de la grossesse, leur estime d'elles-mêmes, et même l'identification aux rôles masculins, féminins et androgynes (Berthiaume, David, Saucier, & Borgeat, 1996; Borgeat, David, Saucier, & Dumont, 1994; Sable et al., 1997), sont également des facteurs d'ordre psychologique soulevés dans les écrits comme pouvant être à l'origine de symptômes dépressifs à la période postnatale.

Ces facteurs sont qualifiés de psychologiques dans la mesure où ils sont liés à des caractéristiques de la personnalité des femmes, bien qu'ils concernent également l'environnement dans lequel elles évoluent. C'est, en fait, la relation entre les événements extérieurs et la structure de la personnalité qui est ici présentée comme étant à l'origine de la dépression. L'événement de vie n'est pas présenté comme problématique en lui-même, mais bien comme pouvant susciter l'apparition de symptômes chez certaines personnes en fonction de leurs expériences passées et de la structure de leur personnalité.

### 2.3 Approches socio-environnementales

Dans les écrits des domaines de la psychologie sociale, de la santé publique et de l'épidémiologie, l'intérêt des auteurs a surtout porté sur des caractéristiques d'ordre socio-environnemental dans la recherche des causes de la symptomatologie dépressive à la période postnatale. Les terminologies peuvent varier, mais l'expression « caractéristiques socio-environnementales » est souvent employée pour désigner les éléments formant le contexte de vie de la personne, tels la présence d'un conjoint, le nombre d'enfants, ou le revenu familial. Cette expression est également utilisée pour décrire certaines caractéristiques propres au profil des nouvelles mères, mais liées de façon étroite à l'environnement qui les entoure, comme leur niveau de scolarité. L'approche privilégiée par ces auteurs associe donc l'environnement immédiat de la mère au développement des symptômes dépressifs. Contrairement aux approches psychologiques, ces caractéristiques en elles-mêmes, et non la personnalité de la mère, sont ici présentés comme étant problématiques.

Les aspects les plus divers du contexte de vie des nouvelles mères ont ainsi fait l'objet d'étude: leur statut marital, le nombre de pièces dans leur logement, ou encore la fréquence des réveils nocturnes

du bébé (Gjerdingen & Chaloner, 1994; Hahn & Steinberg Schone, 1996; Mayberry & Affonso, 1993; Neter, Collins, Lobel, & Dunkel-Schetter, 1995; Powell & Drotar, 1992; Séguin et al., 1999). De façon générale, les études démontrent que les éléments du contexte de vie des nouvelles mères peuvent constituer tour à tour des situations problématiques qui fragilisent les mères devant y faire face, ou des conditions favorables à une bonne santé psychologique. Les conditions se révélant problématiques sont le plus souvent présentées pêle-mêle dans les écrits. Elles peuvent toutefois être regroupées en trois grandes catégories qui ne sont pas mutuellement exclusives: les caractéristiques d'ordre relationnel, les caractéristiques liés à des événements de vie source de stress et celles liés au statut socio-économique.

Une proportion importante des difficultés auxquelles font face les nouvelles mères peuvent être qualifiées de relationnelles puisqu'elles concernent le rapport entretenu par celles-ci avec leur entourage. Ces difficultés relationnelles peuvent être de plusieurs ordres. Il peut s'agir par exemple de conflits ou de mésententes avec la famille, les voisins ou les collègues de bureau. Les problèmes dans la relation conjugale semblent avoir un impact particulièrement important sur la santé psychologique des femmes dans l'année qui suit l'accouchement (Campbell, Cohn, Flanagan, Popper, & Meyers, 1992; Kumar & Robson, 1984; Romito et al., 1999). La présence de violence de la part du conjoint, malheureusement trop rarement mesurée dans les études de santé publique (voir Saurel-Cubizolles, Blondel, Lelong, & Romito, 1997), joue certainement aussi un rôle dans cette relation observée entre les mésententes conjugales et les symptômes dépressifs.

Les difficultés liées à l'aide ou à l'absence d'aide de la part de l'entourage forment un deuxième type de difficultés relationnelles qui se révèle d'une importance majeure dans l'apparition de symptômes dépressifs. Il existe une littérature extensive, dans les domaines de la santé publique et de la psychologie sociale, sur cette notion d'aide plus couramment appelée soutien social. La relation entre le soutien social et la santé physique comme psychologique, est présentée comme déterminante. Le soutien social peut prendre différentes formes, qui se révèlent toutes importantes : l'aide peut ainsi être émotive, informative, approbative, récréative ou instrumentale. Le nombre de personnes constituant un réseau de soutien, l'aide reçue, ou le manque d'aide lors d'un besoin ressenti, constituent autant d'indicateurs de ce concept qui ont été tour à tour mis en relation avec la

santé psychologique (Barrera, 1986; Barrera & Ainlay, 1983; Broadhead et al., 1983; Collins et al., 1993; Galaskiewicz & Wasserman, 1993; Thoits, 1995; Walker, Wasserman, & Wellman, 1993).

Le second type de facteurs décrit dans les recherches abordant la symptomatologie dépressive avec une approche socio-environnementale regroupe l'ensemble des difficultés liées à divers événements de vie stressants. Il peut s'agir par exemple de problèmes de santé du bébé ou d'autres membres de la famille, d'un déménagement ou encore d'un changement d'emploi (Hahn & Steinberg Schone, 1996; Mayberry & Affonso, 1993; Neter et al., 1995). Chacun de ces éléments stressants peut être source de problèmes, mais il semble que les stressseurs chroniques, ainsi que l'accumulation de difficultés quotidiennes mêmes mineures (*daily hassles*), soient particulièrement néfastes pour les nouvelles mères (Powell & Drotar, 1992).

Enfin, le troisième type de facteurs regroupe les variables touchant au statut socio-économique de la personne. Ce statut se dégage comme une variable essentielle parmi les éléments du contexte environnemental, parce qu'il est lié de façon sous-jacente à la plupart des autres variables contextuelles. En effet, les personnes ne disposant que de moyens financiers limités doivent souvent composer avec un ensemble de conditions environnementales particulièrement difficiles. On le sait, l'inadéquation du logement et de l'alimentation sont de grandes sources de stress pour les personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, sources auxquelles se greffent pour plusieurs l'impossibilité de faire garder les enfants, de s'accorder un répit, tout comme les difficultés liées à la privation continue de tout ce qui n'est pas essentiel. L'impact des nombreuses difficultés liées à la pauvreté pourrait même s'accumuler avec les années (Lynch, Kaplan, & Salonen, 1997; Power, Manor, & Matthews, 1999; Taylor, Repetti, & Seeman, 1997; Wadsworth, 1997).

#### 2.4 Approches socio-politiques

Les approches socio-environnementales mettent en évidence la relation entre des événements de vie difficiles, souvent liés à des conditions de pauvreté, et la présence de symptômes dépressifs. Toutefois, les liens unissant le statut socio-économique à la santé se révèlent beaucoup plus complexes qu'une simple question d'événements stressants.



Cette constatation a mené plusieurs auteurs du domaine de la santé publique à s'intéresser à l'un des fondements de notre société, soit la répartition des richesses, comme facteur déterminant de la santé des populations. Le dernier type d'approche que nous avons pu recenser regroupe les approches qui présentent divers aspects socio-politiques, soit ceux liés à l'organisation de la société, comme étant à l'origine de la symptomatologie dépressive postnatale. Ces approches, que nous nommerons socio-politiques, sont beaucoup moins présentes dans les écrits que les approches socio-environnementales. Elles sont souvent nées de la critique des approches précédentes. Les auteurs et auteures qui adhèrent à ce type de vision déplorent le caractère individuel et médical des schémas de compréhension adoptés dans les approches biologiques, psychologiques et psychosociales. Les approches socio-politiques se distinguent de ces modèles en mettant l'accent non plus sur la mère, ses caractéristiques biologiques, psychologiques et son environnement immédiat, mais bien sur le contexte socio-politique dans lequel elle évolue.

Plusieurs auteurs qui se sont penchés sur les aspects sociaux de la santé ont démontré que le mode de répartition des richesses dans une société constituent l'un des éléments déterminants pour notre espérance de vie (Evans, Barer, & Marmor, 1996; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Wilkinson, 1996). Quel que soit l'indicateur choisi, revenu, éducation ou type d'emploi, les inégalités socio-économiques de santé se vérifient à tous les âges, pour les deux sexes. La relation entre le statut socio-économique et la santé paraît presque à toute épreuve: même lorsqu'elles adoptent des habitudes de vie semblables à celles des personnes favorisées, les personnes pauvres développent en moyenne plus de maladies, et meurent plus jeunes. De plus, les personnes très pauvres ne sont pas les seules touchées, la relation entre le statut socio-économique et la santé étant à l'œuvre dans toutes les couches de la société, favorisant même la santé des personnes très favorisées par rapport à celle des classes moyennes aisées (Evans et al., 1996; Marmot et al., 1997). Si la relation entre le statut socio-économique et la santé apparaît aujourd'hui comme une évidence, les mécanismes par lesquels cette relation affecte la santé ne sont pas encore connus dans leur totalité. Nous savons toutefois qu'ils dépassent largement le cadre du comportement, et même des conditions environnementales immédiates.

Les approches socio-politiques sont surtout prisées par les auteurs qui tentent de mettre en relation divers aspects du statut socio-économique avec la présence de symptômes dépressifs. Toutefois, il

existe une autre approche, pouvant également être qualifiée de socio-politique, qui touche à un aspect différent de l'organisation sociale, soit celle qui pose les inégalités sociales entre les sexes comme facteur déterminant susceptible d'engendrer une symptomatologie dépressive postnatale. Privilégiée par des auteures adoptant une perspective féministe, cette approche présente les problèmes de santé mentale des mères comme le résultat de l'organisation sociale sexuée actuelle de la maternité (Doyal, 1995; Krieger & Fee, 1994; Mauthner, 1993; Mauthner, 1998; Pugliesi, 1992; Romito, 1990; Romito, 1994; Rosenberg, 1993). Selon cette vision, ce ne sont pas seulement certains événements de vie particuliers, comme la présence d'une maladie dans la famille ou celle d'un conflit important, qui seraient à l'origine de la dépression, mais bien les conditions actuelles d'exercice de la maternité. Ces conditions touchent notamment au caractère continu des soins à donner au nourrisson et, de façon générale, à la lourdeur de cette tâche, peu reconnue, effectuée sans rémunération, presque toujours avec une aide limitée de la part du conjoint et dans des conditions d'isolement. Les auteurs et auteures qui adhèrent à cette vision présentent la dépression non plus comme une pathologie, mais bien comme une réaction normale à ces conditions de vie difficiles. Non seulement les conditions concrètes de la vie des nouvelles mères sont-elles présentées dans cette perspective comme source de problèmes psychologiques, mais les valeurs et normes sociales dominantes seraient également déterminantes dans la création de conditions difficiles pour la santé mentale des nouvelles mères. Ainsi, le discours concernant le caractère instinctif et surtout gratifiant du rôle et des tâches maternelles pourrait favoriser l'apparition de symptômes dépressifs en provoquant chez la mère des sentiments de culpabilité et de honte lors de difficultés dans l'accomplissement de ces tâches et de ce rôle.

### **3 Modèle retenu: une intégration des principales approches**

A notre avis, l'ensemble des études ayant porté sur l'origine des symptômes dépressifs durant la première année postnatale tend à démontrer que des facteurs autant psychologiques, socio-environnementaux que socio-politiques peuvent jouer un rôle dans l'apparition et le développement de ces symptômes. L'origine biologique de la dépression chez les nouvelles mères, bien qu'elle fasse l'objet de débats, n'en demeure pas moins très plausible. Etant donné l'interrelation du biologique, du psychologique et du social chez l'être humain, il apparaît peu probable que l'un de ces facteurs agisse seul dans le développement de ce problème de santé. Nous nous baserons donc,

dans cette recherche, sur le postulat selon lequel des mécanismes à la fois biologiques, psychologiques et sociaux sont à l'œuvre chez les femmes souffrant de symptômes dépressifs.

Le modèle de compréhension que nous proposons intègre les éléments provenant de l'ensemble des approches présentes dans les écrits à ce sujet, les approches biologiques, psychologiques, socio-environnementales et socio-politiques étant, à notre avis, complémentaires. La principale critique que nous puissions faire de chacune d'entre elles est de ne pas tenir suffisamment compte des connaissances produites par celles qui proposent une vision différente de la leur. Ainsi, le recours aux seules approches biologiques ou psychologiques nous semble limité pour comprendre la complexité du phénomène dépressif postnatal, ces approches tenant rarement compte du contexte dans lequel évolue la nouvelle mère. L'approche socio-environnementale présente également des limites. Selon nous, les auteurs utilisant cette approche négligent de s'intéresser à l'origine des caractéristiques faisant l'objet d'étude. Enfin, les approches socio-politiques, parce qu'elles centrent leur intérêt surtout sur le contexte social, risquent de négliger les variations individuelles dans l'apparition des symptômes. Ce dernier type d'approche présente également le danger de mener à une certaine normalisation du phénomène dépressif, en présentant la vision selon laquelle la totalité des mères sont placées dans une situation susceptible d'engendrer des problèmes dépressifs.

Il existe, dans le domaine de la santé publique, un fort courant conceptuel présentant la santé des individus comme le résultat de facteurs s'échelonnant sur plusieurs niveaux, soit du plus proche de l'individu au plus éloigné. Ce courant conceptuel, nommé vision écologique, offre une vision globale des phénomènes de santé en intégrant les connaissances sur les aspects individuels de la santé à celles portant sur ses aspects sociaux. Le modèle que nous proposons s'insère dans cette tendance puisque nous abordons le phénomène dépressif postnatal comme étant à la fois le résultat des caractéristiques biologiques, psychologiques et socio-environnementales des nouvelles mères, et du contexte socio-politique dans lequel celles-ci sont placées.

Le modèle que nous sommes en mesure de proposer, à la suite de cette première revue des écrits, est décrit graphiquement à la figure 1. Selon ce modèle, les facteurs biologiques, psychologiques, socio-environnementaux et socio-politiques exercent leur influence sur les symptômes dépressifs de façon différente. Ces influences sont dépendantes les unes des autres. Ainsi, les facteurs biologiques et

psychologiques sont présentés comme des facteurs de vulnérabilité pour le développement des symptômes dépressifs. Nous n'excluons pas la possibilité d'un effet direct de ces facteurs sur la symptomatologie dépressive (flèche no 1), mais nous croyons que leur action pourrait être effectuée en interaction avec d'autres types de facteurs (flèche 2). Les facteurs socio-environnementaux, c'est-à-dire touchant aux caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, constituent le deuxième niveau d'influence. L'influence de ces caractéristiques est présentée comme pouvant être modulée en fonction de vulnérabilités biologiques et psychologiques. Ainsi, les personnes vulnérables pourraient être susceptibles de développer des symptômes dépressifs lorsqu'elles sont confrontées à des difficultés d'ordre socio-environnemental (flèche no 3), alors que les personnes présentant des conditions biologiques et psychologique favorables seront moins affectées par ces mêmes facteurs. De la même façon, des caractéristiques socio-environnementales favorables pourraient limiter l'impact d'éléments biologiques et psychologiques défavorables. Enfin, l'influence des caractéristiques socio-environnementales pourrait être médiatisée par des facteurs d'ordre psychologique et biologique, les difficultés de cet ordre (par exemple une faible scolarisation) pouvant entraîner une plus grande vulnérabilité (flèche no 4).

Le contexte socio-politique, qui forme le troisième niveau d'influence, pourrait également, selon nous, avoir un impact indirect sur l'apparition de symptômes dépressifs (flèche 5). Son action serait liée à l'influence qu'il exerce sur le contexte socio-environnemental dans lequel se trouvent les nouvelles mères. L'organisation de la société, que ce soit concernant la répartition des richesses ou les rapports sociaux de sexe, nous apparaît susceptible d'influencer la vie des mères en modifiant leurs caractéristiques et celles de leur environnement immédiat.

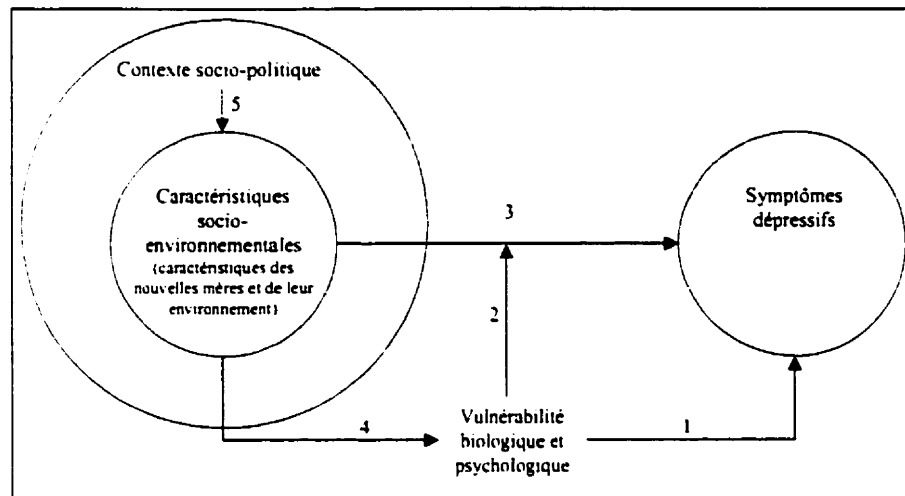


FIGURE 1 : SYMPTOMES DEPRESSIFS POSTNATAUX : MODELE ETIOLOGIQUE PROPOSE

Nous le postulons, les facteurs biologiques, psychologiques, socio-environnementaux et le contexte socio-politique sont dépendants les uns des autres. Ils nous apparaissent en effet grandement susceptibles d'exercer une constante influence mutuelle. Pour cette raison, il semble probable que les effets de ces divers niveaux d'influence puissent s'enchaîner. Les personnes vivant dans un contexte social défavorable pourraient ainsi développer des vulnérabilités psychologiques et même biologiques qui viendraient amplifier l'effet des difficultés socio-environnementales auxquelles elles doivent faire face. Les écrits portant sur l'impact de la pauvreté sur la santé physique et psychologique tendent à confirmer cette hypothèse.

### 3.1 Application du modèle à la démarche de recherche

Comment un tel modèle peut-il se révéler utile pour la compréhension des liens unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et les symptômes dépressifs postnataux ? Bien entendu, nous n'aborderons pas, dans cette étude, la totalité des facteurs pouvant être mis en liens avec ces symptômes. En centrant notre intérêt sur le rapport à l'emploi, qui touche avant tout aux caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, nous avons choisi de nous pencher de façon plus particulière sur les caractéristiques socio-environnementales pouvant être mises en lien avec la symptomatologie dépressive postnatale. Les facteurs biologiques et psychologiques ne feront pas l'objet d'étude, mais nous toucherons également, quoique de façon

indirecte, à des facteurs socio-politiques en nous intéressant au contexte social dans lequel s'insèrent les facteurs socio-environnementaux étudiés.

Ce modèle nous permet surtout d'offrir un cadre aux liens qui seront explorés dans notre recherche. En effet, parce qu'il présente le contexte de vie des nouvelles mères comme étant à l'origine de la symptomatologie dépressive postnatale, ce modèle nous permet de poser l'hypothèse selon laquelle le rapport des mères à l'emploi, qui constitue un élément central de ce contexte, est grandement susceptible d'exercer une influence sur l'apparition de tels symptômes.

De plus, le modèle proposé nous porte à suspecter le caractère partiel des liens unissant les caractéristiques socio-environnementales et les symptômes dépressifs. En effet, en soulevant la possibilité selon laquelle des facteurs d'ordre biologique et psychologique exercent une influence sur ces symptômes, ce modèle nous indique qu'il est peu réaliste de s'attendre à des associations très fortes entre des facteurs socio-environnementaux qui feront l'objet d'étude, notamment le rapport à l'emploi, et les symptômes dépressifs.

Ce modèle propose également la présence de liens entre les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, et des facteurs socio-politiques reflétant une certaine organisation de la société. Ces liens présumés nous amènent à nous intéresser à l'environnement social dans lequel s'insère le rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi.

Enfin, les inter-relations proposées dans ce modèle entre les différents types de facteurs soulèvent la possibilité selon laquelle les facteurs d'une même catégorie pourraient également être inter-reliés. Ainsi, il apparaît fort probable, à la lumière de ce modèle, que le rapport des nouvelles mères à l'emploi soit en lien avec d'autres facteurs socio-environnementaux qui constituent le contexte de vie des nouvelles mères.

### 3.2 Rapport à l'emploi et symptômes dépressifs postnataux

D'après le modèle retenu, le contexte dans lequel les nouvelles mères vivent les premiers mois suivant une naissance paraît grandement susceptible d'exercer une influence sur le développement

de symptômes dépressifs. Il est donc fort plausible que le rapport entretenu avec le marché de l'emploi, qui constitue un élément important du contexte de vie des nouvelles mères, puisse influencer le développement de tels symptômes. Dans cette thèse, l'expression « rapport à l'emploi » est utilisée pour désigner le type de lien entretenu par les nouvelles mères avec l'emploi. Il s'agit donc non seulement de l'activité professionnelle des mères dans un temps donné (le fait qu'elles travaillent ou ne travaillent pas) mais également de leur relation avec le marché de l'emploi (le fait qu'elles aient un travail, qu'elles n'aient pas de travail ou en recherchent un). A la période du sixième mois postnatal, quatre types de rapport à l'emploi sont fréquents : être travailleuse ayant repris l'activité professionnelle, être travailleuse en congé parental, être non-travailleuse sans lien avec le marché de l'emploi (« femme au foyer ») ou être non travailleuse mais activement à la recherche d'un emploi.

La relation entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale a rarement été étudiée. Il peut être utile, pour l'appréhender, de regarder plus globalement les écrits portant sur l'impact du travail sur la santé. Dans la dernière partie de ce chapitre, nous tenterons donc de compléter notre première démarche vers la mise en place d'un cadre pour l'étude des liens unissant le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, en explorant les écrits ayant porté, de façon plus générale, sur l'impact du travail sur la santé des femmes et des mères.

L'impact du travail sur la santé a fait l'objet de nombreux écrits. Deux modèles, en apparence contradictoires, ont été utilisés pour étudier cette relation : le *Job stress model*, qui souligne l'effet néfaste qu'a sur la santé le stress engendré par le travail, et le *Health benefits model*, selon lequel le travail apporte un ensemble de bénéfices favorisant la santé (Sorensen & Verbrugge, 1987). Les études qui ont porté plus particulièrement sur l'effet du travail sur la santé psychologique présentent des logiques similaires qui insistent sur la notion de multiplicité des rôles: celui des *ressources limitées*, qui présente le cumul des rôles comme créateur de tensions liées aux multiples exigences et celui de *l'expansion*, qui suggère que le cumul des rôles facilite l'accès aux sources de stimulation et de gratification (Guyon, 1996; Pugliesi, 1992).

Bien que certaines études aient souligné l'aspect épuisant et stressant de la double tâche (Houston, Cates, & Kelly, 1992; Repetti, Matthews, & Waldron, 1989), les recherches brossent, dans

l'ensemble, un portrait plutôt positif des liens unissant le travail à la santé physique et psychologique. Même en multipliant les rôles d'épouse, de mère et de travailleuse, les femmes actives sur le marché du travail seraient en meilleure santé que celles qui restent à la maison (Hibbard & Pope, 1992; Martikainen, 1995; Pugliesi, 1992; Waldron & Jacobs, 1989; Weatherhall, Joshi, & Macran, 1994).

Les relations observées se révèlent cependant rarement tranchées. Ainsi, les résultats nous portent à penser qu'un ensemble de facteurs sont susceptibles d'intervenir dans cette relation entre le travail et l'état de santé. Les caractéristiques de l'emploi, notamment, pourraient jouer un tel rôle. De façon générale, les écrits semblent indiquer que le niveau socioprofessionnel, soit les niveaux d'éducation et de qualification requis pour un emploi ainsi que le degré d'autonomie et d'influence au travail, permettraient mieux de prédire l'apparition de problèmes de santé chez les mères de jeunes enfants que le seul fait de travailler ou de ne pas travailler à l'extérieur (Reifman, Biernat, & Lang, 1991; Romito, 1994).

La flexibilité des horaires de travail, tout comme le nombre d'heures travaillées pourrait également moduler le lien entre le travail et la santé. Avoir des horaires flexibles est reconnu comme favorisant une bonne santé pour les nouvelles mères. Le travail à temps partiel, souvent présenté comme la situation idéale pour les jeunes mères et souhaité par celles-ci, a toutefois un impact beaucoup moins certain. En effet, si le travail à temps partiel a été décrit comme provoquant moins de tension associée aux rôles multiples que le travail à temps plein, plusieurs études démontrent que la diminution des heures de travail réduit les bénéfices tels le salaire, la reconnaissance et les possibilités d'avancement, qui sont liés au fait de travailler (Herold & Waldron, 1985; Repetti et al., 1989; Waldron & Jacobs, 1989). Les facilités concernant la garde des enfants, notamment la présence de services de garde sur le lieu de l'entreprise et, de façon générale, la satisfaction des mères concernant ce service, est une autre condition présentée comme pouvant favoriser un impact positif du travail sur la santé (Greenberg, Goldberg, Hamill, O'Neil, & Payne, 1989; Shinn, Wong, Simko, & Ortiz-Torres, 1989; Tessier, Beaudry, & Savoie, 1992).

Enfin, un dernier élément présenté dans les écrits comme susceptible d'influencer la relation entre l'emploi des mères et la santé, est l'attitude face au travail et à la maternité, ou plus précisément la



valeur accordée, d'une part, au fait d'avoir un emploi et, d'autre part, à la présence continue de la mère auprès du petit enfant (Aston & Lavery, 1993; Brannen & Moss, 1991; Hock & DeMeis, 1990; Hock, Gnezda, & McBride, 1984; Murray, Cox, Chapman, & Jones, 1995; Romito et al., 1999). Les études qui ont porté sur l'impact de cette variable l'ont généralement fait dans la perspective de la *Role fit theory* qui soulève l'hypothèse selon laquelle la santé de la mère est meilleure si son attitude est en accord avec la situation qu'elle vit. Ainsi, le travail serait bénéfique à la santé dans la mesure où les mères travailleuses valoriseraient l'activité professionnelle.

#### *La situation au cours des premiers mois suivant l'accouchement*

L'association entre le travail et la santé révélée dans les écrits provient surtout d'études ayant porté sur des mères d'enfants d'âge scolaire ou préscolaire. Pour cette raison, elle peut plus difficilement être généralisée au cas particulier que constituent les symptômes dépressifs des mères de jeunes bébés. Ainsi, l'association positive généralement observée entre le travail et la santé est loin de constituer une évidence au cours de la période postnatale. En effet, parmi les mères en emploi, ce sont les mères de très jeunes enfants qui indiquent ressentir le plus de difficultés dans la conciliation travail-famille (Descarries & Corbeil, 1995). La lourdeur des tâches et la modification des habitudes de sommeil qui sont associées aux soins à donner au nourrisson rendent le contexte postnatal différent de celui d'une famille comportant des enfants d'âge scolaire. De plus, dans les études portant sur les mères d'enfants plus âgés, la situation des mères travailleuses était généralement comparée à celle de mères « au foyer » dont l'arrêt de l'activité professionnelle s'étendait sur plusieurs années. A la suite de la naissance d'un enfant, les femmes suspendent leur activité professionnelle, mais cette période d'arrêt peut être très courte, par exemple dans le cadre d'un congé de maternité. L'impact de cet arrêt, et des différentes conditions dans lesquelles il s'effectue, a été peu étudié.

Malgré les difficultés que présente leur généralisation, les écrits ayant porté sur l'impact de l'activité professionnelle des mères sur leur état de santé nous donnent des informations qui peuvent éclairer les liens unissant le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs à la période postnatale. Ainsi, les résultats de ces études nous portent à envisager la possibilité selon laquelle cette relation pourrait avoir une nature indirecte. En effet, à la lumière des écrits, l'impact du rapport à l'emploi sur la

santé semble varier en fonction de la présence ou du niveau d'autres facteurs du contexte de vie des nouvelles mères, comme le niveau de scolarité ou l'attitude face au travail, par exemple. Ces facteurs viendraient alors jouer un rôle interactif dans la relation entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs.

Outre la possibilité de relations interactives, des liens indirects « intermédiaires », soit liés à l'association entre notre facteur d'intérêt, le rapport à l'emploi, et d'autres facteurs susceptibles d'influencer les symptômes dépressifs, peuvent également être envisagés. En effet, les modèles proposés pour la compréhension des liens unissant le travail et la santé soulèvent la possibilité selon laquelle le travail des mères entraîne la présence de facteurs reconnus comme pouvant modifier l'état de santé. Ainsi, d'après le *Job stress model*, le fait d'exercer une activité professionnelle est à l'origine de stressseurs qui ont un effet néfaste sur la santé. Le *Health benefits model*, bien qu'il présente une logique pouvant paraître en contradiction avec le modèle précédent, peut également être interprété comme l'indice du caractère indirect des liens entre le travail et la santé. Ce modèle présente en effet l'impact de l'emploi comme étant lié au développement de ressources, comme le soutien social ou l'accès à un revenu, qui sont à l'origine de la bonne santé observée.

Ces informations viennent s'ajouter à celles provenant du modèle étiologique proposé, pour révéler, d'une part, le caractère complexe des liens unissant le rapport à l'emploi à la symptomatologie dépressive postnatale, et, d'autre part, l'importance de les aborder en tenant compte d'un ensemble d'éléments du contexte de vie des nouvelles mères auxquels ils paraissent susceptibles d'être liés.

#### **4 Conclusion**

Cette première recension des écrits nous a permis de jeter une lumière sur les différentes facettes du phénomène que constitue la symptomatologie dépressive des mères à la période postnatale. D'après le modèle retenu, des aspects biologiques et psychologiques pourraient jouer un rôle dans le développement de ces symptômes, mais le contexte de vie des nouvelles mères semble également les influencer. Ce contexte de vie, soit les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, est présenté comme prenant racine dans l'organisation actuelle de la société.

Le rapport entretenu avec le marché de l'emploi, parce qu'il constitue un élément important du contexte de vie des nouvelles mères, nous apparaît susceptible d'être en lien avec la symptomatologie dépressive postnatale. Toutefois, le cadre adopté ainsi que les écrits ayant porté sur les liens unissant le travail à la santé des mères à d'autres périodes de la vie nous portent à soulever la possibilité selon laquelle d'autres éléments de contexte pourraient intervenir dans la relation entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Il nous apparaît donc important, pour explorer cette association, de nous pencher sur les éléments de contexte pouvant être mis en lien, d'une part, avec les symptômes dépressifs et, d'autre part, avec le rapport à l'emploi. Cette première recension, en abordant l'étiologie de la symptomatologie dépressive postnatale, nous a permis de soulever les principaux éléments de contexte liés à cette symptomatologie. Le prochain chapitre continuera donc de poser les bases de notre exploration en cherchant à mettre en lumière le contexte dans lequel prend place le rapport entretenu par les nouvelles mères avec le marché de l'emploi.

## CHAPITRE 2 : MISE EN CONTEXTE DU RAPPORT DES NOUVELLES MERES AU MARCHÉ DE L'EMPLOI

---

Travailler ou ne pas travailler après la naissance d'un enfant est très souvent perçu comme le résultat d'une décision individuelle : la nouvelle mère choisirait d'arrêter, de suspendre ou de continuer son travail selon des convictions personnelles concernant les besoins de l'enfant ou l'importance qu'elle accorde à son emploi. Cette vision individuelle de la décision d'emploi s'accorde très bien avec la représentation polarisée que l'on se fait souvent du rapport des femmes à l'emploi opposant, d'une part, la « mère au foyer », qui aurait choisi de ne pas travailler afin de se consacrer entièrement à l'éducation de ses enfants et, d'autre part, la « femme de carrière », pour qui le travail passerait avant tout. Cependant, la réalité pourrait se révéler bien loin de cette dichotomie simpliste. En y regardant de plus près, on découvre que le rapport qu'entretiennent les femmes avec le marché du travail pourrait être autant marqué par un ensemble d'obligations et de contraintes, que par des goûts et des attitudes personnels. Et même ces goûts et attitudes pourraient ne pas être aussi individuels qu'il n'y paraît.

Dans ce chapitre, nous chercherons à mettre en lumière le contexte dans lequel s'insère le rapport entretenu par les nouvelles mères avec le marché de l'emploi. Nous le verrons, le rapport à l'emploi peut difficilement être analysé en tant que donnée isolée, car il est lié de près aux caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat ainsi qu'au contexte social dans lequel ces caractéristiques prennent place. Les liens sont bidirectionnels : si le contexte de vie des nouvelles mères exerce une influence sur les décisions qu'elles prennent concernant l'emploi, ces décisions ont également toutes les chances d'exercer à leur tour une influence sur le contexte de vie des nouvelles mères.

Nous avons choisi, dans un premier temps, de nous pencher sur l'évolution du rapport des mères au marché de l'emploi. Une approche historique, parce qu'elle met en lumière les modifications du rapport à l'emploi en fonction de changements sociaux, permet de révéler l'influence du contexte social et des conditions de vie liées à ce contexte, sur les comportements et attitudes des mères vécus individuellement. Les changements observés au cours de l'histoire nous donnent également des indices pour la compréhension des conséquences, tant individuelles que sociales, du rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi.

Dans un deuxième temps, nous chercherons à comprendre le processus par lequel le rapport des nouvelles mères à l'emploi est lié aux éléments de contexte mis en lumière dans la partie précédente. Le concept de socialisation nous permettra d'offrir une piste pour la compréhension de ces liens.

A la fin de ce chapitre, nous présenterons le modèle à partir duquel nous chercherons à explorer les liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale.

## **1 Évolution du rapport des mères au travail et à la maternité**

Aujourd'hui, la grande majorité des femmes vivent leur maternité et les premières années de la vie de leurs enfants en restant actives professionnellement (Marshall, 1999). L'accès d'une majorité de nouvelles mères au marché du travail est considéré, avec raison, comme l'un des grands bouleversements sociaux des dernières décennies. Mais la réalité du travail des mères est-elle si récente ? En fait, l'Histoire nous apprend au contraire que le retrait des mères de la sphère économique constitue l'exception : le modèle de la femme au foyer, dont l'activité principale est consacrée à l'éducation des enfants, est loin d'être universel. Il a été le fait d'une courte période sur le plan historique, et ne s'est appliqué qu'à une certaine partie de la population. De tous temps, les femmes ont cumulé les tâches liées à la maternité et celles assurant la subsistance de leur famille. Toutefois, de nombreux changements dans l'organisation de la société ont modifié la façon dont s'effectuaient les rapports des femmes, et des mères, à l'activité économique. Nous avons choisi de jeter un regard sur ces changements afin de saisir les liens unissant le rapport des mères à l'emploi, leur environnement immédiat et le contexte social dans lequel il prend racine. Un tel retour historique, qui révèle les variations à travers les époques du rapport des mères à l'emploi, permet de mettre en lumière les autres aspects du contexte dont les variations se sont faites parallèlement à ces changements.

Avant de commencer cette démarche, il nous apparaît important de préciser les ouvrages qui en ont été à la base. Plusieurs écrits ont porté sur l'évolution du rapport des femmes au travail et à la maternité. Nous ne visons pas à faire ici une recension exhaustive de ces travaux, mais bien à mettre en lumière les grandes lignes de cette évolution qui peuvent éclairer le contexte dans lequel s'insère le rapport des mères à l'emploi. Pour cette raison, nous avons choisi, dans la première partie du

chapitre, de nous baser sur un nombre limité de références, mais qui constituent, à notre avis, des ouvrages phares de l'Histoire du rapport des mères au travail en Occident et, plus particulièrement, au Québec. Ainsi, nous abordons l'évolution du rapport des femmes au travail à partir de travaux regroupés dans l'ouvrage de Fox sur la famille (Fox, 1993a). Cet ouvrage contient plusieurs articles devenus des références classiques dans ce domaine, comme l'article de Margolis (Margolis, 1993) sur la maternité, de Cott sur l'économie domestique (Cott, 1993), et de May sur le travail à l'usine et le salaire familial (May, 1993). L'ouvrage du Collectif Clio nous guide également à travers l'histoire des femmes, mais cette fois, plus spécifiquement au Québec (Collectif Clio, 1982). Le rapport des femmes au travail domestique est abordé d'après le collectif de Vandelac (Vandelac, 1985a), et particulièrement d'après les travaux de Bélisle sur l'histoire de ce rapport (Bélisle, 1985; Bélisle & Pinard, 1985), alors que l'évolution du rôle maternel et du rapport des femmes à la maternité, est surtout basée sur les écrits de Badinter (Badinter, 1980) et de Kniebelher (Knibiehler, 1997).

### 1.1 Période préindustrielle (des débuts de la colonie jusqu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle) : un même lieu pour le travail et la famille

Depuis les débuts de la colonie jusqu'à l'ère industrielle, le Québec était avant tout un monde rural. Si de nombreux changements sont venus modifier la vie des habitants à travers les époques, l'une des principales caractéristiques de ce mode de production est demeurée inchangée : l'unité de lieu pour le travail et la famille. La vie économique et familiale étaient de fait indissociables (Bélisle, 1985; Collectif Clio, 1982; Margolis, 1993). Les travaux domestiques à la base de la subsistance soit la production de nourriture, de vêtements et de la presque totalité des biens, se faisaient à l'intérieur de l'unité familiale. Il n'y avait donc pas, à cette époque, de séparation claire entre le monde « privé » de la famille et des tâches domestiques, qui a plus tard été attribué aux femmes, et un monde « public » du travail. S'il existait une certaine séparation des tâches selon le sexe, la frontière entre les sphères de production masculines et féminines était bien fine, et n'excluait pas une certaine interchangeabilité (Margolis, 1993). Tout le monde, quel que soit le sexe, et même l'âge, participait à l'économie domestique et le seul fait d'être mère ou d'être enceinte n'amenait en aucun cas l'arrêt de l'activité qui était d'assurer la subsistance de la famille.

Tout comme les tâches domestiques, les soins aux enfants n'étaient pas uniquement réservés aux mères. De fait, selon Margolis (Margolis, 1993), un rôle maternel distinct aurait été incompatible avec la réalité de la vie au temps de la colonie. À cette époque, les tâches domestiques comprenaient un ensemble de travaux nécessitant la participation de tous les membres de la maison : en plus de l'entretien du jardin et souvent des animaux, on file la laine, bat la crème pour en faire du beurre, tanne les peaux, confectionne des chandelles, des boutons, du savon, des vêtements... L'éducation des enfants ne constituait pas une tâche distincte : elle se faisait à travers l'ensemble de ces autres travaux. Son principal objectif était d'enseigner aux enfants les habiletés nécessaires pour qu'ils puissent à leur tour, et le plus rapidement possible, contribuer à faire fonctionner cette économie domestique. Tous les adultes présents à la maison, souvent les grands-parents ou les frères et sœurs plus âgés, jouaient un rôle dans l'éducation des enfants (Margolis, 1993). Le rapport privilégié et particulier entre la mère et son enfant, souvent présenté comme naturel, ne semble donc pas avoir marqué le lien maternel de cette époque.

#### *Un rapport à l'enfant empreint d'indifférence*

Tout comme le rapport à la production économique et domestique, la vision de l'enfance était également très différente, à cette période préindustrielle, de celle qui prévaut aujourd'hui. L'enfant n'était pas considéré comme une personne pouvant avoir des besoins, intérêts ou capacités particuliers. L'accent était mis sur la discipline et la moralité, et bien peu d'attention était portée au développement de la personnalité ou de l'intelligence. La période même de l'enfance était réduite à six ou sept années : au-delà de cet âge, on s'attendait à ce que l'enfant se comporte comme un adulte. Il n'était pas rare qu'un enfant de six ans soit envoyé au travail dans une autre ferme, et ceux qui restaient avec leurs parents pouvaient se voir attribuer des tâches ardues (Badinter, 1980; Margolis, 1993).

La mortalité infantile, très importante jusqu'au XIX<sup>ième</sup> siècle, peut expliquer en partie le caractère détaché du lien parent-enfant de l'époque. Au Québec, à la période préindustrielle, trois enfants sur quatre, tout au plus, atteignaient l'âge adulte (Collectif Clio, 1982). Il est donc possible que les difficultés liées à la survie menaient les parents à accepter plus facilement la mort de leurs enfants. D'ailleurs, les conseils d'éducation donnés à cette période mettaient invariablement l'accent sur la



nature temporaire du passage sur terre d'un enfant, celui-ci étant tantôt présenté comme un « prêt de Dieu, pouvant être rappelé à tout instant » ou encore qualifié de « visiteur temporaire » (Sommerfeld, 1989)... Toutefois, selon Badinter (Badinter, 1980), l'acceptation de la mort des enfants est loin d'être l'unique cause du détachement observé chez les mères de cette époque. Les parents, et les mères, faisaient preuve d'indifférence envers leur progéniture. Cette indifférence est si grande qu'elle surprend et même choque les adultes du vingtième siècle que nous sommes. Dans son ouvrage sur l'histoire de l'amour maternel en France, cette auteure révèle en effet à quel point, jusqu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'enfant avait un statut secondaire dans la famille. Elle affirme qu'« au mieux, il a un statut insignifiant. Au pire, il fait peur » ((Badinter, 1980): 42). Des écrits aussi divers que ceux de saints, philosophes et écrivains démontrent que l'enfance, loin d'être perçue comme innocente et pure, était décrite comme une période prédisposant au péché, un état de faiblesse et d'absence de jugement dont il faut, au plus vite, se libérer. Badinter cite Saint François de Sales affirmant que « non seulement en notre naissance, mais encore pendant notre enfance, nous sommes comme des bêtes privées de raisons, de discours et de jugement » ((Badinter, 1980): 49). Saint Augustin, parlant de l'enfant, affirmait même que « si on lui laissait faire ce qui lui plaît, il n'est pas de crime où on ne le verrait se précipiter » ((Badinter, 1980) : 43). La pratique extrêmement répandue de la mise en nourrice en France au XVIII<sup>ème</sup> siècle, que l'on retrouve dans toutes les couches de la société urbaine, révèle le plus étonnant détachement de la part de la mère pour son nourrisson. Les parents ne pouvaient en effet ignorer le nombre incroyable de décès et d'accidents que cette pratique entraînait, les nourrices étant pauvres et les enfants laissés à bien peu de soins. Si le nourriciat était beaucoup moins populaire en Amérique<sup>3</sup>, il n'en demeure pas moins que l'enfant ne semblait pas susciter un très grand attachement de la part de ses parents. Ceux-ci dépensaient rarement les frais d'un médecin pour soigner un enfant malade, et ni la mère ni le père ne faisaient généralement état de tristesse à leur mort ((Badinter, 1980): 76-77). Plus près de nous, notons que les hôpitaux montréalais n'admettaient pas les enfants en bas âge (Dassigny, Descaries, Kurtzman, & Tardy, 1992). Seule la construction de l'hôpital Sainte-Justine a permis l'hospitalisation des enfants malades. Comme l'indique Lebrun, (1971) « sur le plan humain, la mort

---

<sup>3</sup> Le Collectif Clio précise tout de même qu'au 18<sup>ème</sup> siècle, les citoyens plus fortunés ont pu mettre les nouveau-nés en nourrice, suivant ainsi la coutume française.

du petit enfant est ressentie comme un accident presque banal qu'une naissance ultérieure viendra réparer » (cité dans (Badinter, 1980): 76).

## 1.2 Dix-neuvième siècle: industrialisation et séparation des sphères masculines et féminines du travail

Comment de l'enfant-démon sommes-nous passés à l'enfant-roi? Il semble qu'une fois encore, le contexte économique et social ait été lié de près aux changements du rapport entretenue par les femmes au mode de production, et par la même occasion, au développement d'un nouveau discours et d'une nouvelle attitude des mères envers leurs enfants.

Avec le début de la période industrielle est apparue la première séparation entre le monde du travail et celui de la famille, la production de biens ayant quitté la maison pour l'usine. Cette vague d'industrialisation occidentale, partie d'Angleterre, a rapidement gagné l'Europe, puis, plus tardivement, l'Amérique. Au milieu du XIX<sup> me</sup> siècle, le Québec passe d'une société agricole à une société industrielle. Les villes et villages grossissent, malgré l'exode massif vers les  tats-Unis à la fin de ce siècle: les usines, ouvriers et ouvrières s'installent en ville. Ainsi, la fabrication de vêtements, et, peu à peu de nourriture, s'effectue désormais de façon industrielle. La sphère domestique semble alors se rétrécir: le travail s'effectuant plutôt à l'extérieur, de moins en moins d'adultes (domestiques, apprentis) sont présents à la maison (Margolis, 1993). Dans un premier temps, les hommes n'étaient pas les seuls à quitter la maison pour l'usine: femmes et enfants étaient également employés, bien que les conditions de travail aient été extrêmement pénibles. Les salaires suffisaient à peine à la subsistance. Toutefois, peu à peu, les législations ont éloigné les enfants de l'usine. Les femmes ont suivi. Le salaire de l'homme a été déclaré salaire familial, ce qui signifiait que celui-ci gagnait le double du revenu d'une femme ou d'un enfant (Bélisle, 1985; May, 1993). Pour quelles raisons les femmes ont-elles été ainsi éloignées de ces lieux de production? Selon Bélisle, les ouvriers, plus que les employeurs, supportaient mal la présence féminine dans les usines (Bélisle, 1985). Quoi qu'il en soit, le retrait des femmes de cette partie de la production avait de nombreux avantages car il permettait à l'ouvrier de se consacrer exclusivement au travail de l'usine. Le travail domestique devenait alors la responsabilité des femmes. En plus des bénéfices sur le plan domestique, le fait d'avoir une femme à la maison était devenu le signe d'un certain statut social, ce

qui a sans aucun doute contribué à la popularité de cette division des tâches (Bélisle, 1985). Finalement, il apparaît fort probable que de nombreuses femmes se soient senties soulagées de ne pas avoir à travailler dans ces conditions pénibles, alors qu'avec le « salaire familial », le revenu de l'ensemble du foyer demeurait au total pratiquement inchangé.

L'ère industrielle a donc amené la réelle séparation des sphères féminine et masculine du travail. L'une, de l'ordre du privé, est devenue non payée, et l'autre, publique, faisant désormais partie du monde économique. La maison, qui n'est plus considérée comme un lieu de production, devient bientôt synonyme de retrait de la sphère publique de l'économie (Cott, 1993; Margolis, 1993). Le travail domestique, puisque non payé, n'est alors plus un réel travail: il devient plutôt un « travail d'amour », exclusivement réservé aux femmes, à qui on a prêté pour ces tâches des dispositions naturelles. Les mariages d'amour ayant à cette époque succédé aux mariages de raison, toute la structure familiale s'est vue désignée par une logique autre que la logique économique : les mères n'étaient plus travailleuses au sens économique du terme, ou plutôt, le travail des mères n'était plus un travail d'après le nouveau sens qu'on lui avait donné (Vandelac, 1985c).

Pourtant, la logique économique semble être demeurée bien présente du moins en ce qui concerne le nombre d'enfants par famille. Comme l'écrit Bélisle ((Bélisle, 1985): 78), il est clair que dans l'Histoire, on tolère bien mal les bouches inutiles. Les familles nombreuses, qui assuraient une main-d'œuvre abondante dans le monde rural, étaient beaucoup moins rentables à la période industrielle. Pour utiliser les termes de Margolis (Margolis, 1993), les enfants des villes coûtent plus cher, et rapportent moins. À la quantité succéda donc peu à peu le souci de la qualité de la progéniture, la tâche d'élever des enfants devenant ainsi de plus en plus complexe.

### *Changements dans le rapport à l'enfant*

Est-ce un hasard si à cette période, un discours sur la maternité et l'instinct maternel est apparu? À la fin du XVIII<sup>ième</sup> siècle, on commence à retrouver dans les guides domestiques, écrits médicaux et sermons religieux, l'idée d'un rôle particulier de la mère envers l'enfant (Badinter, 1980). L'importance de la mère n'a cessé de s'accroître par la suite au cours des XIX<sup>ième</sup> et XX<sup>ième</sup> siècles. La maternité est alors devenue, en quelque sorte, glorifiée. Cette tâche, auparavant insignifiante,

requérait soudain des habiletés particulières: même les arguments en faveur de l'éducation des femmes étaient devenus liés à l'importance de former des mères compétentes (Margolis, 1993; Sommerfeld, 1989).

À cette époque également, l'image de l'enfant et de l'enfance a subi une transformation sans précédent. L'enfant a cessé d'être l'adulte miniature naturellement enclin au péché pour devenir une personne à part entière demandant une éducation et des soins particuliers. Une image romantique de l'enfance et du lien mère-enfant allait émerger, largement inspirée des écrits de Rousseau, image demeurant encore présente jusqu'à nos jours. Selon Margolis et Badinter, cette redéfinition de l'enfance, apparue au début du XIX<sup>ième</sup> siècle, ne peut être attribuée qu'en partie aux baisses de natalité et de mortalité infantile, qui, somme toute, restaient bien relatives. Aux États-Unis, le taux de mortalité infantile était encore à 10% en 1915 ((Bélisle, 1985) : 81). Tout comme la nouvelle importance attribuée au rôle maternel, la redéfinition de l'enfant en être aux besoins spécifiques correspond surtout à la période de séparation des sphères masculine et féminine, et au retrait des femmes de l'économie marchande. Si les enfants avaient maintenant besoin de soins, ils avaient également besoin d'amour. L'éducation des enfants, tout comme la production domestique, sortait de la sphère économique du travail pour devenir à son tour un non-travail, ou un travail d'amour. Toutefois, avec la nouvelle définition des tâches maternelles, l'éducation des enfants et la production domestique n'en étaient pas moins prenantes. Si elle était présentée comme « naturelle » et fonction première des femmes, la maternité devenait une mission importante à réussir (notamment pour former de bons soldats) et cette responsabilité reposait entièrement, pour la première fois, sur les épaules des femmes ((Margolis, 1993):129).

### 1.3 Vingtème siècle: retrait et retour des mères au travail au rythme des guerres

À partir du vingtème siècle, l'importance de la maternité et du lien mère-enfant n'allait cesser de croître. La maternité devient non seulement un rôle naturel pour les femmes, mais est présentée comme devant constituer l'activité principale de leur vie. La mère a désormais toutes les vertus, mais cet éloge de la maternité s'accompagne de nombreux impératifs. Les découvertes scientifiques de cette époque, notamment celle de Pasteur concernant l'existence de micro-organismes, vont amener toute une série de nouvelles tâches pour les femmes : nettoyage, stérilisation, désinfection,

etc. (Bélisle & Pinard, 1985; Knibiehler, 1997). De plus, avec l'arrivée des spécialistes de tous ordres, soudain intéressés au bien-être des petits êtres importants que sont devenus les enfants, les femmes perdent même leur expertise sur la maternité, entraînant de l'insécurité chez plusieurs d'entre elles. Le rôle de mère ne s'étend pas qu'à la propreté et à la santé: toute la morale de la société est alors entre les mains des mères.

Toutefois, même à cette époque, il serait faux de croire que l'ensemble des femmes étaient uniquement et avant tout des « maîtresses de maison ». Les bourgeoises et les femmes de la classe moyenne travaillaient moins fréquemment aux tâches autres que domestiques après leur mariage, mais une proportion non négligeable de femmes des milieux ouvriers ont toujours participé au marché de l'emploi (Collectif Clio, 1982). Le discours sur le travail féminin était, de fait, en contradiction avec la réalité d'une partie de la population: les femmes sont ouvrières ou domestiques, souvent avant leur mariage, mais quelquefois bien après. Les religieuses, qui jouent un rôle important au Québec, ainsi que les femmes mariées qui participent à la carrière ou à l'entreprise de leur mari, participaient sans aucun doute à la sphère publique de l'économie.

Le travail de maison demeurera dans le discours la principale voie de réalisation des femmes jusqu'à la deuxième guerre mondiale. Cette guerre constitue en effet une parenthèse importante dans le rapport des femmes au marché du travail au cours de cette première partie du vingtième siècle (Bélisle & Pinard, 1985; Collectif Clio, 1982). Les femmes sont requises, pour sauver la nation, non plus à la maison, mais à l'usine. Même les mères sont au travail, pour combler les postes restés vagues par les hommes partis au combat. Celles qui demeurent ménagères voient également leur rôle s'élargir pour l'effort de guerre: le bénévolat et les associations féminines, très actives à cette période, rendent ces femmes plus visibles et plus impliquées dans l'économie marchande. Il faudra bien des efforts de persuasion pour limiter à nouveau, après la guerre, la participation des femmes à l'extérieur du foyer.

Une fois la guerre terminée, plusieurs dirigeants ont craint une nouvelle poussée du chômage comparable à celle des années 1930. D'après le Collectif Clio, autant le gouvernement avait déployé tous ses efforts à recruter la main-d'œuvre féminine, autant il s'est efforcé par la suite à la faire rentrer au foyer (Collectif Clio, 1982). Le retour au foyer a bel et bien eu lieu, et avec grand succès:

au Québec, comme partout en Amérique et en Europe, on assiste entre 1945 et 1965 à l'apogée du modèle de la femme au foyer.

La mère des années 1950, celle des banlieues et des nouveaux équipements ménagers, qui était entièrement consacrée au bonheur de sa famille, est demeurée pendant longtemps une image modèle. Cette image cachait peut-être cependant les malaises ressentis par plusieurs de ces ménagères face au caractère répétitif et surtout isolant de leur réalité quotidienne. La dépendance économique amenait également son lot de difficultés. Les femmes ayant de plus en plus accès à l'éducation post-secondaire (malgré l'opposition de leur famille dans de nombreux cas), l'arrêt professionnel complet après le mariage ne sourit pas à toutes, surtout pas aux plus scolarisées. Quoiqu'il en soit, les filles de ces ménagères modèles n'ont pas voulu de cette vie-là. La génération suivante a amené le retour des femmes, et des mères, sur le marché du travail rémunéré (Knibiehler, 1997).

#### 1.4 Fin du vingtième siècle: la double tâche

La fin des années 1960, en Occident, est marquée par un grand bouleversement des valeurs et normes sociales. Au Québec, après la période ultra conservatrice du régime du Premier ministre Duplessis, on assiste à la « révolution tranquille »: laïcisation, écoles mixtes, élargissement du rôle de l'état, syndicalisation... Tout le portrait social est transformé en moins d'une quinzaine d'années. La place des femmes dans la société ne fait pas exception à cette vague de changements. Les femmes ne se contentent plus du seul rôle de mère: elles veulent pouvoir accéder au marché du travail rémunéré.

Ce n'est pas un hasard si la période « revendicatrice » des années 1960 et surtout 1970 s'est effectuée au moment de la révolution tranquille. En plein essor économique, toute la société était à faire et à refaire. La découverte de nouveaux moyens contraceptifs et la perte de l'emprise de l'Église ont donné aux femmes le sentiment de liberté nécessaire à la remise en question des modèles sociaux de sexe imposés jusqu'alors. Pourtant, l'accès de toute une génération de femmes au monde du travail ne signifiait pas que cessait la séparation traditionnelle des domaines « masculins » et « féminins ». Les femmes sont restées fortement concentrées dans certains

domaines de l'activité professionnelle qui, comme l'indique Descarries-Bélanger, « ne sont souvent que le prolongement de leurs activités de ménagère et de mère » ((Descarries-Bélanger, 1980): 49). Elles sont le plus souvent secrétaires, serveuses, institutrices, travailleuses sociales, infirmières... Est-il surprenant de constater que ces domaines d'activités typiquement féminins soient généralement peu rémunérés? Lentement, mais sûrement, les femmes ont toutefois accédé à la presque totalité des domaines du travail rémunéré, bien qu'elles demeurent majoritaires, jusqu'à la fin de ce siècle, dans les professions dites « féminines ». Les jeunes québécoises sont aujourd'hui autant sinon plus scolarisées que leurs confrères du même âge. Toutefois, leur salaire ne dépassait toujours pas, en 1999, 70% en moyenne du salaire des hommes, à scolarité égale.

Avec la massification des emplois de service et de bureau, et la nécessité de plus en plus présente du double salaire familial, les femmes sont entrées de plus en plus nombreuses dans le marché de l'emploi au cours de années 1980. Car cette nouvelle réalité est, elle aussi, en lien étroit avec le contexte économique et social. L'accès des femmes au monde du travail rémunéré, bien qu'il ait apporté des avantages indéniables, notamment l'autonomie financière, répondait certainement autant à des besoins économiques qu'à un désir de réalisation personnelle. Le double salaire familial est, dans la grande majorité des cas, nécessaire à un minimum d'aisance économique. Pour les mères monoparentales, le travail rémunéré est la seule façon d'échapper à une grande pauvreté. L'instabilité conjugale tout comme le refus, de la part de plusieurs hommes, du rôle de pourvoyeur, rend la situation de dépendance économique peu enviable dans la plupart des cas. La place des femmes sur le marché du travail fait aujourd'hui partie intégrante de l'organisation de la société. On reconnaît d'ailleurs maintenant que le travail des femmes, loin de créer du chômage, stimule l'emploi et l'économie.

Les femmes entrant massivement dans le marché de l'emploi rémunéré, qu'est-il arrivé du travail domestique? On pourrait croire qu'il a disparu. D'extrêmement important dans les années 50, le travail domestique semble aujourd'hui, plus que jamais, dévalorisé. Le modèle de la femme au foyer est devenu désuet: tout ce que faisait alors la ménagère, ce « non-travail » non-rémunéré, doit maintenant se faire en dehors des heures de travail, en plus des tâches rémunérées. Pourtant ce côté domestique de la production de tous les jours n'a pas disparu et les exigences, notamment en ce qui concerne l'éducation des enfants, sont toujours aussi grandes.

## 1.5 Rapport actuel des nouvelles mères au travail rémunéré, aux tâches domestiques et au rôle maternel

Aujourd'hui, plus de 70% des mères sont actives sur le marché de l'emploi (Descarries, 2000). Le séjour à la maison n'est plus un mode de vie, mais constitue plutôt une période de discontinuité dans le rapport des femmes au marché de l'emploi. En ce sens, la période postnatale est particulière. Après la naissance d'un enfant, les femmes doivent généralement suspendre, pour un temps, leur activité professionnelle. Cependant, cette période peut être très courte. Selon des statistiques canadiennes récentes, la plupart des femmes réinsèrent le marché de l'emploi au cours des six premiers mois suivant la naissance d'un enfant (Marshall, 1999). Les travailleuses qui sont éligibles peuvent profiter des programmes de congé de maternité de 15 semaines prévu par la *Loi sur l'assurance-emploi*. Depuis 1990, l'un ou l'autre des parents peut également bénéficier du congé parental de 10 semaines, à tout moment pendant les 52 semaines suivant l'accouchement. Des ententes entre les employeurs et les syndicats permettent à certaines travailleuses de profiter de conditions plus avantageuses sur le plan de la rémunération et de la durée des congés. Cependant, plusieurs femmes, notamment celles ayant travaillé moins de 700 heures l'année précédente ou les étudiantes, ne peuvent même pas profiter des programmes gouvernementaux de base.

La situation de « femme au foyer » semble être de moins en moins courante. En effet, si certaines femmes choisissent de se retirer du marché de l'emploi, ce retrait demeure, le plus souvent, temporaire. De plus, dans de nombreux cas, le séjour au foyer pourrait être mis en lien avec certaines difficultés concernant l'accès au travail. Les nouvelles mères qui indiquent rechercher activement un emploi peuvent difficilement être considérées comme « au foyer ». Cependant, il est possible que des femmes éprouvant des difficultés à se trouver un emploi, ou n'ayant pas accès à un travail suffisamment rémunéré pour combler les frais inhérents à l'activité professionnelle, notamment ceux liés à la garde de l'enfant, se trouvent dans la situation de « femme au foyer » pour une période plus ou moins limitée.

### *1.5.1 Le partage des tâches domestiques*

Les particularités du mode de partage des tâches domestiques entre les conjoints, au cours de la période spécifique que constituent les mois suivant une naissance, sont peu connues. Cependant, les



écrits portant sur ce mode de partage à d'autres périodes de la vie, semblent indiquer qu'un partage égalitaire ne constitue pas encore le modèle dominant. Malgré leur accès au marché du travail, les femmes sont demeurées les principales responsables de l'ensemble des tâches ménagères (Bird, 1999; Coltrane, 1990; Dandurand & Ouellette, 1992; Descarries & Corbeil, 1995; Glass & Fujimoto, 1994; Mercier, 1990; Rosenfield, 1992; Roux, 1999; Statistique Canada, 1997). Une étude attentive de cette question pourrait toutefois révéler une réalité plus nuancée. En effet, il est possible qu'une multitude de modèles, allant du plus traditionnel au plus innovateur, puissent coexister dans notre société. La situation que vivent aujourd'hui les couples en ce qui concerne le partage des tâches en serait alors une de transition.

Pour comprendre le mode de partage des tâches entre les conjoints il est nécessaire de faire une distinction entre, d'une part, les travaux domestiques, qui touchent à la préparation des repas, au lavage et au ménage, par exemple, et d'autre part, les soins aux enfants, qui touchent directement à ceux-ci et se font en leur présence, comme leur coucher et leur réveil, la supervision des devoirs ou le bain. De façon générale, les écrits révèlent que le partage des tâches domestiques tend à suivre le modèle traditionnel selon lequel les travaux routiniers et quotidiens sont effectués par la femme, alors que les tâches occasionnelles ou saisonnières, sont réservées aux hommes (Descarries & Corbeil, 1995). En ce qui concerne les soins aux enfants, le partage entre les conjoints pourrait être plus égalitaire. Les mères travailleuses qui ont participé à l'étude québécoise de Descarries et Corbeil se disaient généralement plus satisfaites de l'implication du conjoint auprès des enfants que de sa participation aux tâches domestiques. Mais là encore, les activités quotidiennes et celles les plus susceptibles d'occasionner des absences au travail étaient plus souvent effectuées par les femmes. Les pères de l'étude de Descarries et Corbeil étaient particulièrement présents lors du transport, des activités de loisir et sur le plan de l'encadrement disciplinaire et des travaux scolaires (Descarries & Corbeil, 1995).

Il est possible que le partage se révèle plus égalitaire au cours de l'année qui suit un accouchement. Dans l'étude de Descarries et Corbeil (Descarries & Corbeil, 1995), les jeunes mères travailleuses se sont déclarées plus satisfaites du partage des tâches avec leur conjoint que leurs consœurs plus âgées. On sait toutefois que l'ampleur de la tâche augmente considérablement avec l'arrivée d'un bébé, et certaines études tendent à démontrer un retour vers des rôles plus traditionnels à cette

période de la vie, qui pourrait être mis en lien avec une certaine diminution de l'aide du conjoint après la naissance (Brannen & Moss, 1991; Gjerdingen & Chaloner, 1994; Moss, Bolland, Foxman, & Owen, 1987; Romito, 1990). L'arrêt de travail des mères, temporaire ou prolongé, et donc leur présence constante à la maison, paraît également fort susceptible d'avoir un impact sur le partage des tâches à cette période de la vie.

### *1.5.2 Caractéristiques du rôle maternel*

Nous avons pu constater que les changements dans le rapport des mères à l'emploi peuvent être mis en parallèle avec des modifications du discours social sur le rôle maternel. Depuis qu'une majorité de mères cumule ce rôle avec celui de travailleuse, le rôle de mère a-t-il été modifié dans ce sens ? Une enquête nationale de Statistique Canada, qui s'est penchée sur l'attitude face au travail des femmes dans la population générale, démontre la présence d'un paradoxe, à ce sujet, dans le discours. Cette étude indique que « d'une part, les gens sont favorables à la participation des femmes à la population active, mais, d'autre part, ils estiment que la famille, et plus particulièrement les jeunes enfants risquent d'en souffrir » (Ghulam, 1997). L'auteure en conclut que la persistance d'opinions traditionnelles dans une société moderne donne lieu à des attitudes contradictoires. Dans un tel contexte, il est fort possible que la définition sociale actuelle du rôle maternel soit elle-même porteuse de paradoxes en ce sens qu'elle valoriserait à la fois une présence continue de la mère auprès de l'enfant et un engagement au travail ininterrompu.

Cette étude ne portait cependant pas de façon spécifique sur les mères de nourrissons. Une étude américaine, effectuée auprès d'étudiants et étudiantes du premier cycle universitaire, semble indiquer que le retour au travail dans les premiers mois suivant l'accouchement ne serait pas toujours vu d'un bon œil, même chez les moins de vingt-cinq ans (Bridges & Etaugh, 1995). Dans cette étude, les femmes retournant au travail après six semaines de congé de maternité étaient moins bien perçues que celles choisissant de rester à plein temps à la maison pendant les premières années de vie de leurs enfants. Une autre étude américaine indique d'ailleurs que la majorité des jeunes étudiantes prévoient interrompre leur carrière durant les premières années de vie de leurs enfants (Shroeder, Blood, & Maluso, 1992). Il est toutefois possible que les jeunes québécoises aient à ce sujet des opinions très différentes de leurs voisines du sud.

Au Québec, les connaissances proviennent principalement d'études ayant porté sur des travailleuses mères d'enfants d'âge scolaire. Les résultats de ces études démontrent qu'il demeure une certaine dissonance entre l'attitude exprimée par les femmes concernant le rôle maternel, et leur propre pratique. Dans l'étude de Descarries et Corbeil (Descarries & Corbeil, 1995), les mères travailleuses indiquent avoir intégré leur double rôle de façon positive. Cependant, plus de la moitié d'entre elles ont tout de même dit garder comme référence le modèle de la mère au foyer disponible en tout temps pour ses enfants. Dans cette même étude, deux mères travailleuses sur cinq indiquaient que certains sacrifices devaient être faits au niveau de la vie privée afin d'assurer la réussite de la carrière d'une femme. Le discours de mères retirées du marché du travail, qui n'a cependant que très rarement fait l'objet de recherches, pourrait toutefois se révéler différent. Les auteurs et auteures qui se sont penchés sur la situation des femmes se décrivant comme « au foyer » ont indiqué que ces femmes tendent à adopter un discours congruent avec leur situation de vie. L'étude de Dandurand et Ouellette (Dandurand & Ouellette, 1992) démontre ainsi que les mères au foyer considèrent que leur situation actuelle est préférable pour le bien-être de leurs enfants.

Si les travailleuses mères d'enfants plus âgés semblent avoir intégré leur double statut de sorte que leur attitude face au travail des mères paraît positive (Descarries & Corbeil, 1995), il est difficile, dans l'état actuel des connaissances de savoir si cette vision positive demeure dominante, chez les mères québécoises, dans la première année de vie de l'enfant. Plusieurs écrits récents ont porté sur la perception par les nouvelles mères du rôle de mère et de travailleuse aux Etats-Unis. Ces écrits tendent à démontrer, encore une fois, la présence d'une ambivalence entre, d'une part, la croyance en l'importance d'une présence constante de la mère auprès du petit enfant durant la première année postnatale, et d'autre part, un attrait certain pour le travail rémunéré. Cet attrait proviendrait des bénéfices perçus, comme le salaire, le réseau de soutien et la reconnaissance sociale, mais il proviendrait également des difficultés liées à la présence constante à la maison, soit la difficulté des tâches, leur caractère répétitif, peu reconnu et source d'isolement. L'étude qualitative de Walzer (Walzer, 1997), qui a porté sur 25 couples parents d'un premier enfant âgé d'environ un an, reflète bien cette ambivalence. Les résultats révèlent la présence d'un fort sentiment traditionnel, chez plusieurs hommes et femmes, concernant l'importance d'une présence maternelle constante au cours des premières années de vie de l'enfant. Le désir, ressenti par les nouvelles mères, de retourner au travail, est vécu dans une grande culpabilité. L'idée qu'une autre personne que la mère s'occupe de

l'enfant est vu comme particulièrement déplaisante : non seulement l'absence de la mère, mais également et surtout la présence d'une tierce personne, sont vues comme nuisibles au bien-être de l'enfant. Ce sentiment est toutefois beaucoup plus présent chez les couples où la femme reste à la maison.

### *1.5.3 Contexte social et contexte individuel*

Le regard que nous avons jeté sur l'Histoire révèle les liens étroits qui unissent le rapport des mères au travail et le contexte social dans lequel il s'insère. Le mode dominant de production, l'industrialisation, notamment, a ainsi eu une influence majeure sur l'emploi des femmes. Il en est de même pour certaines situations sociales particulières, comme la guerre, qui ont grandement modifié le rapport des mères au travail.

Cependant, cette influence ne s'est pas effectuée de façon extérieure au contexte de vie immédiat des nouvelles mères. A la lumière des écrits, nous pouvons constater que les réalités sociales se vivent à travers les choix, comportements et attitudes des nouvelles mères. Ainsi, la séparation des sphères masculine et féminine du travail, liée à l'industrialisation, s'est effectuée à travers un contexte de vie immédiat : dans une famille donnée, par exemple, cette séparation pouvait faire suite au fait que l'homme bénéficie du salaire familial. Même l'attitude individuelle face à la maternité, soit la croyance en l'importance de la présence maternelle auprès du petit enfant, a été modifiée par ce contexte social. Comment les actes des femmes, leurs choix concernant le travail domestique et rémunéré, leur conception du rôle maternel ont-ils pu être ainsi modifiés au gré des changements sociaux ? L'une des réponses que nous pouvons offrir à cette question touche à un concept qui sera exploré dans la seconde partie de ce chapitre : le processus de socialisation.

## **2 La socialisation au cœur du rapport des mères à l'emploi**

Aujourd'hui, bien que la majorité des femmes entretiennent une relation avec le marché du travail, une partie importante de leur contribution à la subsistance et au bien-être de leur famille s'effectue hors des règles économiques du marché. Le travail domestique et l'éducation des enfants, qui doivent se faire en retrait du monde du travail tel qu'il est aujourd'hui défini, sont demeurés en

grande partie la responsabilité des femmes. De plus, bien qu'elles aient, en pratique, accès à l'ensemble des professions, les femmes préfèrent souvent les professions dites « féminines », même si celles-ci sont généralement moins prestigieuses. Les femmes peuvent tout à fait décider de faire de la politique, ou de diriger une grande compagnie. D'ailleurs, certaines le font. Mais les professions liées aux relations humaines, aux soins des personnes, qui sont généralement moins bien rémunérées, attirent encore la majorité<sup>4</sup> (Descarries-Bélanger, 1980; Fahmy, 1992; Ghalam, 1993; Statistique Canada, 1997).

Pour quelles raisons les femmes font-elles ces choix ? Sont-elles obligées de s'investir dans les professions féminines ? Pas du tout : de façon générale, leurs goûts et intérêts sont à l'origine de ces décisions. Les femmes accordent une plus grande importance à la vie familiale, qui est souvent peu compatible avec les professions à majorité masculine. La question qui se pose est alors celle de l'origine de cet attrait. Est-ce là le signe d'une nature féminine et maternelle particulière ? Offrons une autre explication: la socialisation.

## 2.1 L'acquisition des attitudes et comportements par le processus de socialisation

Nos visions, attitudes ou opinions face à une situation donnée nous apparaissent indiscutablement individuelles. Les variations entre les individus, que la simple observation permet de constater, nous portent à croire que ces attitudes sont liées à des composantes individuelles de personnalité qui, à la limite, proviendraient de nos expériences passées. Si ces caractéristiques personnelles jouent un rôle dans l'adoption d'une certaine façon de penser et d'agir, il n'en demeure pas moins que la société est liée de près à la pensée des individus. Les gens apprennent à penser d'une certaine façon, à adopter certains points de vue, en fonction des caractéristiques propres à leur société. De la même façon, l'ensemble des comportements et attitudes auront à leur tour une influence sur la société en formant les modèles de pensée et de comportements dominants. Ce processus a été nommé socialisation par les psychologues sociaux et les sociologues. Il s'agit d'une interaction subtile entre l'individu et la société, un échange qui n'est pas propre à l'enfance, mais qui prend place tout au

---

<sup>4</sup> On peut d'ailleurs se poser la question, à l'inverse, à savoir pourquoi ces professions « féminines » sont moins rémunérées. L'image d'un « travail d'amour gratuit » associé aux tâches des femmes, offre certainement des pistes de réponse...

long de la vie (Fischer, 1991). C'est ainsi que l'individu adopte certains modèles de comportements, acquiert des rôles et intériorise les valeurs, les croyances et les jugements propres à sa culture.

La socialisation est un concept qui a été au cœur d'un ensemble de théories. On retrouve de nombreuses variations concernant l'origine et le fonctionnement de ce processus, mais les grands courants des domaines de la psychologie et de la sociologie l'ont généralement intégré (Salamon & Robinson, 1987). Les sociologues présentent la socialisation comme un processus d'apprentissage des valeurs, des normes et des règles de la société. Ainsi, il en va de la socialisation des rôles de sexe. Le concept de socialisation est également présent dans les théories de psycho-dynamique, où il est présenté comme ayant une origine émotive, surtout véhiculé par la mère. Il s'est aussi vu intégrer au courant behavioriste, alors présenté comme le résultat de récompenses et punitions. Enfin, le courant socio-cognitif l'a lié au développement de la pensée en présentant ce concept comme le résultat d'une certaine compréhension du monde qui nous entoure.

Une constante se dégage: l'individu n'est généralement pas conscient de l'influence sociale qui s'exerce sur lui puisqu'il intègre et fait siennes les valeurs et normes résultant de cette interaction. Peut-être est-ce pour cette raison qu'ont souvent été attribués à la biologie les attitudes et comportements maternels malgré d'importantes variations historiques et culturelles.

## 2.2 Contexte social entourant la conception du rôle maternel

Les écrits des historiens et historiennes tendent à démontrer qu'il n'existait pas, jusqu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, de rôle maternel distinct. Nous l'avons vu, les soins aux enfants prenaient une très petite place dans la vie des mères, quant ils n'étaient pas carrément confiés à quelqu'un d'autre. Bien entendu, l'argument économique était derrière cette façon de faire: nul n'avait le temps et l'argent nécessaires pour que soit consacrée aux seuls soins du petit enfant toute la force de travail d'un adulte. Mais les sentiments, ou l'instinct, qui ont par la suite été prêtés aux mères, comment ont-ils pu être ainsi brimés pendant des siècles? Les femmes souffraient-elles d'angoisse et de culpabilité en voyant leur nourrisson privé d'affection et de soins? Il ne semble pas. Cette façon de faire faisait partie de la norme et était acceptée de tous.

L'objectif de notre argumentation n'est pas de remettre en question la pertinence de la conception actuelle concernant l'attitude et les soins aux enfants: il est simplement de souligner le caractère variable du regard posé par les mères et toute la société envers eux selon les époques. Les découvertes concernant les besoins des enfants, comme toutes acquisitions de connaissances, ont été faites dans un contexte social et économique précis. Il est possible que les connaissances concernant les besoins des enfants aient été à l'origine du changement d'attitude des parents à leur égard, mais l'inverse est très certainement aussi vrai: à partir du moment où l'organisation de la société a favorisé la spécification du travail des femmes dans la sphère domestique, les scientifiques ont commencé à s'intéresser aux besoins de l'enfant. Il est devenu, à cette époque, socialement « rentable » d'investir le temps et l'énergie des mères dans une progéniture moins nombreuse, les enfants devant faire face à une vie plus complexe.

Le discours social s'adapte au contexte et à la réalité économique. Il évolue donc grandement selon les périodes. L'état actuel des connaissances concernant les besoins de l'enfant, soit la conception majoritaire de notre culture à ce sujet, apparaît souvent comme une vérité immuable. Pourtant, cette conception sera vraisemblablement perçue comme désuète dans quelques décennies. On peut en conclure que la science suit une évolution linéaire qui nous rapproche toujours plus de la vérité. Il apparaît toutefois plus plausible que l'évolution des connaissances, loin d'être neutre, suive aussi les variations du contexte social.

### *Amour ou instinct maternel ?*

L'une des connaissances véhiculée dans la société concernant le rapport mère-enfant est la présence d'un instinct maternel chez les femmes. L'idée selon laquelle le rapport entre la mère et l'enfant suivrait une loi naturelle et universelle demeure très répandue dans notre culture. Cette théorie a acquis une grande popularité dans la foulée des théories de Darwin sur l'évolution et la sélection naturelle des espèces (Krieger & Fee, 1994). On la retrouve, avec quelques variantes, dans plusieurs théories psychologiques: la psychanalyse, qui demeure dominante au niveau mondial dans ce domaine, base en grande partie la compréhension du comportement des femmes sur des aspects biologiques liés à la reproduction. De façon générale, une logique simple sous-tend cette vision: la

nature des mères les pousserait à désirer, protéger et prendre soin de leurs enfants. Le comportement maternel ne serait donc pas appris: il serait avant tout de l'ordre de l'instinct, du monde animal.

L'argument selon lequel les femmes auraient, de par leur biologie, des capacités et inclinaisons particulières concernant le soin aux enfants a également été appliqué à l'ensemble des travaux domestiques. Cette vision est aujourd'hui moins populaire, mais les femmes ont longtemps été présentées comme naturellement plus douées pour les tâches ménagères, du ménage à la vaisselle, en passant par la préparation des repas. De fait, l'ensemble des différences observées entre les hommes et les femmes est très souvent attribué à la biologie. Selon l'époque et les différentes connaissances scientifiques en vogue, l'utérus, la taille du cerveau ou la présence d'hormones ont été tour à tour tenus responsables des caractéristiques dites féminines, soit entre autres la douceur et la tendance à prendre soin des autres, mais également la prétendue passivité des femmes et leur manque d'esprit critique et cartésien (Krieger & Fee, 1994; Préjean, 1994).

Les théories concernant l'origine naturelle de la relation maternelle, aussi attirantes soient-elles, résistent bien mal à l'analyse. La comparaison avec les autres espèces est un argument peu convaincant étant donné, d'une part, que l'instinct maternel est loin d'être la norme dans la nature, et d'autre part, que les humains ont très souvent des comportements s'écartant substantiellement de ce que l'on retrouve dans le règne animal. La perspective historique constitue cependant le plus solide argument pour démontrer le caractère inexact de ces théories. Au-delà de la grossesse, le rôle maternel a démontré de très grandes variations à travers les lieux et les époques. Les comportements relevant d'un instinct devraient être par définition uniformes et ne présenter que de rares exceptions: celle des individus souffrant d'une tare.

A de nombreuses reprises, dans l'histoire, des caractéristiques sociales ont été attribuées à la biologie afin de justifier certaines discriminations. La domination des classes défavorisées dans la société a ainsi été décrite, suite à la pensée de Darwin, comme étant le résultat de la sélection naturelle: les plus pauvres sont les moins intelligents, les moins adaptés (Krieger & Fee, 1994). Certains scientifiques venaient toujours à la rescousse pour renchérir sur les différences physiques observées entre les individus des différentes classes sociales: taille du cerveau, tests d'intelligence, etc. Ce même argument était également très pratique à l'époque de l'esclavage: les personnes de



race noire furent déclarées biologiquement différentes des caucasiens par de nombreux scientifiques. Leur « nature » différente les rendaient, on s'en doute bien, particulièrement aptes à obéir...

Est-ce exagérer que de faire le parallèle entre ces arguments et la « nature » féminine et maternelle, fondamentalement différente de celle de l'homme? Si les caractéristiques attribuées aux femmes ne sont pas toujours négatives, tout ramener à la biologie peut constituer un obstacle pour les femmes en limitant l'étendue des comportements et attitudes acceptés. Ces caractéristiques dites féminines seraient, de plus, « immuables », la nature n'étant pas normalement quelque chose de changeant... L'existence d'une nature masculine et féminine peut sembler plus favorable à l'homme, ses caractéristiques dites « naturelles » lui permettant généralement d'avoir une certaine domination sur le sexe opposé, mais il n'en demeure pas moins que les hommes peuvent également souffrir de la rigidité des rôles imposée par cette vision. Qualifier de naturel et d'instinctif le rôle maternel peut avoir plusieurs conséquences négatives pour les mères. Cette approche fait non seulement en sorte que la mère se trouve la principale, et souvent la seule responsable de l'éducation des enfants, mais elle camoufle également les difficultés que celle-ci peut rencontrer ainsi que la lourdeur de cette tâche. Elle peut contribuer à créer la croyance selon laquelle l'éducation des enfants devrait venir sans effort. Lorsque « l'instinct » maternel n'est pas au rendez-vous, la mère ne peut que se sentir coupable et anormale.

Le rapport des mères à leurs enfants, tout comme celui qu'elles entretiennent avec la production économique et domestique, est en lien étroit avec le contexte social. Nous ne nions pas la possibilité selon laquelle certains facteurs biologiques puissent avoir une influence sur le comportement humain. Il est d'ailleurs important de reconnaître les caractéristiques biologiques particulières des femmes qui peuvent les rendre plus vulnérables durant certaines périodes de leur vie. Ainsi, la grossesse, l'accouchement et les premiers mois postnataux constituent des événements où des facteurs biologiques jouent un rôle des plus importants. Cependant, il apparaît aujourd'hui clair que dans de nombreux cas, des différences sociales ont été incorrectement attribuées à la biologie. Plusieurs auteurs et auteures qui se sont penchés sur l'origine des comportements tendent à démontrer que la « nature » féminine, tout comme « l'instinct maternel », ne serait pas entièrement déterminée par des facteurs biologiques. L'argument naturaliste a malheureusement surtout servi à justifier l'arbitraire de la division sociale des sexes. La société exerce une influence importante sur

des individus, non seulement en créant un contexte favorisant le développement de certains comportements, mais également par la mise en place de valeurs et normes qui, une fois intégrées, affecteront les attitudes et la pensée des individus.

### 2.3 La socialisation par les sentiments et émotions

Les comportements maternels seraient donc socialement déterminés. Mais qu'en est-il de l'aspect affectif du lien mère-enfant? L'instinct maternel n'est pas présenté comme étant lié uniquement aux comportements des mères: il s'agit également d'un sentiment d'amour particulier entre la mère et son enfant. La société serait-elle aussi responsable de ces émotions ressenties? Aussi surprenant que cela puisse paraître, plusieurs études semblent démontrer que oui.

Encore une fois, une nuance importante s'impose: il ne s'agit en aucun cas de nier l'existence de l'amour maternel. Ce sentiment est, bien entendu, tout à fait réel et s'inscrit dans la proximité à l'enfant. Il est d'ailleurs ressenti, par la presque totalité des mères contemporaines, comme le plus fort qui soit. Les auteurs qui se sont penchés sur l'origine des sentiments et émotions tendent toutefois à démontrer que la société exerce une influence sur l'ensemble des émotions, et donc sur celles unissant la mère au petit enfant. Cette influence se concrétise par un ensemble de modèles et de règles incitant les individus à ressentir, ou à ne pas ressentir, certains sentiments et émotions (Préjean, 1994). Ainsi, la société occidentale du XX<sup>ième</sup> siècle favoriserait le développement et l'expression de ce sentiment d'amour maternel, ce qui ne semblait pas être le cas avant le XVIII<sup>ième</sup> siècle.

Les études portant sur les différences émotives observées entre les hommes et les femmes ont été déterminantes dans la compréhension des liens unissant le contexte social aux émotions vécues individuellement. Elles tendent à démontrer que si l'humain a accès à une vaste gamme d'émotions, les normes sociales font en sorte que les individus effectuent un certain travail sur leurs émotions afin de ressentir celles correspondant au modèle proposé pour leur sexe (Préjean, 1994). La société, plutôt que la biologie, pourrait ainsi expliquer le fait que les hommes ressentent moins fréquemment certaines émotions. Il s'agit généralement de celles que l'on peut lier à une perte de pouvoir, comme les sentiments de crainte, ou de dépendance, par exemple. Les hommes apprennent dès leur petite

enfance à se couper des émotions dites féminines: « un garçon ne pleure pas! ». Tout à l'inverse, l'émotivité est généralement mieux perçue chez les filles, la sensibilité étant une qualité valorisée pour ce sexe (Préjean, 1994; Weitzman, 1979; West & Zimmerman, 1991). Le sentiment amoureux ne fait pas exception à cette règle de la construction sociale des émotions. Ce sentiment a d'ailleurs démontré les plus grandes variations à travers les époques. L'amour romantique est aujourd'hui la norme, ou plutôt l'idéal des rapports de couple, alors qu'un amour plus distant, composé en majeure partie d'intérêt et d'alliance et parfois d'amitié et de respect, formait jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle, les bases de la vie conjugale (Badinter, 1980; Fox, 1993b).

À la lumière de ces études, il apparaît beaucoup plus probable que l'amour maternel et son expression soit lié à un contexte social propice plutôt qu'à un instinct ou une caractéristique biologique féminine. Ce sentiment n'est d'ailleurs pas réservé aux mères. La modification des normes sociales fait aujourd'hui en sorte que les pères ont eux aussi la chance de vivre une relation plus intime avec leurs enfants, relation propice au développement d'émotions auparavant qualifiées de maternelles. La paternité a changé de visage depuis à peine une génération<sup>5</sup> : ce changement est certainement lié de plus près aux modifications du contexte social qu'à la biologie.

#### 2.4 Socialisation et rapport des mères au travail et à la maternité

Les théories concernant la construction sociale des attitudes et émotions permettent de comprendre la modification du rapport des mères au travail et à la maternité observée à travers les époques. En effet, l'impact du monde social et économique s'est effectué en partie par l'intégration de valeurs et de normes sociales qui ont modifié l'attitude des mères face à la production domestique et à l'éducation des enfants, et ainsi, leur lien avec le travail rémunéré.

Cette vision permet d'offrir une explication autre que biologique à la persistance d'attitudes différenciées entre les hommes et les femmes concernant les choix de carrière. L'intégration de modèles sociaux fait en sorte que les hommes et les femmes développent des goûts et des attitudes qui les poussent davantage vers certaines professions. Sans que cet état de fait ne soit

nécessairement vécu de façon négative, on peut regretter, comme l'indique Préjean (Préjean, 1994), que les êtres humains n'aient pas accès à la totalité des sentiments et comportements leur permettant de développer leur potentiel réel. Il apparaît également regrettable que le travail faisant appel aux caractéristiques valorisées chez les femmes se voit attribuer, dans notre société, une moindre valeur économique, perpétuant ainsi une inégalité sociale entre les sexes.

La place des femmes dans la production domestique se comprend aussi plus aisément à la lumière du concept de socialisation. Les femmes développent certaines habiletés et certaines exigences concernant le travail domestique qui sont moins souvent présentes chez les hommes. Vandelac remarque que la majorité des hommes font preuve « d'une myopie étonnante » concernant les tâches ménagères (Vandelac, 1985b). Laisser à la femme la responsabilité du travail domestique et des soins aux enfants peut, dans les circonstances, demeurer le choix le plus simple pour le couple, surtout si les choix de carrière des femmes ont, comme c'est souvent le cas, été effectués en fonction de cette réalité.

Le concept de socialisation apporte également une explication au désir, exprimé par plusieurs femmes, de rester présente à plein temps auprès des enfants au cours des premières années de leur vie, chose rarissime chez les nouveaux pères. Les mères ont l'occasion de développer un sentiment d'attachement très intense avec le tout jeune enfant. Socialisées à la prise en charge d'un enfant, elles se sentent plus compétentes dans les soins au bébé. Le développement social de leurs goûts peut également faire en sorte qu'elles accordent moins d'importance à leur activité professionnelle que leur conjoint. Encore une fois, cet état de chose amène plusieurs avantages en permettant aux femmes de vivre une expérience maternelle à laquelle bien peu d'hommes ont eu, jusqu'à présent, accès. Cependant, la « spécialisation » des femmes dans la production domestique et dans les soins aux nourrissons pourrait entraîner certaines difficultés non seulement aux travailleuses accumulant la double tâche, mais également aux femmes qui restent à la maison.

---

<sup>5</sup> Il suffit de voir l'engouement récent au Québec pour les écrits sur la paternité pour s'en convaincre. Ce sujet, jusqu'à récemment, était absent des recherches.

### **3 Modèle proposé pour l'exploration des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale**

A la suite de cette réflexion concernant le contexte dans lequel prend place le rapport des nouvelles mères à l'emploi au cours de la première année postnatale<sup>6</sup>, il est possible d'effectuer une intégration des éléments précédemment évoqués avec ceux mis en lumière dans le premier chapitre concernant la symptomatologie dépressive postnatale. Cette démarche nous mènera vers l'établissement d'un modèle qui servira de cadre à l'exploration des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale dans notre étude.

1. La première constatation qui se dégage des écrits concerne les liens étroits unissant le contexte social au contexte de vie individuel des nouvelles mères, soit leur environnement immédiat, leurs comportements et caractéristiques, et même les attitudes et opinions qu'elles expriment. Nous avons vu que le contexte social était en lien avec le rapport des mères à l'emploi. Toutefois, c'est à travers des éléments du contexte de vie des nouvelles mères que ces liens se concrétisent. Ainsi, si le mode de partage des travaux domestiques ou le discours social sur la maternité sont en lien avec le rapport des mères à l'emploi dans une société donnée, ce sont surtout les aspects individuels de la vie d'une nouvelle mère, soit le mode de partage des tâches dans son couple ou l'attitude qu'elle adopte face au travail, qui peuvent être mis en lien avec le rapport qu'elle entretient avec le travail rémunéré.

---

<sup>6</sup> Rappelons que dans cette thèse, l'expression « rapport à l'emploi » désigne non seulement la présence ou l'absence des mères au travail mais également les liens qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi. Voir la définition donnée au chapitre 1, section 3.2.

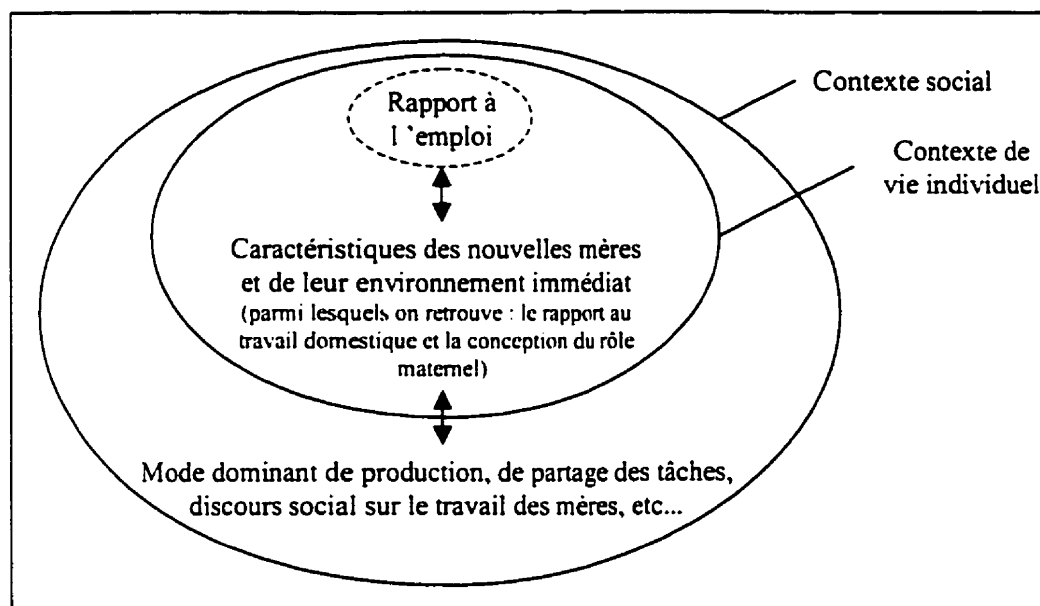


FIGURE 2 : FACTEURS LIÉS AU RAPPORT A L'EMPLOI

2. Les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, qui constituent ce que nous nommerons le contexte de vie des nouvelles mères, ont été présentées, dans le premier chapitre, comme étant susceptibles d'entraîner l'apparition de symptômes dépressifs à la période postnatale (flèche 1, figure 3). Cette constatation nous porte à envisager la possibilité selon laquelle le rapport des mères au marché de l'emploi pourrait susciter le développement de tels symptômes (flèche 2, figure 3). Toutefois, à la lumière des liens unissant le rapport à l'emploi et les autres caractéristiques du contexte de vie des nouvelles mères, il apparaît possible que les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat soient liées à la fois à ce rapport à l'emploi et à la symptomatologie dépressive postnatale (flèches 3 et 4, figure 3).

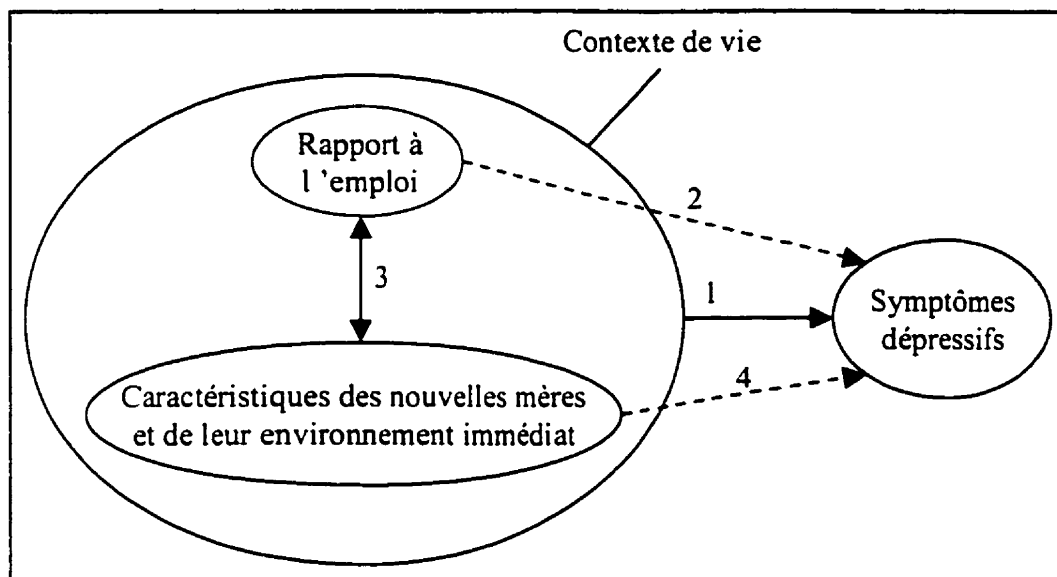


FIGURE 3 : INTEGRATION DES MODELES

3. Pour cette raison, il semble important, afin d'explorer les liens pouvant unir le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, de tenir compte des caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement pouvant être mises en lien avec le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Ces caractéristiques paraissent, en effet, susceptibles d'intervenir dans cette relation. A ce sujet, trois possibilités peuvent être envisagées : la possibilité d'une relation indépendante (flèche 1, figure 4), celle d'une relation interactive (flèche 2, figure 4) et celle d'une relation indirecte (flèches 3 et 4, figure 4).

Dans l'éventualité d'une relation indépendante, le rapport à l'emploi pourrait avoir un lien avec les symptômes dépressifs qui se révélerait présent quelles que soient les autres caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement. Par exemple, nous pourrions constater que le fait de travailler est lié à une meilleure santé psychologique, quel que soit le mode de partage des tâches entre les conjoints.

Si la relation se révélait interactive, l'association entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs pourrait varier en fonction de la présence, ou du niveau des autres caractéristiques. Ainsi, nous pourrions envisager le fait que l'activité professionnelle puisse avoir un effet bénéfique sur la symptomatologie dépressive si, dans le couple, le mode de partage des tâches domestiques est

égalitaire. Par contre, lorsque le partage est inégalitaire, le travail des mères serait lié à une symptomatologie dépressive.

Enfin, le rapport à l'emploi pourrait se révéler lié de façon indirecte avec la symptomatologie dépressive si la relation observée était due à l'association entre le rapport à l'emploi et des caractéristiques qui influencent le développement de ces symptômes. En reprenant le même exemple, nous pourrions constater que le travail des mères est lié à un partage égalitaire des tâches entre les conjoints, et que ce partage est à l'origine de la faible symptomatologie dépressive. Si le rapport à l'emploi est à l'origine des caractéristiques observées, nous pourrions désigner les caractéristiques par l'expression « facteurs intermédiaires ». Ce serait le cas dans l'éventualité où le travail de la nouvelle mère favoriserait un mode de partage égalitaire. Si, au contraire, ce sont ces caractéristiques qui sont à l'origine du rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi, ce rapport serait considéré, dans le vocabulaire épidémiologique, comme un « facteur de confusion ». Ce serait le cas, d'après notre exemple, si un mode de partage égalitaire était à l'origine de la décision des femmes de reprendre le travail.

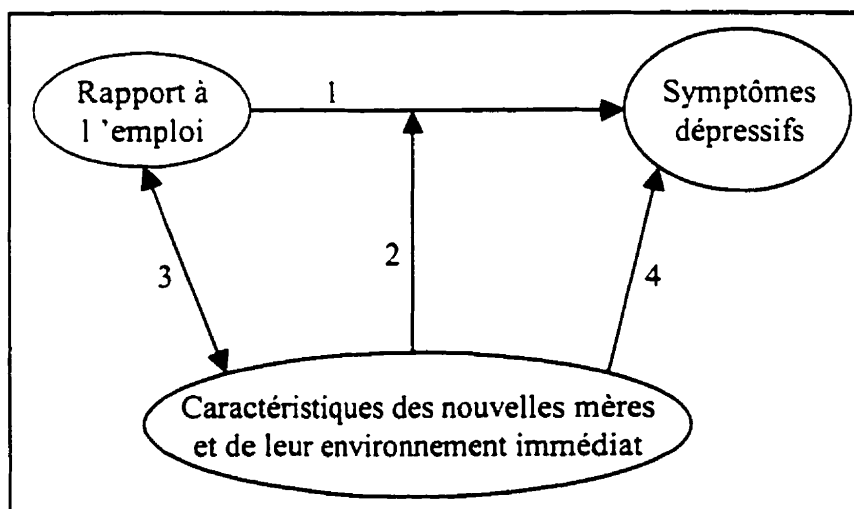


FIGURE 4 : MODELE FAISANT L'OBJET D'EXPLORATION

Ce dernier modèle sera donc à la base de notre exploration des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Ces trois possibilités de liens (indépendant, interactif et indirect) seront envisagées.



### *Choix des caractéristiques qui feront l'objet d'analyse*

Un mot, en terminant ce chapitre, sur les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement qui feront l'objet d'étude. Bien entendu, il n'est pas possible d'envisager l'ensemble des caractéristiques qui forment le contexte de vie des nouvelles mères. Heureusement, dans l'état actuel des connaissances, il nous est possible de nous appuyer sur des écrits pour avoir une idée des caractéristiques dites « socio-environnementales » qui paraissent les plus susceptibles d'être en lien avec la symptomatologie dépressive postnatale. Nous nous pencherons donc, d'une part, sur ces « facteurs de risque ». D'autre part, nous avons choisi de retenir les deux caractéristiques qui se sont révélés particulièrement liés au rapport des nouvelles mères avec le marché de l'emploi: le partage des tâches domestiques, et la conception du rôle maternel adopté par les nouvelles mères, soit, de façon particulière, l'importance qu'elles accordent à leur activité professionnelle et à leur présence auprès du nourrisson.

Le chapitre qui suit présente les aspects méthodologiques de la démarche qui permettra d'effectuer cette exploration.

## CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE

---

Ce troisième chapitre présente les aspects méthodologiques de la recherche. Nous y décrivons, dans un premier temps, le cadre général dans lequel s'insère cette étude. En effet, cette thèse s'est développée au sein d'un projet de recherche plus large portant sur la santé des femmes dans l'année qui suit l'accouchement. Nous présenterons donc, tout d'abord, les aspects méthodologiques de la recherche générale, soit la méthode de collecte de données privilégiée, la population visée et l'échantillon choisi. Par la suite, nous pourrions nous pencher sur les aspects méthodologiques spécifiques à notre recherche. A partir de l'objectif de recherche, nous présenterons l'échantillon, les variables retenues et les caractéristiques de leur mesure. Nous décrivons enfin la démarche d'analyse et les méthodes utilisées.

## **1 Contexte de l'étude : la recherche générale sur la santé des femmes**

Notre étude s'est développée au cœur d'un projet de recherche portant sur la santé physique et mentale des mères dans l'année qui suit une naissance, en relation avec leur emploi<sup>7</sup> (Séguin, Goulet, & Saurel-Cubizolles, 1995). Bien que les variables à l'étude et les objectifs de cette recherche diffèrent de la nôtre, l'opérationnalisation de ces deux études reste fortement liée puisque les données que nous avons utilisées proviennent de l'un des questionnaires de cette recherche.

### 1.1 Méthode de collecte des données

Le devis de l'étude générale est de nature sérielle. Les informations ont été recueillies en trois temps auprès d'une cohorte de nouvelles mères, soit au moment de la naissance, six mois et un an plus tard. La première étape de la collecte des données s'est déroulée à l'hôpital, entre le deuxième et le quatrième jour après l'accouchement. Selon l'entente obtenue avec les centres hospitaliers, une infirmière a tout d'abord approché les femmes pour savoir si elles répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion, et pour obtenir leur consentement verbal. Pour être éligibles, les femmes devaient être âgées d'au moins 18 ans et maîtriser suffisamment le français pour être en mesure de répondre aux questionnaires. Celles qui avaient accouché de jumeaux ou dont le bébé était décédé

---

<sup>7</sup> Pour éviter la confusion, nous utilisons l'expression « étude générale » pour désigner la recherche dans laquelle s'insère notre étude.

ont été exclues. Les participantes ont été interviewées par une agente de recherche, qui leur a expliqué le déroulement et les buts de l'étude, et leur a demandé de signer un formulaire de consentement éclairé. Dans un deuxième temps, un questionnaire a été envoyé par la poste six mois après la naissance du bébé. Deux rappels postaux et un rappel téléphonique ont été prévus afin d'augmenter le taux de réponse. Enfin, un troisième questionnaire a été posté un an après la naissance. Les mêmes procédures de rappel ont été effectuées.

## 1.2 Population et échantillon

La population-cible de l'étude générale est l'ensemble des femmes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude et qui ont accouché dans la grande région de Montréal entre les mois d'avril et d'octobre 1996. La population à partir de laquelle l'échantillon a été prélevé (population échantillonnée) est composée des femmes qui ont accouché dans trois hôpitaux de Montréal (Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame et Sacré-Coeur) et dans un hôpital de Ville de Laval (Cité de la santé), entre le 10 avril et le 23 octobre 1996. La situation géographique de ces quatre hôpitaux et la diversité socio-économique de la clientèle desservie nous permettent de croire que les caractéristiques de cette population se rapprochent de celles de la population-cible.

## 1.3 Description de l'échantillon

L'échantillon initial, de type non probabiliste, était composé de 616 femmes interviewées quelques jours après la naissance de l'enfant. Il est important de noter que 80% des femmes abordées ont accepté de remplir le premier questionnaire. L'âge moyen des répondantes était de 28,3 ans (écart-type : 5.2). La plus grande proportion d'entre elles étaient mères pour la première fois (45,5%), 37,7 % étaient mères de deux enfants et 16,8% étaient mères de trois enfants ou plus. L'échantillon présentait une grande variété en termes de statut socio-économique : plus du tiers des répondantes (37,6%) ayant un niveau de scolarité ne dépassant pas le secondaire, 34,7% un niveau collégial et 27,6% un niveau universitaire. Onze pour cent des femmes étaient monoparentales (11,2%) et, parmi les femmes vivant avec un conjoint, un peu moins de la moitié étaient mariées (42,4% mariées et 46,4% vivant maritalement). Enfin, une majorité de femmes, soit 71,8%, avaient occupé un emploi au cours de la grossesse.

Le questionnaire postal du sixième mois postnatal a reçu un taux de réponse de 78,9 %, réduisant la taille de l'échantillon à 486. A un an, le taux de réponse étant de 67,5 %, l'échantillon comportait 416 participantes.

## 2 Aspects méthodologiques de notre recherche

### 2.1 Objectif de recherche

Rappelons que notre recherche vise à explorer les liens unissant le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Quatre types de rapport à l'emploi sont feront l'objet d'étude : le fait d'avoir repris le travail, d'être une travailleuse en congé parental, d'être femme au foyer et d'être à la recherche d'un emploi. Nous avons choisi de mettre en lumière les éléments du contexte de vie des nouvelles mères<sup>8</sup> qui peuvent intervenir dans la relation entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Trois possibilités sont envisagées :

1. La première possibilité présente le lien, entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive, comme étant indépendant des éléments de contexte faisant l'objet d'étude.

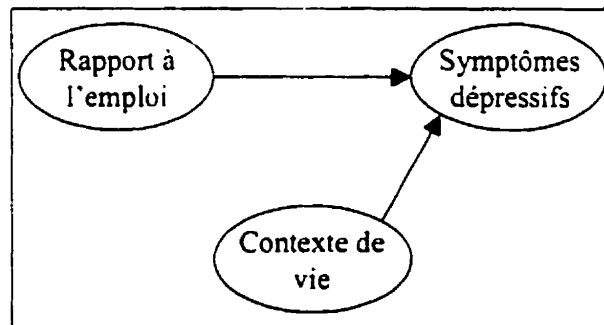


FIGURE 5 : RELATION INDEPENDANTE

2. La seconde possibilité est celle d'une relation interactive entre le rapport à l'emploi et certains éléments de contexte sur la symptomatologie dépressive.

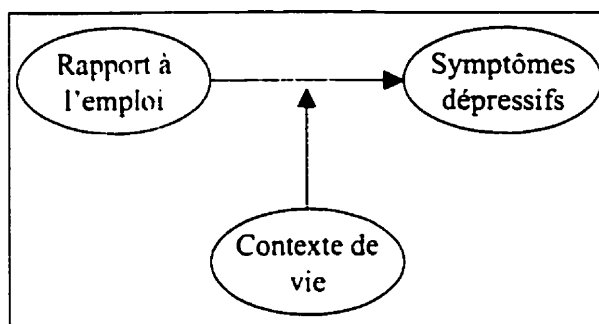


FIGURE 6 : RELATION INTERACTIVE

3. Enfin, la troisième possibilité présente la relation entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs comme étant indirecte, c'est-à-dire liée à l'association entre ce rapport et les éléments du contexte pouvant influencer la symptomatologie dépressive postnatale.

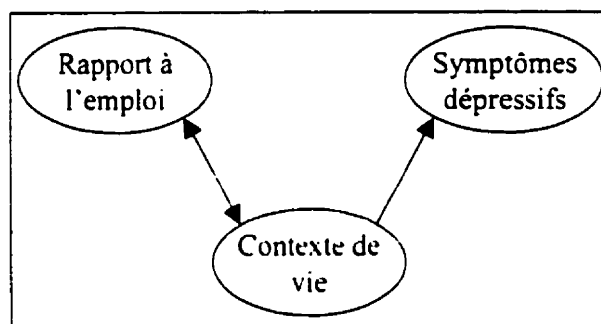


FIGURE 7 : RELATION INDIRECTE

## 2.2 Caractéristiques du devis

Cette étude porte exclusivement sur la situation des femmes, six mois après l'accouchement. Grâce à la recherche générale, nous avons la possibilité d'analyser les données recueillies à six mois ou à un an, la symptomatologie dépressive n'étant pas abordée en postpartum immédiat<sup>9</sup>. L'expérience des femmes, six mois après avoir donné naissance à un enfant, nous apparaissait toutefois

<sup>8</sup> L'expression « éléments du contexte de vie des nouvelles mères » est utilisée pour désigner les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat. Ces caractéristiques constituent des caractéristiques « socio-environnementales », d'après la définition que nous en avons donnée au chapitre 1.

<sup>9</sup> Dans les jours suivant la naissance, la confusion possible entre les symptômes dépressifs et ceux du « blues » du postpartum rendait difficile l'étude de la santé psychologique des nouvelles mères. Par contre, une question posée sur l'état de santé mentale durant la grossesse nous a permis d'obtenir des informations utiles, notamment, pour comparer le profil des répondantes et des non-répondantes au deuxième questionnaire.

particulièrement intéressante, étant donné le caractère limité des connaissances portant sur le rapport à l'emploi des mères de nourrissons. En effet, comme l'indiquent les recensions effectuées aux chapitres 1 et 2, les écrits ont surtout touché à la situation de mères d'enfants d'âge scolaire et préscolaire. Si la situation des mères, un an après la naissance, est différente de celle des mères d'enfants plus âgés, les premiers mois postnataux présentent des particularités sur lesquelles nous voulions nous pencher. L'étude du partage des tâches entre les conjoints, notamment, présente un intérêt particulier à cette période étant donné la lourdeur des soins que nécessite l'enfant dans ses premiers mois de vie. De plus, le sixième mois postnatal est très souvent une période de transition vers le retour au travail, ce qui constitue également une spécificité qui soulève notre intérêt. Enfin, l'un des types de rapport à l'emploi que nous souhaitons étudier, soit le fait d'être une travailleuse bénéficiant d'un congé, est une situation courante jusqu'à six mois, mais qui devient beaucoup plus rare un an après la naissance. Dans la foulée des changements proposés aux régimes d'accès aux congés de maternité et aux congés parentaux, il nous apparaît important de connaître la situation des femmes en congé, afin d'être en mesure d'effectuer une certaine évaluation de l'impact, par exemple, d'une réduction de l'accès à ces congés.

Comme les données que nous utilisons ont été recueillies en un seul temps, le devis de l'étude est de nature corrélationnelle. Nous sommes consciente des limites que présente un tel devis. Nous savons, en particulier, qu'il ne sera pas possible d'établir avec certitude la direction des liens observés entre les variables. Cependant, ce type de devis permet de mettre en lumière les liens entre les variables d'intérêt en tenant compte de la présence d'autres variables. Dans l'état actuel des connaissances concernant la relation unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, la mise en lumière d'associations est suffisamment riche d'informations pour que nous nous y attardions. Cette étude étant de nature exploratoire, elle vise avant tout à proposer un modèle pour la compréhension de ces liens. La recherche d'une direction pour les liens observés, constitue, à notre avis, une étape ultérieure à celle de l'exploration.

### 2.3 Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon de l'étude générale comportait 486 participantes qui ont répondu au questionnaire postal, six mois après l'accouchement. Les non-répondantes se sont révélées moins scolarisées, plus

souvent célibataires et vivant avec un revenu moindre que les répondantes. Elles étaient également plus nombreuses à être nées à l'extérieur du Canada. Leur état de santé physique et psychologique durant la grossesse et en postpartum immédiat était cependant comparable à celui des répondantes.

Pour notre étude, nous avons choisi d'exclure 39 femmes dont le rapport à l'emploi était différent des catégories faisant l'objet d'analyse. Il s'agit des 19 étudiantes, des 3 femmes en congé de maladie, des 8 contractuelles ne travaillant pas mais planifiant reprendre un contrat de travail au cours des prochains mois et des 9 travailleuses en disponibilité. L'échantillon, pour notre étude, comporte donc 447 femmes.

D'autres critères d'exclusion ont été appliqués, mais pour certaines analyses seulement. Ainsi, les femmes ne vivant pas avec un conjoint ( $n = 40$ ) ont été exclues des analyses portant sur le partage des tâches domestiques (deuxième article de la thèse). De même, les femmes en congé ( $n = 163$ ) et celles indiquant être à la recherche d'un emploi ( $n = 30$ ) ont été exclues des analyses portant sur l'insatisfaction face au rapport à l'emploi.

#### 2.4 Choix des variables

Dans cette étude, nous nous intéressons au rapport des mères à l'emploi et à la symptomatologie dépressive postnatale, mais également aux facteurs qui constituent ce que nous avons nommé le « contexte de vie » des nouvelles mères. Il s'agit de caractéristiques « socio-environnementales », selon la définition que nous en avons donnée dans le chapitre 1. Comme nous l'avons vu, ces caractéristiques constituent des aspects « externes » du contexte de vie des nouvelles mères, soit les caractéristiques de leur environnement immédiat, mais également des aspects plus « internes », c'est-à-dire les caractéristiques des nouvelles mères elles-mêmes, mais qui sont très souvent en lien avec leur environnement. C'est le cas, par exemple, du niveau de scolarité, qui est une caractéristique des nouvelles mères, mais qui, parce qu'il constitue un indicateur du statut socio-économique, est en lien étroit avec le milieu de vie.

Nous avons choisi de retenir, parmi les facteurs socio-environnementaux, ceux qui nous paraissaient les plus susceptibles d'être en lien, d'une part, avec la symptomatologie dépressive postnatale, et



d'autre part, avec le rapport des mères à l'emploi. Des écrits méta-analytiques récents (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996) nous ont permis de retenir les principaux facteurs mis en relation avec la symptomatologie dépressive postnatale. A la suite de la recension effectuée au second chapitre de la thèse, nous avons choisi d'y ajouter deux grands types de facteurs : ceux liés au partage des tâches entre les conjoints, et ceux liés à la conception du rôle de mère et de travailleuse.

Notons en terminant que plusieurs variables ont été créées à partir de questions qui ne constituent pas des instruments de mesure ayant une tradition d'utilisation ou de codage particulier. Nous avons donc effectué des choix, pour le traitement de ces variables, basés à la fois sur notre volonté de garder le plus d'information possible, et sur celle d'éviter de trop nombreuses catégories pouvant mener à une perte de puissance statistique.

La section qui suit présente les caractéristiques de la mesure de ces variables.

### 2.5 Définition opérationnelle des variables

Les variables faisant l'objet d'étude peuvent être classées en trois catégories. La première est celle des « variables principales », soit le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive. La seconde catégorie est constituée des variables qui forment le « contexte de vie » des nouvelles mères, c'est-à-dire leurs caractéristiques et celles de leur environnement. Enfin, la troisième catégorie est composée de variables qui présentent un intérêt particulier dans cette étude (que nous pouvons nommer « variables d'intérêt ») : les variables liées au partage des tâches et à la perception qu'ont les mères de leur rapport au travail et à la maternité.

### 2.5.1 Variables principales

- *Rapport à l'emploi*

(Variable en quatre catégories)

Une variable en quatre catégories a été développée à partir des réponses données à deux questions à choix multiples (t2<sup>10</sup>, questions 41 et 77). Les catégories sont les suivantes : (1) travailleuse de retour au travail (2) travailleuse en congé (congé parental ou vacances) (3) non travailleuse sans intention d'intégrer le marché du travail avant un an. (femmes « au foyer ») et (4) non travailleuse présentement à la recherche d'un emploi.

- *Symptomatologie dépressive postnatale*

(Variable continue)

La symptomatologie dépressive postnatale a été mesurée à l'aide de la version française de l'échelle CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) (Radloff, 1977) validée par Fuhrer et Rouillon (Fuhrer & Rouillon, 1989)(t2, question 85). L'échelle comprend 20 items décrivant des symptômes liés à la dépression. La répondante doit indiquer si, au cours de la semaine précédente, elle a présenté ces symptômes très rarement, occasionnellement, assez souvent ou fréquemment (tout le temps). Chaque réponse est cotée de 0 à 3, le score total pouvant alors se situer entre 0 et 60. La version originale de l'échelle CES-D a fait l'objet de nombreux travaux de validation par l'équipe initiale entre 1973 et 1977. Depuis, elle a largement été utilisée aux Etats-Unis et ailleurs dans le monde. Cette échelle a été conçue pour mesurer la présence de symptômes dépressifs dans la population générale, mais s'est révélée valide pour usage à la période postnatale (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Leathers, Kelley, & Richman, 1997; Neter, Collins, Lobel, & Dunkel-Schetter, 1995). La version française a également fait l'objet de validation. Le coefficient alfa de Cronbach rapporté par les auteurs de cette version est de 0,85. L'instrument a été comparé à l'échelle MADRS et au diagnostic de médecins d'après les critères utilisés pour l'épisode dépressif majeur selon le DSM-III. En utilisant un seuil de 23 pour les femmes, les auteurs rapportent une sensibilité de 0,76 et une spécificité de 0,71 (Fuhrer & Rouillon, 1989).

---

<sup>10</sup> Les abréviations t1 et t2 font référence aux questionnaires du temps 1 et 2 de l'étude. Ces questionnaires sont présentés en annexe.

Le score a été traité en continu pour les analyses multivariées afin de mettre en lumière toute l'étendue des problèmes dépressifs en termes de gravité. Pour cette raison, l'expression « symptômes dépressifs postnataux » (et non « dépression postnatale ») est utilisée dans cette thèse.

### 2.5.2 Contexte de vie des nouvelles mères

#### Caractéristiques de l'environnement immédiat

- *Soutien social : nombre de personnes dans le réseau de soutien*

(Variable continue)

Le nombre de personnes dans le réseau de soutien a été mesuré à l'aide des réponses à une version française de l'Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) de (Barrera, 1981). Cette version de l'instrument a été traduite et validée par (Lepage, 1984).

Cinq questions étaient posées pour mesurer le nombre de personnes perçues par la répondante comme étant susceptible de l'aider en cas de besoin (t2, questions a2, b2, c2, d2, e2). Les questions portaient sur des besoins d'aide instrumentale, émotive, informative, approbative et récréative. Le nombre total de personnes indiquées dans les réponses à ces cinq questions (une même personne ne pouvant être comptée deux fois) a permis de créer une variable continue mesurant le nombre de personnes dans le réseau de soutien.

L'instrument ASSIS de Barrera, tout comme la version française de Lepage, ont fait l'objet d'une étude démontrant le caractère adéquat de leurs propriétés en ce qui concerne leur validité (contenu, concomitance, différenciation) et fiabilité (homogénéité, stabilité), avec des coefficients alpha variant de 0,70 à 0,78 pour la version originale et de 0,81 à 0,86 pour la version traduite.

- *Soutien social : manque d'aide lors d'un besoin ressenti*

(Variable continue)

Une mesure de manque d'aide lors d'un besoin ressenti a été développée par L. Séguin et C. Bouchard en s'inspirant de la version française de l'échelle ASSIS de Barrera (Barrera, 1981;

Lepage, 1984). A la suite de chacune des cinq questions de l'échelle ASSIS mesurant l'aide instrumentale, émotive, informative, approbative et récréative, les répondantes devaient indiquer si, au cours des deux semaines précédentes, elles avaient ressenti un besoin d'aide. Dans l'éventualité d'une réponse positive, les répondantes devaient indiquer s'il leur était arrivé de ne trouver personne pour répondre au besoin ressenti (t2, questions a2, b2, c2, d2, e2).

Les répondantes ont été considérées comme manquant d'aide lorsqu'elles ont répondu qu'elles avaient eu besoin d'aide mais qu'elles n'avaient trouvé personne pour répondre à ce besoin. La variable continue a été créée par l'addition des réponses aux cinq questions. Cette variable varie donc entre 0 (n'a pas eu besoin d'aide, ou a manqué d'aide mais n'a jamais répondu « je n'ai trouvé personne ») et 5 (a manqué de cinq types d'aide et a répondu « je n'ai trouvé personne » pour ces cinq types d'aide).

- *Présence d'un conjoint*

(Variable dichotomique)

La présence ou l'absence de conjoint a fait l'objet d'une variable dichotomique créée à partir des réponses à deux questions : « avez-vous un conjoint, un chum ou un ami stable ? » et « vivez-vous avec lui ? » (t2, question 20). Une réponse positive à ces deux questions détermine la présence de conjoint.

- *Qualité perçue de la relation conjugale*

(Variable dichotomique)

Pour construire l'indice mesurant la qualité perçue de la relation entre les conjoints, nous avons utilisé les réponses à deux questions : une première question à laquelle les femmes ont répondu en postpartum immédiat et qui portait sur la qualité de la relation pendant la grossesse (t1, question 49), et une deuxième question à laquelle les femmes ont répondu six mois plus tard, qui portait celle-là sur l'amélioration ou la détérioration de cette relation depuis la naissance (t2, question 21). Les femmes considérées comme ayant une relation de couple insatisfaisante sont, d'une part, les femmes qui ont répondu, six mois après la naissance de leur enfant, que leur relation conjugale est restée stable et qui avaient qualifié cette relation de moyenne, difficile ou très difficile pendant la

grossesse, et d'autre part, celles qui ont perçu une détérioration de leur relation conjugale depuis la naissance de l'enfant. Toutes les autres ont été considérées comme ayant une relation satisfaisante.

- *Revenu familial*

(Variable en trois catégories)

Une question posée en postpartum immédiat (t1, question 92) a servi à former une variable à trois niveaux classant le revenu familial dans les catégories suivantes: « très faible revenu » (60% du seuil d'insuffisance de revenu tel que défini par statistique Canada), « faible revenu » (entre le seuil d'insuffisance de revenus et 60% de ce seuil) et « revenu suffisant » (au dessus du seuil de suffisance de revenu).

- *Nombre d'enfants*

(Variable en trois catégories)

Les réponses à une question posée en postpartum immédiat (t1, question 12) a permis de classer les femmes en trois catégories, soit: (1) mère d'un enfant, (2) mère de deux enfants (3) mère de trois enfants ou plus.

- *Stresseurs : présence d'événements de vie source de stress*

(Variable dichotomique)

Le questionnaire comportait la liste de stresseurs suivants : problèmes de santé du conjoint, des enfants ou d'un proche, problèmes d'argent, problèmes liés au logement, problème au travail ou à celui du conjoint, séparation, divorce ou décès d'un proche (t2, question 30). Après analyses préliminaires, nous avons choisi de créer une variable dichotomique à partir des réponses à ces questions. La répondante a été identifiée comme vivant un stress lorsque, depuis l'accouchement, au moins un de ces stresseurs avait été présent et qualifié d'important.

- *Stresseurs : nombre de personnes avec qui la répondante est en conflits*

(Variable continue)

Le nombre de personnes avec qui la répondante est en conflits a été calculé à partir de la réponse à la question suivante : « parmi les gens de votre entourage, quelles personnes vous dérangent, vous agacent, vous mettent à l'envers, font que vous vous sentez pire (mal, triste, agressive) après les

avoir vues ou leur avoir parlé ? » (t2, question f1). Cette question est tirée de la version française de l'échelle ASSIS (Barrera, 1981) qui a été traduite et validée par Lepage (Lepage, 1984).

- *Stresseurs : perception de l'état de santé du nourrisson*

(Variable dichotomique)

La perception de la santé du nourrisson a été mesurée par la question suivante (t2, question 12) : « depuis sa sortie de l'hôpital, après votre accouchement, diriez-vous que la santé de votre bébé a été... » . Nous avons regroupé les réponses « excellente, très bonne et bonne » et « moyenne et mauvaise ».

### Caractéristiques de la nouvelle mère

- *Niveau de scolarité*

(Variable en trois catégories)

Une variable en trois catégories, correspondant à un niveau de scolarité secondaire, collégial et universitaire a été créée à partir des réponses à une question portant sur le dernier diplôme complété, posée en postpartum immédiat (t1, question 91).

- *Âge*

(Variable continue)

L'âge de la répondante a été traité en continu. Les femmes mineures étant exclues de l'étude, il varie entre 18 et 43 ans (t1, question 85).

- *Perception de l'état de santé physique*

(Variable dichotomique)

La perception de l'état de santé physique de la mère a été mesurée d'après les réponses à l'indice de santé globale utilisé par Santé-Québec (Bellerose, Lavallée, Chénard, & Levasseur, 1995) (t2, question 31). Deux catégories ont été créées, l'une englobant les femmes se percevant en excellente, très bonne et bonne santé, et l'autre, les femmes percevant leur santé comme étant moyenne ou mauvaise.

- *Désir de grossesse*

(Variable dichotomique)

Une variable mesurant le désir de grossesse a été créée à partir de réponses au questionnaire posé en post-partum immédiat (t1, question 59). La grossesse était considérée comme non désirée lorsque la répondante indiquait que l'enfant n'était pas voulu, ou voulu plus tard, au moment de l'annonce de la grossesse.

### 2.5.3 Variables d'intérêt

#### Variables liées au partage des tâches entre les conjoints

- *Partage des tâches domestiques*

(Variable en quatre catégories)

Le mode de partage des tâches a été mesuré à partir des réponses à une question en sept parties (t2, question 26) correspondant à trois tâches qualifiées de quotidiennes, généralement effectuées entre une et plusieurs fois par jour (préparation des repas, vaisselle, rangement) et de quatre tâches qualifiées d'hebdomadaires, qui sont généralement effectuées entre une et plusieurs fois par semaine (achats, ménage, lavage et repassage). Les six choix de réponses ont permis de mesurer le partage des tâches entre les conjoints, en accordant, pour les tâches hebdomadaires, respectivement 5 et 4 points lorsque la répondante a indiqué effectuer « toujours » ou « le plus souvent » la tâche désignée, 3 points lorsque le partage est décrit comme égal entre les conjoints, respectivement 2 points et 1 point lorsque la répondante a indiqué que la tâche était effectuée « le plus souvent » ou « toujours » par son conjoint et 0 lorsque la tâche désignée était effectuée par une autre personne ou n'était pas à faire. Des points doubles ont été attribués aux tâches qualifiées de quotidiennes, soit, pour les mêmes réponses, 10, 8, 6, 4, 2 et 0. Une variable continue a été créée pour chacune des répondantes, en divisant le score total par le nombre de tâches à effectuer par les deux conjoints. La valeur de cette variable est comprise entre 5 (la femme effectue la totalité des tâches) et 1 (l'homme effectue la totalité des tâches). Le score a été par la suite regroupé pour créer les quatre catégories suivantes 1. (score compris entre 1 et 2,4) l'homme effectue plus de la moitié des tâches, 2. (score compris entre 2,5 et 3,4) le partage est égalitaire, 3. (score compris entre 3,5 et 4,4) la femme effectue la majorité des tâches, et 4. (score compris entre 4,5 et 5) la femme effectue la presque

totalité des tâches. La troisième annexe présente plus en détail les étapes de l'élaboration de cette variable.

- *Partage des soins à donner au nourrisson*

(Variable en quatre catégories)

Une variable mesurant le mode de partage des soins à donner au nourrisson a été développée de la même façon à partir des réponses à une question en cinq parties (t2, question 23). Puisque les tâches sont toutes effectuées entre une et plusieurs fois par jour (préparer les repas du bébé, le faire boire ou manger, se lever la nuit pour lui, changer ses couches et lui donner son bain), il n'a pas été nécessaire d'effectuer de pondération liée à la fréquence. Le score obtenu, variant également entre 1 (tout est effectué par l'homme) et 5 (tout est effectué par la femme), a permis de former une variable en quatre catégories semblable à celle créée pour le partage des tâches domestiques.

#### Variables liées à la perception qu'ont les mères de leur rapport au travail et à la maternité

- *Insatisfaction face au rapport à l'emploi*

(Variable dichotomique)

La variable d'insatisfaction face au rapport à l'emploi a été conçue de façon à mesurer le désir, exprimé par les femmes, d'être dans une situation différente de la leur. Pour les travailleuses ayant repris le travail, il s'agit du désir de rester à la maison, alors que pour les non travailleuses (femmes « au foyer »), il s'agit du désir d'occuper un emploi. Cette variable a été mesurée à partir des réponses à la question suivante : « actuellement, êtes-vous dans la situation de travail que vous souhaitez ? » (t2, question 52). Pour les travailleuses, quatre choix de réponse étaient proposés : (1) « oui », (2) « non, nombre d'heures insuffisant » (3) « non, nombre d'heures trop élevé » (4) « non, je préférerais ne pas travailler » (5) « non, autre(s) raison(s) ». Seules les femmes ayant coché la quatrième réponse ont été considérées comme insatisfaites. Les choix de réponse 2, 3 et 5 dénotent également une insatisfaction, mais qui n'est pas du même ordre. En effet, ces femmes peuvent ne pas être satisfaites de leurs conditions de travail ou de leurs horaires, mais elles souhaitent rester actives sur le marché de l'emploi. Pour les non travailleuses (femmes au foyer), la question était formulée ainsi : « êtes-vous dans la situation que vous souhaitez ? » (t2, question 78). Trois choix de réponse étaient proposés : (1) « oui » (2) « non, je voudrais travailler à temps partiel » et (3) « non,



je voudrais travailler à temps plein ». Les femmes ayant répondu 2 ou 3 ont été considérées comme insatisfaites, puisque, dans les deux cas, elles souhaitaient être actives sur le marché de l'emploi.

- *Attitude face au travail et à la maternité*

(Deux variables en quatre catégories)

L'attitude exprimée par les femmes concernant le travail et la présence à la maison, a été mesurée à partir de questions provenant de l'échelle de Hock (Hock, Gnezda, & McBride, 1984)(t2 question 40). L'échelle de Hock a été créée pour mesurer une attitude ou orientation générale concernant d'une part l'emploi rémunéré, et d'autre part le fait de rester à la maison (« Home/employment orientation scale »). Cette échelle comprend cinq énoncés sur lesquels la répondante doit donner un degré d'accord (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, tout à fait en désaccord). Les énoncés suivants ont été retenus : « si j'avais à choisir entre le travail à temps plein et le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison » et « ma vie serait incomplète sans un emploi ». Les femmes indiquant être « tout à fait » ou « plutôt » d'accord ont été considérées comme ayant une orientation correspondant à l'énoncé, soit selon le cas, favorable au séjour à la maison ou attirées par l'activité professionnelle. L'attitude face à l'emploi et au séjour à la maison faisant l'objet de deux variables. Les réponses à l'une des questions n'affectait en aucun cas celles offertes pour l'autre question. Les femmes pouvaient ainsi exprimer une attitude favorable ou défavorable aux deux énoncés.

### 3 Analyses statistiques

Nous avons choisi d'utiliser des outils statistiques relativement simples pour explorer les liens unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Ces outils, en révélant les associations entre les variables, nous permettent de dresser un portrait de la situation des femmes et ainsi d'atteindre notre objectif d'exploration.

#### 3.1 Analyses bivariées

Nous porterons une attention particulière, dans un premier temps, aux analyses bivariées, qui permettent de mesurer l'association entre deux variables sans tenir compte de la présence d'autres

variables. Ces analyses bivariées peuvent, dans bien des cas, nous mettre sur la piste de liens plus complexes entre les variables. Deux types d'outils seront utilisés : les analyses de variance (anova), lorsqu'une variable indépendante de type catégoriel est en relation avec une variable dépendante continue, et les tests du Chi-deux, lorsqu'il s'agit de deux variables catégorielles. Des tests Post-hoc viendront compléter l'anova lorsqu'une différence significative est mise en évidence et que la variable catégorielle présente plus de deux niveaux. Enfin, des ratios de cotes permettront de donner un sens et une force à l'association entre les variables catégorielles.

### 3.2 Exploration des liens indépendants :

La mise en lumière des liens « indépendants » (voir figure 5) sera effectuée à l'aide de modèles de régression multiple. L'ajout de variables dans le modèle permet de mesurer l'effet « unique » de notre variable d'intérêt, c'est-à-dire en contrôlant pour l'effet des autres variables.

### 3.3 Exploration des liens interactifs :

La possibilité de relations interactives (figure 6) sera explorée par l'ajout de variables d'interaction dans le modèle de régression. Ces variables sont créées mathématiquement en multipliant le score ou l'indicateur (soit 0 ou 1 pour les variables catégorielles) des deux variables soupçonnées d'interagir sur la variable dépendante. Ces variables d'interaction, si elles sont significatives dans le modèle, révèlent que l'effet d'une variable est différent selon le niveau de l'autre variable.

Par exemple, si nous souhaitons révéler la présence d'une relation interactive entre le partage des tâches et le rapport à l'emploi, sur la symptomatologie dépressive, nous pouvons créer une variable en multipliant la variable « partage » avec chacun des niveaux de la variable « emploi ». Si cette variable est significative, nous pouvons en conclure que l'effet de la variable « partage » sur la variable « dépression » varie en fonction du niveau de la variable « emploi ».

En raison de difficultés liées à la multicolinéarité, nous avons choisi de limiter le nombre de termes d'interaction à un maximum de 6 par modèle multivarié. Cela signifie, pour une variable en quatre catégories comme la variable de rapport à l'emploi, une possibilité d'interaction avec un maximum

de trois variables dichotomiques. Le choix des variables retenues a été basé à la fois sur les résultats d'analyses bivariées préliminaires, et sur une justification théorique.

### 3.4 Exploration des liens indirects

Enfin, la troisième possibilité, celle d'une relation indirecte (figure 7), sera explorée en deux étapes. En effet, il se révèle très difficile, avec les outils statistiques adaptés au type de variable et à la taille de notre échantillon, de démontrer l'existence d'une relation à plusieurs niveaux comme celle-ci. Les analyses multidimensionnelles de type LISREL (Mueller, 1996), développées pour démontrer ce type d'association, requiert un très grand échantillon et n'ont pas été développées pour des variables catégorielles. Nous pouvons cependant révéler certaines associations qui nous mettent sur la piste d'une relation indirecte entre les variables.

Ainsi, dans un premier temps, nous mettrons en lumière les liens entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive lors des analyses bivariées et multivariées. Si, lors des analyses multivariées, la relation observée entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive se révèle différente de celle que nous pouvions observer en bivarié, nous pourrions émettre l'hypothèse selon laquelle l'association révélée dans les analyses bivariées est liée à la présence d'associations entre le rapport à l'emploi et les autres variables incluses dans le modèle.

Notre dernière étape d'analyse consistera donc à révéler les associations entre le rapport à l'emploi et les autres variables qui constituent le contexte de vie des nouvelles mères. Pour ce faire, deux stratégies seront adoptées : celle de la mise en lumière des associations « directes », c'est-à-dire bivariées, et celle des associations indépendantes, par des modèles multivariés. Le rapport à l'emploi étant une variable catégorielle, la régression logistique sera utilisée. Cette variable sera traitée en deux catégories, chaque type de rapport étant tour à tour comparé avec une catégorie constituant la référence. Pour ces analyses de régression logistique, la taille réduite de l'échantillon (notamment dans le cas des analyses incluant le groupe des femmes à la recherche d'un emploi) peut mener à des problèmes de puissance statistique. Les analyses présentées dans l'annexe 2, permettent d'évaluer la puissance pour cette partie de l'étude.

La qualité des modèles multivariés sera jugée, pour les modèles de régression linéaire, en fonction du  $r^2$ ajusté, et pour les modèles de régression logistique, en fonction du test de «Goodness of fit » de Pearson (*Pearson and deviance Chi-square goodness of fit*).

Le logiciel SPSS sera utilisé pour l'ensemble des analyses. Les seuils de signification 0,05 (pour l'inclusion) et 0,10 (pour l'exclusion) seront privilégiés.

## CHAPITRE 4 : RESULTATS

---

## **Présentation des articles de la thèse**

Nous avons choisi de présenter les résultats de cette étude sous forme d'articles. Les trois articles qui constituent la partie « résultats » de la thèse visent le même objectif, c'est-à-dire l'exploration des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Les trois possibilités de liens, soit « indépendant », « interactif » et « indirect », y sont abordés. Cependant, chacun d'eux s'attarde à des aspects différents du contexte de vie des nouvelles mères.

Le premier article est le plus général. Nous cherchons à explorer la complexité des liens unissant le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs en soulevant la possibilité selon laquelle les facteurs de risque socio-environnementaux les plus connus pour la dépression postnatale, pourraient intervenir dans cette relation. Dans le second article, un élément particulier du contexte de vie des nouvelles mères est exploré : le partage, entre les conjoints, des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Nous tentons d'explorer les liens unissant ce facteur au rapport à l'emploi et à la symptomatologie dépressive postnatale. Enfin, dans le troisième article, nous abordons la perception qu'ont les nouvelles mères de leur rôle maternel et de leur rapport à l'emploi. Les concepts d'insatisfaction face au rapport à l'emploi et d'attitude face au travail et à la maternité nous permettent d'aborder les aspects perceptuels de la relation unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale.

Les trois articles ont été rédigés pour des revues scientifiques avec comité de lecture, soit « Women and Health » pour le premier article, et la « Revue canadienne de santé mentale communautaire » pour les deuxième et troisième article. Notons en terminant que les idées à la base des articles, la démarche suivie, le traitement, l'analyse et l'interprétation des données ainsi que la rédaction des articles ont été effectués par l'auteure de la thèse.

# Unravelling the complexities of the relationship between employment status and postpartum depressive symptomatology

Catherine des Rivières-Pigeon, MSc  
Louise Séguin, MD, MPH, FRCPC  
Lise Goulet, PhD  
Francine Descarries, PhD

**ABSTRACT** – This aim of this paper is to explore the relationship between the employment status of new mothers and their depressive symptoms at 6 months postpartum. In order to have a better understanding of these links, we tried to reveal the role that the socio-environmental characteristics of new mothers play in this relationship. The employment status is presented as closely linked to the characteristics of new mothers and their environment that constitute some of the well known risk factors for postpartum depressive disorders. For that reason, the possibility that these characteristics could intervene in the relationship between employment status and depressive symptoms was considered. Three types of links were explored: the possibilities of an isolated, interactive or indirect relationship. Analysis was performed on a sample of 447 women being in one of the four following situations : working, being on maternity leave, being a homemaker or actively seeking employment. Results tend to show the presence of an indirect relationship between employment status and depressive symptoms. Women on maternity leave, and, to a lesser degree, working mothers, presents characteristics and live in an environment that are associated with mental health benefits. Homemakers and women seeking employment, however, seems to be often placed in situations that are associated with depressive symptoms. These results underscore the possibility that the employment status could lead to living conditions that have an impact on new mother's mental health. They also question the adequacy, for social variables such as employment status, of the usual epidemiological strategy that focuses on the sole isolated effect of variables on health.

**KEYWORDS** – Postpartum depressive disorders, employment status, working mothers.

---

Catherine des Rivières-Pigeon, Louise Séguin and Lise Goulet are affiliated with the department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal. Francine Descarries is affiliated with the Department of Sociology, University of Quebec in Montreal.

This research has been funded by the Social Science and Humanities Research Council of Canada.

During the last decade, the postnatal context has undergone major changes. In Canada, as well as in the United States, a majority of new mothers are now back to work before their child turns one, and many of them are working in the first months, or weeks, after giving birth (Marshall, 1999; Rindfuss, Brewster, & Kavee, 1996). Numerous studies have underlined the role played by socio-environmental factors in the development of postpartum depressive symptomatology (Beck, 1996; Bernazzani, Saucier, David, & Borgeat, 1997; Gjerdingen & Chaloner, 1994; Neter, Collins, Lobel, & Dunkel-Schetter, 1995; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999; Séguin, Potvin, St-Denis, & Loiselle, 1999; Wilson et al., 1996). It, therefore, seems likely that the employment status of new mothers may influence their chances of developing depressive symptoms.

In order to understand the impact of employment status on the psychological health of mothers, the usual strategy, in epidemiology, is to isolate the effect of employment on health. By adding several socio-environmental risk factors for psychological health problems to the model, it is possible to look at the impact of employment, taking into account other risk factors. Unfortunately, this process paints only a partial picture of the reality. Controlling for potential confounding factors tends to give the false impression that employment status has an independent effect, unrelated to the risk factors commonly seen in the literature on depressive symptomatology. Sociological knowledge concerning access of women to employment has shown, on the contrary, that the employment status of new mothers is closely linked to their individual characteristics and immediate environment (Desai & Waite, 1991; Joesch, 1994; Pascual, Haynes, Galperin, & Bornstein, 1995; Walzer, 1997; Wenk & Garrett, 1992). For that reason, it appears likely that the employment status of new mothers is related to some of the well-known risk factors for depressive symptoms. Such an association would be at the origin of major differences, in terms of depressive symptoms, between women, depending on their relationship to employment.

This paper proposes to explore the relationship between the employment status of new mothers and their depressive symptoms at six months postpartum, shedding light on the links between employment status and twelve socio-environmental risk factors most commonly found in the literature on postpartum depressive symptomatology. By placing employment status in its context, these associations allowed us to explore new hypotheses concerning the nature of the links between employment status and depressive symptoms.



## 1 Employment status and postpartum depressive symptoms

In the year following childbirth, between 10 and 20% of women suffer from depressive symptoms (Bagedahl-Strindlund & Monsen Borjesson, 1998; Glangeaud-Freudanthal, 1999; O'Hara & Swain, 1996; Romito et al., 1999; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998). However, the origins of postpartum depressive symptomatology remain unclear. Different approaches are found in the literature: biological, psychological, as well as socio-environmental factors have been presented as potential causes for maternal mental health problems. In the current state of knowledge, none of these approaches can be rejected, and an integration of different perspectives seems likely to form the most accurate vision of the phenomenon: larger and immediate contextual elements of a new mother's life clearly have an influence on depressive symptoms, even if this influence may be modulated by psychological and biological vulnerabilities. Studies in the public health field have exposed the role that socio-environmental factors play in the development of depressive symptoms. The factors studied were elements of context in which new mothers are found, but also include personal characteristics related to that environment such as age, health or education. Recently, the association between socio-environmental factors and depressive symptoms has been the subject of meta-analytic studies (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996). According to their results, there is strong evidence for a link between postpartum depression, social support, relationship with spouse and the presence of stressing events. Indicators of socio-economic status, such as education and income, are also identified as risk factors in the literature. Marital status, age, parity, health problems and whether or not the pregnancy was wanted have also been related to depressive symptoms, but with less consistent results (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996).

The impact of socio-environmental factors on a new mother's psychological health raises questions concerning the relationship between employment status and depressive symptoms. However, evidence on this subject remains scarce. Working has usually been associated with good health (Hibbard & Pope, 1992; Martikainen, 1995; Ross & Mirowsky, 1995; Weatherhall, Joshi, & Macran, 1994) but this association is less clear when it comes to mothers of children under two years old (Romito, 1994). Furthermore, very few studies have looked beyond the sole impact of work on working mothers. Non-working situations, which could also affect psychological health,

have rarely been investigated. Studies have tended to artificially dichotomise employment status in oversimplified categories of homemakers and working mothers which are not representative of the diversity of today's employment situations. In the first postpartum year, non-working mothers can find themselves in very different situations, depending on their short-term plans and relations to employment. Being on maternity leave, planning on staying at home for the first few years after the child's birth or actively seeking employment are all common situations shared by women categorised as non-workers. The situation of women in the first postpartum year is particular in many ways, mainly because of the amount of care a new-born child needs, so it remains difficult to draw conclusions from the few results available.

While the presence of an association between employment and health is not clear, the mechanisms by which employment status could affect health are even less known. Until now, links between employment status and depressive symptoms have been investigated mainly from the perspective of an isolated relationship: studies have looked at the impact working has on a mother's health when all other variables are controlled for. However, the hypothesis of an isolated effect of work on psychological health has yet to be proven. In fact, the conceptual basis for such a link is not obvious since models created to describe the relationship between working and health do not usually present employment status as affecting health in a way that could be independent from the context. Two models have been developed to explain these links: the job stress model, in which the negative effect of work-related stress is emphasised, and the health benefits model, presenting work as facilitating the access to sources of gratification, entailing health benefits (Guyon, 1996; Pugliesi, 1992; Sorensen & Verbrugge, 1987). These two models appear contradictory, because they focus on the negative and positive effect of working on health, but in each case, employment status is seen as creating a contextual situation (presence of stressors or access to support, income and other gratification) that affects women's health. In the current state of knowledge, it is not possible to totally exclude the possibility that employment could have an isolated effect on postpartum depressive symptoms. However, it seems likely that employment status could affect health by creating a contextual situation, linked to risk factors for depressive symptoms such as income, social support or stressors. These risk factors would then play an intermediary role in the relationship between employment status and postpartum depressive symptoms.

Other than an isolated and intermediary relationship, a third possibility can be considered: employment status could be associated with depressive symptoms simply because it is influenced by the same factors. If employment status can affect the socio-environmental context in which new mothers are found, it seems possible that some socio-environmental factors also have an impact on women's employment status. New mothers' decisions concerning employment are often seen as based on personal convictions about their baby's upbringing and well being. However, historical and sociological evidence indicates that social circumstances play a major role in the relationship women keep with employment. According to sociological studies, staying at home, even when presented as a deliberate choice, is often associated with difficulties concerning access to employment, such as low qualifications, or low income limiting access to day care facilities (Dandurand & Ouellette, 1992; Pascual et al., 1995; Saurel-Cubizolles et al., 1999; Walzer, 1997). Many of the socio-environmental risk factors for postpartum depressive disorders could, for that reason, be at the source of the employment situation of new mothers. This type of indirect association, usually described as a confounding relationship, is often presented as a "false association," not worth noting. It is true that in that case, establishing a causal relationship between work and depressive symptoms would be wrong. However, it remains useful for researchers or practitioners interested in understanding the relationship between employment and depressive symptoms, to know that some risk factors for depressive symptomatology, low education, for example, are more commonly found in certain employment situations.

Clearly, employment status cannot easily be taken out of its context. In order to explore the relationship between the employment situation of new mothers and their depressive symptoms, it appears necessary to have a better understanding of the links between employment situation and those socio-environmental factors that are likely to influence psychological health.

## **2 Population and methods**

In this study, links between employment status and postpartum depressive symptomatology were explored by shedding light on the role played by 12 socio-environmental factors presented in the literature as potential risk factors for postpartum depressive disorders. The four selected employment statuses were first linked to depressive symptomatology in a direct (univariate) way. In

order to test the possibility of an isolated link between employment situation and depressive symptoms, we looked at the simultaneous effect of employment status and the 12 socio-environmental factors on the score at the depressive symptoms scale. Finally, the study of the association between employment status and the socio-environmental factors selected allowed us to explore the possibility of an indirect (either intermediary or confounding) relationship.

## 2.1 Subjects

This study was developed as a part of a larger research project on the mental and physical health of women in their first postpartum year, which involved three periods of data collection. The first data collection phase, which was conducted through face-to-face interviews few days after birth, was carried out in four hospitals in Montreal, Canada, between April 10 and October 23, 1996. Participants needed to have a mastery of oral and written French and be eighteen or older. Mothers of stillborns were excluded, for obvious reasons, as well as mothers of twins who were considered to be in a special situation. The second and third data collection periods, which took place respectively six months and one year later, was done by mail. Data analysed for this study comes from the second period of data collection. A questionnaire was mailed to the 616 participants interviewed in the first phase of the study. Two postal and one telephone reminder were planned in order to boost participation.

Eighty percent of women approached accepted to fill the first questionnaire. The participation rate for the second (six months) questionnaire was also very good. Four hundred and eighty-six mothers (78,9%) completed the questionnaire. Analysis shows some significant differences between the 130 women who did not complete the questionnaire and the other participants. They were more likely to have been born outside Canada, to have low education and income level and to be single. They were also less likely to have worked during pregnancy. However, their age, number of children as well as their physical and mental health during pregnancy were similar to those of the other participants.

Thirty-nine mothers were excluded from the analysis: 19 mothers whose main occupation was being a student and 3 mothers on sick leave. Eight women presently not working, but planning on taking contractual work were also excluded, as well as 9 workers on leave of absence (waiting to be

recalled). This decision was made in order to avoid difficulties related to evaluating the degree of certainty these women had concerning their current and upcoming employment situation. A final sample of 447 was used for the analysis.

## 2.2 Materials and procedures

### *Employment status*

The mothers' employment status was classified in a four-category variable, including one working and three non-working situations. Women working part- and full-time were classified together since preliminary analysis showed few differences between these two groups. Three categories of presently non-working mothers were made: women on maternity leave, non-working mothers with no intention to work during the first year postpartum, describing themselves as homemakers, and non-working mothers actively seeking employment.

### *Depressive symptoms*

Depressive symptomatology was measured with the 20-question Centre for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale (Radloff, 1977). This scale was developed to measure depressive symptoms in the general population, but has been used and proven valid for use during postpartum period (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, & Scrimshaw, 1993; Leathers, Kelley, & Richman, 1997; Neter et al., 1995). The French version of this scale, validated by Fuhrer and Rouillon (Fuhrer & Rouillon, 1989), was used. Validity and reliability properties for the French version was good, with an alpha coefficient of 0,85. In order to allow for the study of a wide range of problems in terms of severity, the score was treated as a continuous variable in a multiple regression analysis.

### *Risk factors for depressive symptoms*

Twelve socio-environmental variables suspected to be related to depressive symptoms were measured. These factors can be classified in two large categories: characteristics of the immediate environment and individual characteristics of new mothers. The characteristics of the immediate environment are social support (2 measures), presence of husband or boyfriend, family income,

number of children and presence of stressors (3 measures). The individual characteristics of the mother are her perceived health, education, age and wantedness of the pregnancy.

#### *Characteristics of the environment*

A translated validated form of the Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) by Barrera (Barrera, 1981; Lepage, 1984) was used to evaluate the new mother's social support network. Answers to series of questions concerning five functions of support (instrumental, emotional, informational, positive feed-back and companionship) allowed us to create a continuous variable of number of people in the social support network, with a range of 0 to 28

Similar questions were at the basis of the second social support variable, « lack of support when needed », also treated as continuous. For each function of support, participants were asked, firstly, if they had needed help during the two previous weeks, and, secondly, if they had found someone to help them. Women were considered as lacking support when they indicated that they did not find anyone when help was needed. The variable created varies from 0 (no support needed or lacked) to five (lacked in the five types of support measured).

A variable was created to measure marital status: women living with a boyfriend or spouse were considered as married, the others being classified as single. A three-level variable was also created to classify family income in very low (60% of poverty level as defined by Statistics Canada) low (between 60% and poverty level) and other (equal to or higher than poverty level). The number of children was classified in three categories: mothers of one child, mothers of two children, and mothers of three children or more.

Three measures of stressors were created. For the first one, a two-category variable was created from the answers to a question containing a list of 11 stressors that could have occurred since the baby was born: health problems (of the husband, children or relatives), money problems, problems related to housing or moving, work-related problems (own or husband's), separation or divorce, and death of a relative. When at least one of these stressors was present and qualified as significant, the women were categorised as experiencing stress. The second measure focused on a particular type of stressor: the baby's health problems. This stressor was considered present when the baby's health

was perceived by the mother as fair or poor. Finally, the third measure of stressors concerned conflictual relationships : a continuous variable was created to measure the number of people with whom the new mother indicated having conflict. This measure was taken from the translated form of Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) by Barrera (Barrera, 1981; Lepage, 1984).

### *Characteristics of the mother*

Perceived physical health was measured with a multiple-choice question used in the Santé Québec Survey (Bellerose, Lavallée, Chénard, & Levasseur, 1995). Health could be qualified as excellent, very good, good, fair or bad. Health problems were considered present when the women qualified their health as fair or bad. Education was first classified in a three level variable corresponding to a high school, college and university education. After preliminary analysis, the last two categories were put together. Age was treated as a continuous variable. Finally, a two-category variable of desire of pregnancy was also created: pregnancy was classified as not desired when the baby was considered as not wanted, or wanted later, at the announcement of the pregnancy.

### 2.3 Statistical analysis

Three main analyses were done. The first one described the direct (univariate) link between employment status and depressive symptoms, using ANOVA. Post-hoc tests were used to identify the significant differences when the variables analysed had more than two levels.

In a second analysis, multivariate models on depressive symptoms were created by adding the 12 chosen socio-environmental factors to employment status. Using multiple linear regression analysis (stepwise backward method), the isolated effect of employment status on the CES-D score was explored. The psychologically healthier group, women on maternity leave, was chosen as the reference for employment status. In order to test the possibility of an interactive relationship, interaction terms (employment status and each of the three following variables, lack of social support, education and presence of stressors) were added to the final model using a stepwise forward method, and the variable of employment status was forced ("enter" method). These variables were

chosen because of their well known links with postpartum depressive disorders. None of the interactive variables could be added to the model.

Finally, a third analysis was performed, this time to outline links between the 12 chosen socio-environmental risk factors and the employment status of new mothers. Three multiple logistic regressions were done (stepwise backward method). Workers, homemakers and women seeking employment were in turn compared to women on maternity leave. All socio-environmental variables were entered in the models except "income". The presence of this variable led to statistical problems, probably because of its high correlation with the "education" variable. Education, significant in the model on depressive symptoms, was preferred.

The SPSS software was used for all statistical analysis. The 0,05 significance level was chosen for variables entered, and 0,10 for variables removed from the model.

### 3 Results

#### 3.1 Characteristics of the sample

Of the 447 women of the sample, the largest proportion, 36,5% (n: 163), were on maternity leave when they completed the questionnaire. A proportion almost as high, 31,8% (n: 142), were back to work. Twenty five percent (25%, n: 112) called themselves "homemakers". Only 30 women (6,7%) indicated that they were unemployed and seeking employment. Data indicate that most workers return to work around the sixth month after giving birth: of the 142 women who had resumed working when they completed the questionnaire : 23 (16,2%) were back to work before the second postpartum month, 29 (20,4%) between the second and fourth month, and 90 (63,5%) between the fifth and seventh month.

The average number of people in the social support network was 7,3 and women have lacked an average of 1,2 type of help, when needed. The great majority of women were living with a husband or boyfriend (91,1%). Thirty percent of the women in our sample had an income below the poverty level. Most women were first time (41,6%) and second time mothers (38,0), respectively 12 and



3,8% being mothers of three children or four and more. The presence of stressors was quite common among women in the sample: as high as 40,9% indicated living with at least one stressor that they considered major. However, baby's health was rarely a concern since only 4% of the sample described their baby's health as fair or poor. Finally, on average, the women had a conflictual relationship with one person.

The personal characteristics of the new mothers appear quite consistent with those found in the general population. Most women perceived their health as good: only 11,4% of participants described it as fair or bad. Education level is evenly distributed among the three categories: 33,3% have a high school degree or less, 37,6% a college level education and 29,1% a university degree. The mean age of the respondents was 28,7. The only result that may appear somewhat surprising concerns whether or not the pregnancy was wanted: as high as 25,1% (n: 112) of respondents described their pregnancy as unwanted or mistimed (wanted later).

The average score on the depression symptom scale (CES-D) was 12,68. Data indicates that 15,9% of the sample had a score of 23 or more on the CES-D scale, an indicator of clinical depression, according to the cut-off recommended by the author of the French version. A cut-off of 16, recommended by the authors of the original scale which is used in most American studies, would raise the percentage to 26,4%.

### 3.2 Direct link between employment situation and depressive symptoms

According to the ANOVA analysis, employment status is significantly related to depressive symptomatology ( $p: 0,009$ ) (see Table 1). Women on maternity leave constitute the psychologically healthier group, with an average score of 10,95, followed by workers, who have the second lowest average score, 12,89. The score of homemakers is slightly higher (13,29). The last group, women seeking employment, present the highest average score, 16,93, four points higher than the average for all the women in the sample.

Post-Hoc tests indicate a significant difference between women on maternity leave and homemakers, as well as between women on maternity leave and women seeking employment. The

difference between workers and women on maternity leave does not reach the level of significance, whether workers are taken together or classified by categories of time since returning to work.

### 3.3 Multivariate model: risk factors for depressive symptoms

The 12 depressive symptomatology risk factors commonly reported in the literature were analyzed. Univariate analysis showed significant association with the CES-D score for 11 of them: the two variables of social support (number of people in the social support network and lack of help when needed), the four variables of stressors (stressing events, number of people the women is in conflict with, mother's and baby's health problems), the two socio-economic status variables (education and income), parity (average score being lower with each children) as well as whether or not the pregnancy was wanted were, as expected, related to the CES-D score. Only mother's age was not associated with the depression score.

The results of the final analysis are shown in Table 2. They indicate that none of the employment status categories remain significantly related to a higher CES-D score when the other socio-environmental variables are in the model. A model including six variables was found, with an adjusted  $r^2$  of 0.293. Two social support variables (a low number of people in the social support network and lack of help when needed) and two variables of stressing events (stressors identified as major and the number of conflictual relationships the mother has) were significant, as well as education (having no more than a high school level) and the number of children (being the mother of three children or more has a protective effect).

### 3.4 Employment status and risk factors for depressive symptoms

Almost all the selected risk factors for depressive symptoms present significant variations among the employment status groups. Univariate analysis revealed that all but two socio-environmental factors are significantly related to employment status at the 0,05 level. The variables of social support and stressors, new mother's socio-economic status, personal characteristics and desire for pregnancy present at least one significant difference between groups. Only mother's and baby's health problems are evenly distributed among the groups.

### *Workers vs women on maternity leave*

There were very few differences, in terms of socio-environmental risk factors, between the “workers” and the “maternity leave” groups. The final model, shown in Table 3, included only two variables. When compared to women on maternity leave, workers have a greater number of conflictual relationships. They also tend to be more likely to have a university education level than a college one, but the difference is not significant at the 0,05 level.

### *Homemakers vs women on maternity leave*

The second model indicates, however, important differences between homemakers and women on maternity leave. Seven variables are included in the final model, shown in Table 4. Homemakers are more likely than women on maternity leave to have lacked social support when needed. They are also three times more likely to have no more than a high school level education. They are younger than women on maternity leave, more frequently in a single motherhood situation, less often mothers of one child and more often the mother of three or more children. Finally, homemakers are twice as likely as women on maternity leave to have had an unwanted or mistimed pregnancy.

### *Women seeking employment vs women on maternity leave*

The model comparing women seeking employment to women on maternity leave contains three variables. According to results shown in Table 5, this group lacked social support more often, and on average had fewer people in their social support network. Their pregnancy was also less often wanted.

## **4 Discussion**

Our results indicate that the employment status of new mothers is linked to depressive symptomatology. As compared to women on maternity leave, women seeking employment and, to a lesser degree, homemakers are significantly more likely to have depressive symptoms at six months

postpartum. Workers also tend to have more depressive symptoms than women on maternity leave, but the difference is not significant at the 0,05 level.

Multivariate analysis shows that when the employment situation is considered together with the most commonly found risk factors in the literature on depressive symptomatology, the association present at a univariate level is no more significant. This does not mean that the employment situation is not linked with depressive symptomatology. As the conceptual models developed to explain the effect of work on health led us to expect, the association between a new mother's employment situation and depressive symptoms is simply not of an independent nature. In other words, it is not better or worse, for a new mother's mental health, to be working or not working when all other conditions are equal. However, since employment status is linked with many risk factors for depressive symptoms, unemployed women and homemakers are more likely than women on maternity leave to be placed in a situation that is associated with depressive symptomatology.

The statistical tools used in this study do not allow for testing indirect relationships between variables. However, in the light of the associations found, on the one hand, between risk factors such as social support, stressors and education, and depressive symptoms, and, on the other hand, between these same risk factors and the employment situation of new mothers, the possibility of an indirect association appears very likely. The model that we propose is shown in Figure 1. It presents the nature of the relationship between employment status and depressive symptoms. The first link (link a), indicates that the characteristics of the new mothers and their environment, the well-known "risk factors," have an impact on the development of depressive symptoms. From the perspective of this model, employment situation is associated with depressive symptoms by being linked with these same risk factors (links b and c).

The associations found between the socio-environmental risk factors and a new mother's depressive symptomatology (link "a" in the model) corroborate the findings of most studies. Meta-analytic evidence has shown that stressful life events, as well as lack of social support, can predict depressive symptoms in the first months following childbirth (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996). In this study, the two measures of social support (number of people in the social support network and lack of support when needed), as well as two out of three measures of stressors

(stressing events and number of conflictual relationships), were associated with the score on the depressive symptoms scale. The impact of education, the fifth significant variable, has been subject of more conflicting results (O'Hara & Swain, 1996). However, since numerous studies have shown that people of low socio-economic status have a high risk for physical as well as mental health problems (Guyon, 1996; Lynch, Kaplan, & Salonen, 1997; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Power, Manor, & Matthews, 1999), this result does not seem very surprising. The impact of the number of children, the last significant factor in our study, has been identified previously, but is also contested by some authors since results concerning this factor have not always been consistent (O'Hara & Swain, 1996). A lower depression score for mothers of three children and more does not, however, seem very surprising to us. One of the strongest predictors for depressive symptoms is a past history of depressive disorders (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996). Therefore, it seems logical that women having experienced depressive symptoms following a previous birth would be less inclined to have a third child. In Canada and in the province of Quebec, families of three children or more are relatively uncommon. Women who decide to have a third or fourth child may, for that reason, be particularly happy with their experience of motherhood.

To our knowledge, few studies in the fields of public health and epidemiology have looked at associations between the employment status of new mothers and the risk factors for depressive symptoms (links b and c). However, studies carried out from a sociological perspective have shown that employment situation is closely related to the characteristics of mothers and their immediate environment. Being a homemaker, in particular, has been presented by many authors as an isolating situation, linked with poverty (Corbeil, Descarrires, & Séguin, 1992; Doyal, 1995; Rosenberg, 1993). The situations of women in the first months postpartum have not been studied to a great extent, but our results tend to confirm these findings. As compared to women on maternity leave, homemakers were less educated, more likely to have lacked social support when needed, and a large proportion of them, as much as 60%, had an income below the poverty level. Unemployment is also known to be linked with difficult conditions. This situation has been related to depressive symptoms in previous studies (Ezzy, 1993; Lewis & Sloggett, 1998), but its impact for women has been presented as limited by the presence of other living status situation, such as being a wife or a mother. The results of this study, which corroborates findings of a similar study carried out in

France (Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel, & Lelong, 2000), tend to show, on the contrary, that seeking employment in the first postpartum months is a difficult situation for psychological health. Unemployment is linked with a low social support network, which is a strong predictor for depressive disorders. Working, or being on maternity leave, at six months postpartum, seems to be associated with a low risk for depressive symptomatology. It is not surprising, at this period of time, to find similarities between workers and women on maternity leave since many workers were on maternity leave a few weeks before, and most women on maternity leave will rejoin the work force in the weeks to come. Results show that their age, social support, marital status, wantedness of the pregnancy and parity patterns are similar. The only exception is the presence of conflictual relationships, workers having the highest conflict score of all groups. Studies looking at the situation of working mothers generally indicated that working is linked with more benefits than difficulties, but the situation of mothers of young children was less known. Our findings confirm that having a job is associated with characteristics and living conditions likely to affect health in a positive way.

Clearly, the employment status of new mothers is related to specific characteristics and socio-environmental context, which constitutes a situation more or less likely to lead to the development of postnatal depressive symptoms. Since the design of this study is correlational, it is not possible to draw definitive conclusions concerning the direction of the observed links. However, looking at each factor studied, we can propose some hypotheses concerning the nature of these associations. Two possibilities have to be looked at: the possibility that employment status would be at the origin of some of these risk factors (intermediary relationship, link b), and the possibility that risk factors would be at the source of the employment status of new mothers (confounding relationship, link c).

One of the strongest socio-environmental predictors for depressive symptoms, social support, appears likely, according to our results, to play an intermediary role in the relationship between employment status and depressive symptoms. Being a homemaker or being unemployed clearly puts women in an isolating situation that affects their psychological health (link "b" in Figure 1), even though the possibility that lack of social support reduces a new mother's access to employment cannot be excluded (link c). One of the well-known positive effects of working is the access to a wider support network. In our society, women taking care of a baby full time do not have many occasions to meet other adults during the day. Being on maternity leave also means staying at home

with the baby, and has been presented as difficult for some new mothers (Romito, 1990). However, according to the results of our study, women on maternity leave seem to be able to keep in touch with their social support network and to find help when needed.

The second possible intermediary factor is the conflictual relationship variable, more often present in the working mothers' group. Employment status is not likely to be determined by the presence of conflicts, but could be one of the factors at the origin of a conflictual relationship. A possible explanation for this result is the more frequent contacts, for workers, with people outside of the home such as babysitters, co-workers or employers. Conflicts with husband, particularly concerning housework or baby's care, could also be a possible explanation if working mothers have higher expectations concerning their spouse's participation in household duties.

Other socio-environmental factors linked with employment situation appear more likely to play a confounding role in the relationship with depressive symptomatology (link "c"). Education, which is highly correlated with qualification, salary, chances for promotion, social advantages and independence, seems to affect psychological health as well as access to employment. In this study, the homemaker group had a very low average education level. It, therefore, seems likely that this low education played a role in the decision to stay at home. Finding a job is more difficult for women with low qualifications, and the costs related to working, such as day care costs, could be too high considering the salary associated with low qualification jobs. The number of children also appears likely to play a role in a new mother's decision concerning employment and has an impact on depressive symptomatology. The results of this study corroborate findings from sociological research that have described mothers' decisions concerning employment as being not simply the result of personal preference or visions concerning the child's upbringing, but rather are linked to limited access to employment or low qualifications (Dandurand & Ouellette, 1992; Pascual et al., 1995; Walzer, 1997). This decision, often presented as individual, clearly has a social dimension: women having difficult access to good working conditions seem to choose to stay at home, whereas women having access to good working conditions tend to stay employed.

## 5 Conclusion

The relationship between employment status and depressive symptoms is complex and likely to be related to an association between employment status and other socio-environmental factors. Social support and some stressors may be affected by employment status and play an intermediary role in that relationship. However, other socio-environmental risk factors, particularly education, may affect employment situation as well as depressive symptoms. Women on maternity leave, and, to a lesser extent, working mothers, are placed in a situation associated with good mental health: their education level, income, marital status and social support network make them less likely to develop depressive symptoms. On the other hand, homemakers and women seeking employment are placed in an socio-environmental context that is usually linked with depressive symptoms. These results underscore the necessity to look at the links between employment and depressive symptoms in a new way, that is to say taking into account the characteristics and environment of new mothers. Employment status is linked to a specific life context, and, in order to understand its effect on health, it seems more useful to look at this context rather than trying to isolate employment from it.

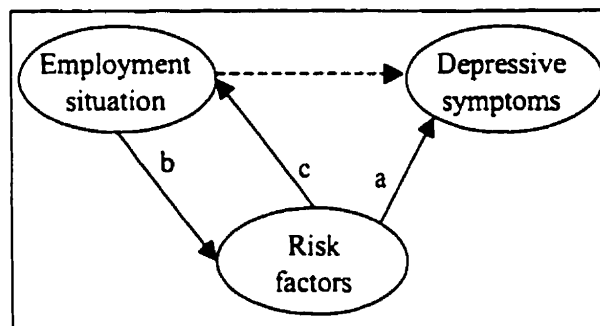


FIGURE 1 : LINKS BETWEEN EMPLOYMENT STATUS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS



TABLE 1 : ASSOCIATION BETWEEN EMPLOYMENT STATUS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS

## ANOVA

(n = 447)	Average CES-D score (s.d.)	p
<u>Employment status</u>		<b>0,009</b>
Women on maternity leave (n=163)	10,95 (8,49)	
Workers (n=142)	12,89 (10,01)	
Homemakers (n=112)	13,29 (9,90)	
Women seeking employment (n=30)	16,93 (11,13)	

## Post-hoc Tests

		Mean difference	Tuckey	Scheffe	LSD
Women on maternity leave	Workers	-1,94	0,285	0,370	0,077
	Homemakers	-2,34	0,187	0,262	<b>0,046</b>
	W. seeking employment	-5,98	<b>0,009</b>	<b>0,020</b>	<b>0,002</b>

TABLE 2 : MULTIVARIATE MODEL: RISK FACTORS FOR DEPRESSIVE SYMPTOMS

Adjusted  $r^2 = 0,293$ 

Variable (n=447)	b	se(b)	p
<i>Characteristics of the environment:</i>			
Number of people in the social support network	-0,32	(0,123)	0,009
Lack of support when needed	2,11	(0,276)	<0,0001
Number of children			
First and second time mothers vs mothers of 3 and more	2,42	(1,063)	0,023
Stressing events			
At least one stressing event vs no stressing events	4,87	(0,823)	<0,0001
Number of people in conflicts	1,14	(0,386)	0,003
<i>Characteristics of the mother:</i>			
Education			
High school vs University/ College	2,19	(0,848)	0,010

*Variables not included in the model:**Employment situation**marital status**family income**baby's health**mother's health**mother's age**wantedness of the pregnancy*

TABLE 3 : RISK FACTORS AND EMPLOYMENT STATUS : *WORKERS VS WOMEN ON MATERNITY LEAVE*<sup>1</sup>

Variable (N = 305)	Chi-square	df	Significance	
		b	p	Exp.(b) (95%CI)
Goodness-of-fit test	3,6609	5	0,5992	
Number of conflictual relationships		0,3341	0,0028	1,40 (1,12 – 1,73)
Education				
University vs College		-0,4517	0,0592	0,64 (0,39 – 1,01)

<sup>1</sup> Women on maternity leave as reference

TABLE 4 : RISK FACTORS AND EMPLOYMENT STATUS : *HOMEMAKERS VS WOMEN ON MATERNITY LEAVE*<sup>11</sup>

	Chi-Square	df	Significance		
Goodness-of-fit test	4,1184	8	0,8463		
Variable (N = 275)			b	p	
				Exp.(b)(95%CI)	
<i>Characteristics of the environment:</i>					
Lack of support when needed			0,2182	0,0275	1,24 (1,02 – 1,52)
Marital status					
Single			1,0968	0,0453	2,99 (1,02 – 8,84)
vs Live with boyfriend/spouse					
Number of children					
First-time mothers			-1,3567	0,0001	0,26 (0,13 – 0,51)
Mother of three or more children			0,9344	0,0274	2,55 (1,12 – 5,75)
vs Mothers of two children					
<i>Characteristics of the mother:</i>					
Education					
High School			1,2150	0,0001	3,37 (1,82 – 6,17)
vs College or university					
Age					
			-0,1470	<0,0001	0,86 (0,81 – 0,91)
Pregnancy wantedness					
Unwanted or mistimed pregnancy			0,6996	0,0433	2,01 (1,02 – 4,01)
vs Desired pregnancy					

<sup>11</sup> Women on maternity leave as reference

TABLE 5 : RISK FACTORS AND EMPLOYMENT STATUS : *UNEMPLOYED WOMEN VS WOMEN ON MATERNITY LEAVE*<sup>1</sup>

Variable (N = 193)	Chi-Square	df	Significance	
			b	p      Exp.(b)(95%CI)
Goodness-of-fit test	2,3487	8		0,9684
Lack of support when needed			0,4302	0,0021      1,54 (1,17 – 2,01)
Number of people in the social support network			-0,1681	0,0410      0,85 (0,72 – 0,99)
Wantedness of the pregnancy				
Unwanted or mistimed pregnancy vs Desired pregnancy			0,9719	0,0320      2,64 (1,09 – 6,37)

<sup>1</sup> Women on maternity leave as reference

## 6 References

- Bagedahl-Strindlund, M., & Monsen Borjesson, K. (1998). Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand*, 98(4), 272-5.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assesment issues. In B. H. Gotlib (Ed.), *Social Network and Social Support* . Beverly Hills: Sage Publ.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*, 45(5), 297-303.
- Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., & Levasseur, M. (Eds.). (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rappor de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord*, 46(1), 39-49.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol*, 65(6), 1243-58.
- Corbeil, C., Descarries, F. G., C., & Séguin, C. (1992). Une pratique de la maternité : les femmes au foyer. In R.-B. Dandurand & F. Descarries (Eds.), *Mères et travailleuses. De l'exception à la règle* . Québec: IQRC.
- Dandurand, R. B.-. . & Ouellette, F.-R. (1992). Travail des mères, garde des enfants et soutien de l'entourage dans trois quartiers Montréalais. In R. B.-. . Dandurand & F. Descarries (Eds.), *Mères et travailleuses: de l'exception à la règle* (pp. 129-162). Québec: IQRC.
- Desai, S., & Waite, L. J. (1991). Women's employment during pregnancy and after the first birth : Occupational characteristics and work commitment. *American Sociological Review*, 56(4), 551-566.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick ? Gender and the political economy of health*. New Brunswick NJ: Rutger University Press.
- Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health : A critical review. *Social Science & Medicine*, 37, 41-52.
- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatry & Psychobiology*, 4, 163-166.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *J Fam Pract*, 38(5), 465-72.
- Glangeaud-Freudanthal, N. (1999). Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France. *Devenir*, 11(2), 53-64.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Hibbard, J. H., & Pope, C. R. (1992). Women's employment, Social support and mortality. *Women & Health*, 18, 119-133.
- Joesch, J. M. (1994). Children and the timing of women's paid work after childbirth : A further specification of the relationship. *Journal of Marriage and the family*, 56(2), 429-440.
- Leathers, S. J., Kelley, M. A., & Richman, J. A. (1997). Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work, and support. *J Nerv Ment Dis*, 185(3), 129-39.

- Lepage, L. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Unpublished M.Sc. Thesis, Université de Montréal, Montréal.
- Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation and enemployment : Record linkage study. *British Medical Journal*, 317, 1283-1286.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly ? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine*, 44(6), 819-819.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44, 901-910.
- Marshall, K. (1999). L'emploi après la naissance d'un enfant. *Perspective, Statistique Canada*, 11(20-29).
- Martikainen, P. (1995). Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. *Social Science & Medicine*, 40, 199-212.
- Neter, E., Collins, N. L., Lobel, M., & Dunkel-Schetter, C. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health*, 1(1), 51-75.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Pascual, L., Haynes, O. M., Galperin, C. G., & Bornstein, M. H. (1995). Psychosocial determinants of whether and how much new mothers work. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26(3), 314-330.
- Power, C., Manor, O., & Matthews, S. (1999). The duration and timing of exposure : Effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 89(7), 1059-1065.
- Pugliesi, K. (1992). Women and mental health: Two traditions of feminist research. *Women & Health*, 19, 43-68.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Rindfuss, R. R., Brewster, K. L., & Kavee, A. L. (1996). Women, work and children : Behavioral and attitudinal change in the United States. *Population and Development Review*, 22(3), 457-482.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant*. Paris: Delachaux & Niestlé.
- Romito, P. (1994). Work and health in mothers of young children. *Int J Health Serv*, 24(4), 607-28.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M. J., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy : psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
- Rosenberg, H. (1993). Motherwork, stress and depression: The costs of privatized social reproduction. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 245-256). Toronto: Oxford University Press.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health ? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 230-243.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Ancel, P. Y., & Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *J Epidemiol Community Health*, 54(3), 185-91.

- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Escribà-Agüir, V., Lelong, N., Pons, R. M., & Ancel, P. Y. (1999). Returning to work after childbirth in France, Italy and Spain. *European Sociological Review*, 15(2), 179-194.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health*, 29(1), 57-72.
- Sorensen, G., & Verbrugge, L. M. (1987). Women, work and health. *American Review of Public Health*, 8, 235-251.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*, 186(7), 420-4.
- Walzer, S. (1997). Contextualizing the employment decisions of new mothers. *Qualitative Sociology*, 20(2), 211-227.
- Weatherhall, R., Joshi, H., & Macran, S. (1994). Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Social Science & Medicine*, 38, 285-297.
- Wenk, D., & Garrett, P. (1992). Having a baby : Some predictions of maternal employment around childbirth. *Gender & Society*, 6(1), 49-65.
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringer, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154(6), 785-799.



**PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES ET RAPPORT A L'EMPLOI SIX MOIS APRES  
UNE NAISSANCE :  
IMPACT SUR LA SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE POSTNATALE**

CATHERINE DES RIVIERES-PIGEON

*Université de Montréal*

FRANCINE DESCARRIES

*Université du Québec à Montréal*

LISE GOULET ET LOUISE SEGUIN

*Université de Montréal*

**RESUME**

Les liens unissant le rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale sont complexes. Plusieurs des caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement paraissent susceptibles d'intervenir dans cette relation. Cet article vise à explorer la possibilité selon laquelle le mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson dans le couple aurait un impact sur la présence de symptômes chez les nouvelles mères, et interviendrait dans la relation entre le rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi et cette symptomatologie. Quatre cent sept femmes ont répondu à un questionnaire postal six mois après la naissance de leur enfants. Les résultats démontrent qu'un partage inégalitaire est associé à la présence de symptômes dépressifs chez les nouvelles mères, même lorsque sont pris en compte un ensemble de facteurs parmi lesquels on retrouve la qualité perçue de la relation conjugale. Cette relation se révèle présente chez toutes les catégories de femmes, qu'elles travaillent ou non à l'extérieur de la maison. Toutefois, les mères travailleuses pourraient être moins susceptibles de vivre une situation de partage inégalitaire puisque le séjour à la maison, au cours des mois suivant une naissance, semble limiter la participation du conjoint à ces tâches domestiques et aux soins à donner aux enfants.

Mots clés : dépression postnatale, partage des tâches domestiques, mères travailleuses.

---

Cette recherche a été effectuée grâce à l'appui financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, sous forme de subvention de recherche pour le projet « Santé des femmes après la naissance », et de bourse d'excellence pour madame Catherine des Rivières-Pigeon.

Au cours des mois suivant une naissance, les tâches domestiques et les soins au nourrisson occupent une proportion importante du temps et de l'énergie des nouveaux parents. Et malgré une tendance sociale certaine vers une plus grande implication du père auprès de ses enfants (Dulac, 1997), les statistiques indiquent que les femmes demeurent les principales responsables des tâches et des soins devant être prodigués (Descarries & Corbeil, 1995; Roux, 1999; Statistique Canada, 1997). De nombreux auteurs ont démontré le rôle joué par l'environnement immédiat, notamment la présence de sources de stress et de soutien social, dans le développement de symptômes dépressifs à la période postnatale (voir (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996) pour des recensions méta-analytiques à ce sujet). La charge de travail domestique effectuée par les nouvelles mères durant cette période paraît donc fort susceptible d'avoir une influence sur l'apparition de tels symptômes.

Depuis qu'une majorité de mères sont actives sur le marché de l'emploi, le partage du travail domestique a soulevé l'intérêt de nombreux chercheurs et chercheuses (Coltrane, 1990; Descarries & Corbeil, 1995; Mercier, 1990; Roux, 1999; Vandelac, 1985). En effet, le cumul du travail domestique et du travail rémunéré, ou la « double tâche » des femmes, pourrait avoir des répercussions négatives sur leur santé. Pourtant, les mères travailleuses se portent dans l'ensemble mieux que les non travailleuses, tant sur le plan de la santé physique que psychologique (Hibbard & Pope, 1992; Martikainen, 1995; Ross & Mirowsky, 1995; Weatherhall, Joshi, & Macran, 1994). L'hypothèse généralement soulevée pour expliquer cet apparent paradoxe est que les bénéfices du travail, soit les bénéfices financiers, mais également l'accès à un réseau de soutien ou la reconnaissance sociale, seraient plus importants que les difficultés liées à la double tâche. Dans les mois qui suivent l'accouchement, les répercussions de l'activité professionnelle sur la santé des nouvelles mères sont moins connues. Une analyse antérieure nous a toutefois permis de constater que les caractéristiques personnelles et l'environnement immédiat des mères travailleuses se révèlent généralement favorables à leur santé. Les non travailleuses, plus souvent pauvres, isolées et peu scolarisées, sont au contraire placées dans une situation pouvant être associée au développement de symptômes dépressifs. Cette constatation soulève la possibilité selon laquelle le partage du travail domestique dans le couple pourrait également présenter des variations, en fonction du rapport des mères à l'emploi, qui seraient susceptibles d'expliquer en partie les différences observées sur le plan de leur santé mentale. Un mode inégalitaire de partage des tâches serait alors, lui aussi, un élément

du contexte de vie des mères non travailleuses à l'origine de leurs taux plus élevés de symptômes dépressifs.

Les éléments qui constituent le contexte de vie des nouvelles mères sont liés entre eux. Pour cette raison, nous avons tenté, dans cet article, d'explorer les liens unissant le partage des tâches domestiques à la symptomatologie dépressive postnatale six mois après une naissance, en tenant compte du rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi.

## 1 Recension des écrits

### *Le partage du travail domestique à la période postnatale*

Il est aisé de sous estimer l'ampleur du travail domestique que nécessite, dans la vie quotidienne, une famille avec de jeunes enfants. En effet, comme ce travail est le plus souvent fait sans rémunération, le temps et l'énergie investis dans ces tâches sont rarement mesurés. D'après les statistiques canadiennes à ce sujet, plus de la moitié des femmes vivant en couples et travaillant à plein temps, y consacrent pourtant plus de 15 heures par semaine (Statistique Canada, 1998). Cette charge est beaucoup plus lourde, il va sans dire, pour les mères d'enfants de moins de 6 ans. Dans l'année qui suit l'accouchement, le nombre d'heures consacrées par les nouveaux parents au travail domestique et aux soins au nourrisson est particulièrement important : il a été évalué comme variant entre 105 et 174 heures par semaine (Cowan et al., 1978 cité dans (Romito, 1990)). Il n'est donc pas surprenant de constater que cette tâche se révèle souvent beaucoup plus importante que ce à quoi s'attendent les nouvelles mères (McVeigh, 1997). Les 79 primipares participant à une étude qualitative américaine effectuée six semaines après la naissance d'un enfant, ont toutes indiqué s'être senties dépassées par la charge de travail. Plusieurs ont même dénoncé la « conspiration du silence », autour de la naissance, faisant en sorte que peu de femmes parlent de l'ampleur de la tâche exigée par les soins au nourrisson (McVeigh, 1997).

Nous le savons, les femmes effectuent aujourd'hui encore la plus grande proportion des tâches domestiques et des soins aux enfants. Les plus récentes statistiques démontrent que les femmes

effectuent, au Canada, près des 2/3 de ce travail<sup>12</sup> (Statistique Canada, 1998). Cela paraît beaucoup, et pourtant, la réalité pourrait se révéler encore plus loin de l'égalité. En effet, le seul nombre d'heures ne donne qu'une idée partielle de la situation. D'autres données, notamment le sentiment de responsabilité vis-à-vis les tâches, ou le type de tâches effectuées par chacun des conjoints, peuvent également offrir des informations complémentaires importantes concernant le caractère égalitaire du mode de partage. Les données en terme d'heures peuvent ainsi cacher le fait que la responsabilité du travail domestique repose souvent en totalité sur les épaules des femmes, même lorsque le conjoint effectue une proportion des tâches à faire. Un travail de « préparation » ou de persuasion, est alors nécessaire à toute participation du conjoint. Ces données peuvent également cacher le fait que le type de tâches n'est pas distribué au hasard : les femmes sont généralement responsables des tâches quotidiennes et routinières, telles la préparation des repas, le lavage, le ménage et le rangement, alors que les hommes s'occupent de travaux plus occasionnels, aux « horaires » plus flexibles, comme pelleter la neige, tondre la pelouse ou sortir les poubelles (Descarries & Corbeil, 1995). La division des soins à donner aux enfants serait légèrement plus égalitaire en terme d'heures, mais demeurerait stéréotypée, la participation des pères se concentrant dans le jeu, les activités de loisirs, le transport et l'aide aux travaux scolaires (Descarries & Corbeil, 1995).

Le partage des tâches entre les parents de très jeunes enfants a été plus rarement étudié. Les parents de nourrissons étant plus jeunes que la moyenne des couples, leur mode de partage des tâches pourrait refléter la naissance d'une nouvelle tendance égalitaire. Cependant, certains écrits indiquent que la proportion du travail domestique effectué par les femmes aurait plutôt tendance à augmenter au cours de la première année postnatale (Brannen & Moss, 1991; Gjerdingen & Chaloner, 1994a; Moss, Bolland, Foxman, & Owen, 1987; Romito, 1990). Plusieurs auteurs ont d'ailleurs remarqué que cette période marquait souvent un retour vers une répartition plus traditionnelle des rôles. L'une des raisons susceptible d'expliquer cette situation est la présence constante des nouvelles mères à la maison au cours des premiers mois suivant la naissance. La présence des mères pourrait en effet favoriser leur prise en charge des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Si tel était le cas,

---

<sup>12</sup> Selon l'enquête sociale générale de Statistique Canada effectuée en 1998, les femmes effectuent en moyenne 4,4 heures de travail non rémunéré (tâches domestiques et soins aux enfants) par jour, contre 2,7 pour les hommes.

les femmes ayant repris le travail seraient susceptibles d'effectuer une proportion moins importante des tâches et des soins que les femmes au foyer ou en congé.

*Influence du travail domestique et rémunéré sur la symptomatologie dépressive postnatale*

Les écrits portant sur la symptomatologie dépressive postnatale permettent de soulever l'hypothèse selon laquelle un partage inégal du travail domestique pourrait avoir une influence sur le développement de symptômes dépressifs chez les nouvelles mères. En effet, bien que des facteurs d'ordre biologique et psychologique semblent jouer un rôle dans le développement de tels symptômes, l'impact de facteurs socio-environnementaux sur la symptomatologie dépressive postnatale, en particulier la présence de stressseurs et de soutien social, a aussi été démontré dans de nombreuses études (Beck, 1996; Bernazzani, Saucier, David, & Borgeat, 1997; Gjerdingen & Chaloner, 1994b; Neter, Collins, Lobel, & Dunkel-Schetter, 1995; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999; Séguin, Potvin, St-Denis, & Loiselle, 1999; Wilson et al., 1996). Un partage inégalitaire du travail domestique a d'ailleurs été mis en lien avec la présence de symptômes dépressifs chez les femmes à d'autres périodes de la vie (Bird, 1999; Glass & Fujimoto, 1994; Rosenfield, 1992). Chez les nouvelles mères, cette tendance a aussi été observée (Lennon, Wasserman, & Allen, 1991; Romito, 1990). Cependant, rares sont les auteurs qui ont tenu compte du rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi dans leur étude de l'impact du partage des tâches domestiques entre les conjoints.

Le travail rémunéré a également été mis en lien avec la symptomatologie dépressive. Et malgré certaines difficultés présentées par la conciliation de la vie professionnelle et familiale, le cumul des rôles de mère et de travailleuse s'est généralement révélé bénéfique à la santé physique et psychologique des femmes (Hibbard & Pope, 1992; Martikainen, 1995; Ross & Mirowsky, 1995; Weatherhall et al., 1994). Cela dit, on sait peu de choses sur l'impact que peut avoir l'activité professionnelle chez les femmes dans l'année qui suit un accouchement. D'autant que les caractéristiques spécifiques à cette période de vie, notamment en ce qui a trait à l'apprentissage de la relation mère-enfant, aux horaires du nourrisson et à la lourdeur des soins qu'il nécessite, paraissent susceptibles de modifier la relation que les femmes entretiennent avec le marché de l'emploi. Outre l'impact de l'activité professionnelle à un temps donné, le rapport à l'emploi, c'est à dire les liens que les nouvelles mères entretiennent avec le marché de l'emploi, comme le fait d'avoir ou non un

travail ou encore d'en chercher un, paraît grandement susceptible d'affecter la santé psychologique maternelle.

La compréhension des liens unissant le rapport à l'emploi et la santé psychologique postnatale est donc loin d'être acquise, bien que des recherches récentes tendent à indiquer que les mères travailleuses et, en particulier celles profitant d'un congé de maternité, présentent en moyenne moins de symptômes dépressifs que les femmes au foyer et celles à la recherche d'un emploi (voir l'article précédent, (Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel, & Lelong, 2000)). En effet, cette constatation ne permet pas de tirer la conclusion selon laquelle l'exercice professionnel affecterait directement la santé. Lorsque sont pris en compte l'ensemble des facteurs de risque socio-environnementaux les plus connus pour la symptomatologie dépressive postnatale, l'impact du travail des femmes sur ces symptômes a rarement pu être démontré. L'hypothèse qui nous apparaît la plus plausible pour expliquer cette relation ambiguë entre le travail et les symptômes dépressifs, est donc celle de l'existence de liens étroits entre le rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi et les facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale. En effet, ces facteurs de risque, qui sont en fait des caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, ne sont pas présents en même proportion chez les femmes ayant un rapport différent à l'emploi. Des écrits révèlent, par exemple, que les mères actives sur le marché du travail présentent en moyenne un niveau de scolarité et un revenu plus élevé que les femmes « au foyer ». Les travailleuses sont également moins souvent monoparentales, subissent moins de stress et ont un réseau de soutien plus étendu que les femmes retirées du marché de l'emploi. Le travail n'aurait donc pas nécessairement un impact sur la santé des mères qui soit indépendant de leurs conditions de vie. Cet impact risque fort, au contraire, d'être associé à ces caractéristiques et conditions de vie des mères qui affectent leur état de santé.

*Configuration des liens unissant le partage des tâches domestiques, le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale*

Afin de saisir l'effet des variables socio-environnementales sur la symptomatologie dépressive postnatale, les auteurs ont eu tendance à isoler, à l'aide d'outils statistiques, l'effet de chacune de ces variables sur la présence de symptômes dépressifs chez les nouvelles mères. Cette méthode de recherche, bien qu'elle apporte de nombreuses informations, a toutefois le désavantage de laisser

dans l'ombre les liens pouvant unir ces variables. Les écrits tendent ainsi à cacher la relation entre les éléments qui constituent le contexte de vie des nouvelles mères.

Le mode de partage du travail domestique et des soins au nourrisson, comme tous les aspects de la vie des nouvelles mères, ne constitue pas une donnée isolée, mais bien une situation qui prend place dans un contexte plus large. Ce mode de partage peut être mis en lien, notamment, avec le rapport qu'entretiennent les nouvelles mères avec le marché de l'emploi. En effet, les femmes présentes à la maison pendant la journée, qu'elles soient en congé parental ou qu'elles soient « femmes au foyer », risquent d'effectuer une plus grande part des tâches que celles ayant repris leur activité professionnelle. Pour cette raison, nous avons choisi de tenir compte du rapport des nouvelles mères à l'emploi dans notre démarche d'exploration des liens unissant le partage des tâches et la symptomatologie dépressive postnatale.

Trois possibilités seront envisagées concernant la relation susceptible d'exister entre le partage des tâches, le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs. La première postule que l'effet du partage des tâches et des soins sur la symptomatologie dépressive postnatale est indépendant du rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi. La participation du conjoint aux tâches domestiques pourrait, en effet, agir de façon positive sur la santé psychologique des nouvelles mères quel que soit leur rapport à l'emploi. Par exemple, si le partage des tâches se révélait bénéfique parce qu'il est associé à une meilleure qualité perçue de la relation conjugale, cette relation pourrait être observée autant chez les travailleuses que chez les femmes au foyer. Plusieurs études tendent à démontrer que la présence de conflits entre les conjoints est fortement corrélée à l'apparition de symptômes dépressifs dans l'année qui suit l'accouchement (O'Hara & Swain, 1996; Romito et al., 1999). Dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que le partage des tâches entre les conjoints est lié à la qualité de la relation conjugale, mais la satisfaction face à la participation du conjoint aux tâches ménagères, ainsi que la présence de tensions dans le couple à ce sujet, paraissent susceptibles d'affecter l'état de santé psychologique des nouvelles mères, et peuvent être liées à la répartition effective des tâches dans le couple.

La seconde possibilité, ou configuration de liens, qui sera envisagée, est d'ordre interactif : l'impact du partage des tâches pourrait être différent en fonction du rapport entretenu par les mères au

marché de l'emploi. En effet, en considérant un mode de partage des tâches équivalent, il est possible que les mères travaillant à l'extérieur souffrent plus que celles restant au foyer, du travail domestique et des soins aux enfants qu'elles doivent effectuer. Bien qu'il puisse être pénible pour les femmes demeurant à la maison d'effectuer une proportion importante des tâches et des soins, l'absence d'activité professionnelle réduit peut-être leur état de fatigue ou même leurs attentes face à la participation du conjoint, limitant les sources de stress et de conflits qui y sont associées. Enfin, le caractère temporaire de la situation des femmes en congé parental pourrait réduire l'effet néfaste d'une division inégale du travail domestique et des soins au nourrisson. Les femmes en congé souffriraient alors moins que les femmes au foyer d'un mode de partage inégal.

Selon la troisième et dernière configuration de liens envisagée, le mode de partage des tâches et des soins dans le couple est associé au rapport entretenu par les femmes au marché de l'emploi. Cette association serait à l'origine de différences entre le nombre de symptômes dépressifs chez les travailleuses et les non travailleuses. Par exemple, le fait d'être au travail pourrait mener à une baisse de la proportion du travail domestique effectué par les nouvelles mères. Dans cette éventualité, même si l'effet du partage des tâches sur l'état de santé psychologique était le même quel que soit le rapport à l'emploi, les mères travailleuses présenteraient un nombre moindre de symptômes dépressifs. Un mode inégalitaire de partage des tâches constituerait une caractéristique associée au séjour à la maison pouvant être responsable d'un nombre élevé de symptômes dépressifs chez les femmes au foyer. La figure 1 présente, de façon graphique, les trois configurations de lien qui seront explorées.

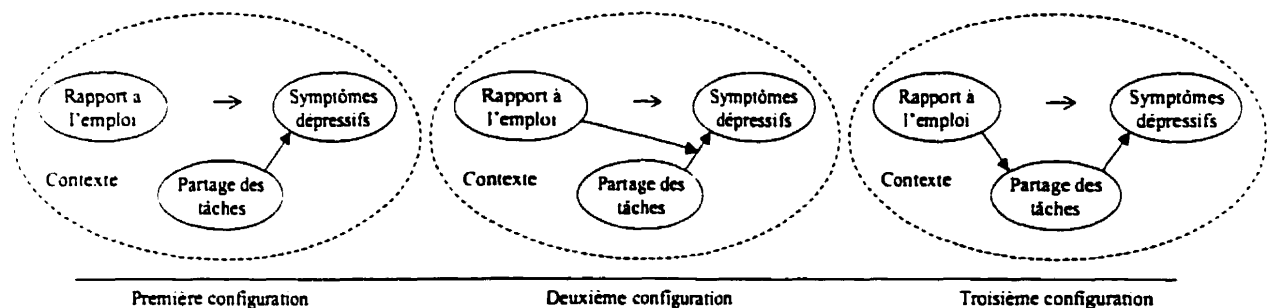


FIGURE 1 : CONFIGURATIONS DE LIENS EXPLORÉES



## 2 Méthode

Afin de mettre en lumière des liens unissant la situation d'emploi, le partage des tâches entre les conjoints et la présence de symptômes dépressifs, nous avons analysé les réponses de 407 femmes à un questionnaire auquel elles ont répondu six mois après la naissance d'un enfant.

Les données ont été recueillies entre le 10 avril et le 23 octobre 1996, dans le cadre d'un projet de recherche portant sur la santé des mères dans l'année qui suit une naissance (Séguin, Goulet, & Saurel-Cubizolles, 1995). Six cent seize (616) femmes se trouvant entre le deuxième et le quatrième jour suivant l'accouchement ont été recrutées dans quatre hôpitaux de la région montréalaise (Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame et Sacré-Coeur sur l'île de Montréal et Cité de la santé, à Laval). Selon l'entente obtenue avec les centres hospitaliers, une infirmière a tout d'abord approché les femmes pour obtenir leur consentement verbal. Quatre-vingt (80%) pour cent des mères abordées ont accepté de participer. Elles ont été interviewées par une agente de recherche. Les mères participantes devaient maîtriser suffisamment l'usage du français pour être en mesure de répondre aux questions. Les mères adolescentes (âgées de moins de 18 ans au moment du recrutement), ainsi que celles ayant accouché de jumeaux, ont été exclues du recrutement, leur situation présentant des particularités que nous n'étions pas à même d'étudier dans le cadre de cette étude. Les mères d'enfants mort-nés ou de bébés décédés après l'accouchement ont également été exclues.

Un questionnaire a été envoyé par la poste six mois après le premier entretien. Deux rappels postaux et un rappel téléphonique ont été prévus afin d'augmenter le taux de réponse. Les données utilisées pour cet article proviennent du questionnaire postal rempli à six mois postnatal. Quatre cent quatre-vingt-six (486) femmes ont rempli le questionnaire, pour un taux de réponse de 78,9%. Les non-répondantes se sont révélées moins scolarisées, plus souvent célibataires et vivant avec un revenu moindre que les répondantes. Elles étaient également plus nombreuses à être nées à l'extérieur du Canada. Leur état de santé physique et psychologique durant la grossesse et en postpartum immédiat était cependant comparable à celui des répondantes.

Parmi les répondantes, 79 femmes ont été exclues des analyses. Nous avons exclu les 40 femmes vivant sans conjoint, pour qui la question du partage des tâches domestique n'était pas pertinente. Enfin, nous avons également choisi d'exclure 39 femmes présentant un rapport à l'emploi

particulier. Il s'agit des étudiantes (n:19), des femmes en congé de maladie (n:3) des contractuelles non-travailleuses indiquant vouloir reprendre le travail dans les mois qui suivent (n: 8) et des travailleuses en disponibilité (n: 9). La décision d'exclure ces participantes a été prise afin d'éviter les difficultés liées à l'évaluation du rapport entretenu par ces femmes au marché de l'emploi. L'échantillon final comprend donc 407 répondantes.

## 2.1 Variables

Le partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson, le rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi et les symptômes dépressifs postnataux constituent les variables principales de l'analyse.

### *Symptomatologie dépressive*

La symptomatologie dépressive postnatale a été mesurée à l'aide de la version française de l'échelle CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) (Radloff, 1977) validée par Fuhrer et Rouillon (Fuhrer & Rouillon, 1989). L'échelle comprend 20 items décrivant des symptômes liés à la dépression. La répondante doit indiquer si, au cours de la semaine précédente, elle a présenté ces symptômes très rarement, occasionnellement, assez souvent ou fréquemment (tout le temps). Chaque réponse est cotée de 0 à 3, le score total pouvant alors se situer entre 0 et 60. La version originale de l'échelle CES-D a fait l'objet de nombreux travaux de validation par l'équipe initiale entre 1973 et 1977. Depuis, elle a largement été utilisée aux Etats-Unis et ailleurs dans le monde. Cette échelle a été conçue pour mesurer la présence de symptômes dépressifs dans la population générale, mais s'est révélée valide pour usage à la période postnatale (Collins et al., 1993; Leathers et al., 1997; Neter et al., 1995). La version française a également fait l'objet de validation. Le coefficient alfa de Cronbach rapporté par les auteurs de cette version est de 0,85. L'instrument a été comparé à l'échelle MADRS et au diagnostic de médecins d'après les critères utilisés pour l'épisode dépressif majeur selon le DSM-III. En utilisant un seuil de 23 pour les femmes, les auteurs rapportent une sensibilité de 0,76 et une spécificité de 0,71 (Fuhrer & Rouillon, 1989). Le score a été traité en continu afin de mettre en lumière toute l'étendue des problèmes dépressifs en termes de gravité. Pour cette raison, l'expression « symptômes dépressifs postnataux » (et non « dépression postnatale ») est utilisée dans cet article.

### *Partage des tâches domestiques*

Le mode de partage des tâches a été mesuré à partir des réponses à une question en sept parties correspondant à trois tâches qualifiées de quotidiennes, généralement effectuées entre une et plusieurs fois par jour (préparation des repas, vaisselle, rangement) et de quatre tâches qualifiées d'hebdomadaires, qui sont généralement effectuées entre une et plusieurs fois par semaine (achats, ménage, lavage et repassage). Les six choix de réponses ont permis de mesurer le partage des tâches entre les conjoints, en accordant, pour les tâches hebdomadaires, respectivement 5 et 4 points lorsque la répondante a indiqué effectuer « toujours » ou « le plus souvent » la tâche désignée, 3 points lorsque le partage est décrit comme égal entre les conjoints, respectivement 2 points et 1 point lorsque la répondante a indiqué que la tâche était effectuée « le plus souvent » ou « toujours » par son conjoint et 0 lorsque la tâche désignée était effectuée par une autre personne ou n'était pas à faire. Des points doubles ont été attribués aux tâches qualifiées de quotidiennes, soit, pour les mêmes réponses, 10, 8, 6, 4, 2 et 0. Une variable continue a été créée pour chacune des répondantes, en divisant le score total par le nombre de tâches à effectuer par les deux conjoints. La valeur de cette variable est comprise entre 5 (la

femme effectue la totalité des tâches) et 1 (l'homme effectue la totalité des tâches). Le score a été par la suite regroupé pour créer les quatre catégories suivantes 1. (score compris entre 1 et 2,4) l'homme effectue plus de la moitié des tâches, 2. (score compris entre 2,5 et 3,4) le partage est égalitaire, 3. (score compris entre 3,5 et 4,4) la femme effectue la majorité des tâches, et 4. (score compris entre 4,5 et 5) la femme effectue la presque totalité des tâches.

#### *Partage des soins à donner au nourrisson*

Une variable mesurant le mode de partage des soins à donner au nourrisson a été développée de la même façon à partir des réponses à une question en cinq parties. Puisque les tâches sont toutes effectuées entre une et plusieurs fois par jour (préparer les repas du bébé, le faire boire ou manger, se lever la nuit pour lui, changer ses couches et lui donner son bain), il n'a pas été nécessaire d'effectuer de pondération liée à la fréquence. Le score obtenu, variant également entre 1 (tout est effectué par l'homme) et 5 (tout est effectué par la femme), a permis de former une variable en quatre catégories semblable à celle créée pour le partage des tâches domestiques.

#### *Rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi.*

Une variable en quatre catégories, soit (1) travailleuse de retour au travail (2) travailleuse en congé de maternité (3) non travailleuse sans intention d'intégrer le marché du travail avant un an, se décrivant comme « au foyer » et (4) non travailleuse présentement à la recherche d'un emploi, a été développée à partir des réponses données à une question à choix multiples.

Outre ces quatre variables principales, nous avons mesuré douze (12) variables mesurant les facteurs de risque socio-environnementaux retrouvés le plus fréquemment dans les études portant sur la symptomatologie dépressive postnatale. Ces variables nous ont permis, d'une part, d'évaluer l'effet des variables d'intérêt sur la symptomatologie dépressive en ajustant pour ces facteurs de risque, et d'autre part, de mettre en lien nos variables d'intérêt avec ces facteurs de risque, qui sont des indicateurs du contexte de vie des nouvelles mères.

Ces facteurs peuvent être regroupés en deux grandes catégories : les caractéristiques des nouvelles mères, et les caractéristiques de leur environnement immédiat. Les caractéristiques des nouvelles mères incluent le niveau de scolarité, l'âge, la perception de l'état de santé physique et le désir d'avoir un enfant au moment de l'annonce de la grossesse. Les caractéristiques de l'environnement sont le revenu familial, le nombre d'enfants et la qualité perçue de la relation conjugale. Deux variables mesurant le soutien social (nombre de personnes dans le réseau de soutien et nombre de types d'aide manqué lors d'un besoin), et trois variables mesurant des stressors (présence de stressors, de relations conflictuelles, problèmes de santé physique du bébé) ont également été créées.

## CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES

### *Niveau de scolarité*

Une variable en trois catégories, correspondant à un niveau de scolarité secondaire, collégial et universitaire a été créée à partir des réponses à une question portant sur le dernier diplôme complété, posée en postpartum immédiat.

### *Âge*

L'âge de la répondante a été traité en continu. Les femmes mineures étant exclues de l'étude, il varie entre 18 et 43 ans.

### *Perception de l'état de santé physique*

La perception de l'état de santé physique de la mère a été mesurée d'après les réponses à l'indice de santé globale utilisé par Santé-Québec. Deux catégories ont été créées, l'une englobant les femmes se percevant en excellente, très bonne et bonne santé, et l'autre, les femmes percevant leur santé comme étant moyenne ou mauvaise.

### *Désir de grossesse*

Une variable mesurant le désir de grossesse a été créée à partir de réponses au questionnaire posé quelques jours après la naissance de l'enfant. La grossesse était considérée comme non-désirée lorsque la répondante indiquait que l'enfant n'était pas voulu, ou voulu plus tard, au moment de l'annonce de la grossesse.

## CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT

### *Revenu familial*

Une question posée en postpartum immédiat (t1, question 92) a servi à former une variable à trois niveaux classant le revenu familial dans les catégories suivantes: « très faible revenu » (60% du seuil d'insuffisance de revenu tel que défini par statistique Canada), « faible revenu » (entre le seuil d'insuffisance de revenus et 60% de ce seuil) et « revenu suffisant » (au dessus du seuil de suffisance de revenu).

### *Nombre d'enfants*

Les réponses à une question posée en postpartum immédiat a permis de classer les femmes en trois catégories, soit: (1) mère d'un enfant, (2) mère de deux enfants (3) mère de trois enfants ou plus.

### *Qualité perçue de la relation conjugale*

Un indice a été construit, pour mesurer la qualité perçue de la relation entre les conjoints, à partir des réponses à une question à laquelle les femmes ont répondu dans les jours suivant la naissance de leur enfant, portant sur la qualité de la relation pendant la grossesse, et des réponses à une question, à laquelle les femmes ont répondu six mois plus tard, portant sur l'amélioration ou la détérioration de cette relation depuis la naissance. Les femmes considérées comme ayant une relation de couple non-satisfaisante sont, d'une part, les femmes qui ont répondu, six mois après la naissance de leur enfant, que leur relation conjugale est restée stable et qui avaient qualifié cette relation de moyenne, difficile ou très

difficile pendant la grossesse, et d'autre part, celles qui ont perçu une détérioration de leur relation conjugale depuis la naissance de l'enfant. Toutes les autres étaient considérées comme ayant une relation satisfaisante.

*Soutien social : nombre de personnes dans le réseau de soutien*

Le nombre de personnes dans le réseau de soutien a été mesuré à l'aide des réponses à une version française de l'Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) de Barrera (1981). Cette version de l'instrument a été traduite et validée par Lepage (1984). Cinq questions étaient posées pour mesurer le nombre de personnes perçues par la répondante comme étant susceptible de l'aider en cas de besoin. Les questions portaient sur des besoins d'aide instrumentale, émotive, informative, approbative et récréative. Le nombre total de personnes indiquées dans les réponses à ces cinq questions (une même personne ne pouvant être comptée deux fois) a permis de créer une variable continue mesurant le nombre de personnes dans le réseau de soutien. Ce nombre varie entre 1 et 24.

*Soutien social : manque d'aide lors d'un besoin ressenti*

Une mesure de manque d'aide lors d'un besoin ressenti a été développée par L. Séguin et C. Bouchard en s'inspirant de la version française de l'échelle ASSIS de Barrera (Barrera, 1981; Lepage, 1984). A la suite de chacune des cinq questions de l'échelle ASSIS les répondantes devaient indiquer si, au cours des deux semaines précédentes, elles avaient ressenti un besoin d'aide. Dans l'éventualité d'une réponse positive, les répondantes devaient indiquer s'il leur était arrivé de ne trouver personne pour répondre au besoin ressenti. Les répondantes ont été considérées comme manquant d'aide lorsqu'elles ont répondu qu'elles avaient eu besoin d'aide mais qu'elles n'avaient trouvé personne pour répondre à ce besoin. La variable continue a été créée par l'addition des réponses aux cinq questions. Cette variable varie donc entre 0 (n'a pas eu besoin d'aide, ou a manqué d'aide mais n'a jamais répondu « je n'ai trouvé personne ») et 5 (a manqué de cinq types d'aide et a répondu « je n'ai trouvé personne » pour ces cinq types d'aide).

*Stresseurs : présence d'événements de vie ou de facteurs de stress*

Le questionnaire comportait la liste de stresseurs suivants : problèmes de santé du conjoint, des enfants ou d'un proche, problèmes d'argent, problèmes liés au logement, problème au travail ou à celui du conjoint, séparation, divorce ou décès d'un proche. Après analyses préliminaires, nous avons choisi de créer une variable dichotomique à partir des réponses à ces questions. La répondante a été identifiée comme vivant un stress lorsque, depuis l'accouchement, au moins un de ces stresseurs avait été présent et qualifié d'important.

*Stresseurs : nombre de personnes avec qui la répondante est en conflits*

Le nombre de personnes avec qui la répondante est en conflits a été calculé à partir de la réponse à la question suivante : « parmi les gens de votre entourage, quelles personnes vous dérangent, vous agacent, vous mettent à l'envers, font que vous vous sentez pire (mal, triste, agressive) après les avoir vues ou leur avoir parlé ? ». Cette question est tirée de la version française de l'échelle ASSIS (Barrera, 1981) qui a été traduite et validée par Lepage (Lepage, 1984). Cette variable varie entre 1 et 5.

*Stresseurs : perception de l'état de santé du nourrisson*

La perception de la santé du nourrisson a été mesurée par la question suivante : « depuis sa sortie de l'hôpital, après votre accouchement, diriez-vous que la santé de votre bébé a été... ». Nous avons regroupé les réponses « excellente, très bonne et bonne » et « moyenne et mauvaise ».

## 2.2 Analyses

Les analyses statistiques ont permis d'explorer les trois configurations de liens, présentées à la figure 1, entre le partage des tâches et des soins, le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale.

D'après la première configuration, le partage des tâches et des soins a un effet sur la symptomatologie dépressive qui est indépendant du rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi. Des analyses bivariées (ANOVA, avec tests Post-hoc) ont tout d'abord été effectuées dans le but d'explorer la présence d'une association entre le partage des tâches et des soins et la symptomatologie dépressive postnatale. Afin de vérifier la possibilité que cette association soit indépendante du rapport à l'emploi et des autres facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale, une analyse multivariée (régression multiple, méthode *stepwise backward*) a été effectuée avec l'ensemble des variables.

L'ajout de deux variables d'interaction<sup>13</sup> dans le modèle de régression multiple a permis d'explorer la possibilité d'une relation interactive proposée dans la seconde configuration. Ces deux variables visaient à révéler la présence d'interaction entre, d'une part, le partage des tâches et l'emploi sur la symptomatologie dépressive, et d'autre part, entre le partage des soins et l'emploi, sur la symptomatologie dépressive.

Enfin, la troisième configuration de liens a pu être explorée de façon indirecte seulement. En effet, il n'est pas possible, avec les outils statistiques adaptés au type de variable et à la taille de notre échantillon, de démontrer une relation à plusieurs niveaux comme celle-ci<sup>14</sup>. Nous pouvons cependant mettre en lumière certaines relations qui nous mettent sur la piste de ce type d'association. Nous avons donc choisi de mettre en relation le rapport entretenu par les femmes au marché de l'emploi avec leur mode de partage des tâches et des soins (anova, pour le score de

---

<sup>13</sup> Ces variables sont créées mathématiquement en multipliant le score ou l'indicateur (soit 0 ou 1 pour les variables catégorielles) des deux variables (variable « partage » • « emploi ») soupçonnées d'interagir sur la variable dépendante (« dépression »). Ces variables d'interaction, si elles sont significatives dans le modèle, révèlent la présence d'un effet qui varie en fonction du niveau d'une des variables (par exemple l'effet de la variable « partage » sur la variable « dépression » varie en fonction du niveau de la variable « emploi »).

partage pris en continu, et ratios de cotes lorsque ce score est traité de façon catégorielle). Si ce mode de partage se révèle lié à la symptomatologie dépressive dans les deux premières analyses, l'association entre le rapport à l'emploi et le mode de partage des tâches pourrait être l'indice de la relation indirecte entre l'emploi et la symptomatologie dépressive qui est postulée dans le troisième schéma.

Le logiciel SPSS a été utilisé pour l'ensemble des analyses et les seuils de signification 0,05 (pour l'inclusion) et 0,10 (pour l'exclusion) ont été privilégiés.

### 3 Résultats

#### 3.1 Description de l'échantillon

La participation à l'étude étant sur une base volontaire, l'échantillon est non-probabiliste et ne peut être considéré comme parfaitement représentatif de la population des nouvelles mères québécoises. Il est cependant intéressant de noter que 80% des femmes abordées ont accepté de participer à l'étude, et que 78,6% d'entre elles ont répondu au questionnaire postal à six mois postnatal. De plus, la collecte des données dans quatre hôpitaux desservant des bassins variés de population nous a permis de recruter des répondantes présentant un éventail intéressant sur le plan de leurs caractéristiques personnelles et environnementales. Le tableau 6 présente ces caractéristiques.

Rappelons que pour ces analyses, seules les femmes vivant en couple ont été retenues. Les femmes plus scolarisées sont légèrement sur-représentées dans notre étude comme c'est le cas pour la plupart des recherches. On retrouve une proportion semblable de femmes dans chacune des catégories proposées : environ un tiers, respectivement, pour les niveaux secondaire, collégial et universitaire. La moyenne d'âge est de 28,8 ans. Une grande majorité des femmes se percevaient en bonne santé et plus des trois-quarts ont décrit leur grossesse comme étant désirée.

---

<sup>14</sup> Les analyses multidimensionnelles de type LISREL, développées pour démontrer ce type d'association, requiert un très grand échantillon et sont habituellement utilisées avec des variables continues.

Les caractéristiques de l'environnement des nouvelles mères sont également le reflet de l'hétérogénéité de l'échantillon. Plus du quart des femmes interrogées ont déclaré avoir un revenu familial sous le seuil de pauvreté. La plupart des femmes étaient mères d'un seul enfant (45,5%), 39,6% étaient mères de deux enfants et 14,9% mères de trois enfants ou plus. Enfin, si la grande majorité des femmes ont indiqué avoir une bonne relation conjugale, ou qui s'est améliorée depuis la naissance de l'enfant, 16% des femmes de l'échantillon qualifient tout de même cette relation de mauvaise, ou s'étant détériorée. Les femmes ont en moyenne sept (7) personnes dans leur réseau de soutien et ont manqué d'un type d'aide cours des deux dernières semaines. Une proportion importante d'entre elles ont indiqué avoir vécu des événements source de stress (38,6%) et elles sont en moyenne en conflits avec une personne. Par contre, la santé de leur bébé est presque toujours perçue comme étant bonne.

Le rapport entretenu par les femmes de notre échantillon avec le marché de l'emploi se rapproche de celui retrouvé chez l'ensemble des nouvelles mères canadiennes (Marshall, 1999). La plus grande proportion des femmes (38,3%, n : 156) ont indiqué être en congé parental au moment où elles ont rempli le questionnaire, soit à six mois postnatal. L'échantillon comprend également plus de 30 % de femmes ayant repris le travail (33,4%, n : 136). Un peu plus de vingt pour cent des mères (22,4%, n : 91) se sont décrites comme « au foyer » alors que près de six pour cent (5,9%, n : 24) d'entre elles ont indiqué être à la recherche d'un emploi. La majorité des travailleuses ayant repris le travail (64,7%) étaient de retour après plus de trois mois d'absence. Moins de 15% étaient de retour au travail avant la fin du second mois.

Enfin, l'état de santé psychologique des femmes de notre échantillon s'est également révélé comparable à celui retrouvé dans d'autres études effectuées dans l'année qui suit une naissance. Le score moyen à l'échelle de symptomatologie dépressive CES-D est de 12,08. Bien que la limite puisse varier selon les études, un score égal ou supérieur à 16 est généralement considéré comme l'indice d'un problème dépressif requérant l'attention des intervenants sociaux et médicaux (voir le tableau 6).



*Mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson*

Afin de mesurer le mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson, nous avons classé le score obtenu aux échelles en quatre catégories correspondant aux réponses « [la conjointe] toujours », « [la conjointe] le plus souvent », « les deux conjoints également », « le conjoint toujours ou le plus souvent » pour chacune des tâches et des soins proposés<sup>15</sup>. Les résultats, présentés au tableau 7, démontrent que la seconde réponse (« [la conjointe] le plus souvent ») a été la plus fréquemment donnée : un peu plus de la moitié des femmes ont un score moyen qui correspond à cette catégorie. Chez environ le tiers des couples, le partage est égalitaire. Cette proportion baisse légèrement pour le partage des soins au nourrisson, où, on le remarque, la participation de l'homme semble en moyenne plus faible. Une proportion plus faible, mais non négligeable de femmes, soit environ 15%, effectuent la totalité des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Le score qu'elles ont obtenu aux échelles, soit entre 4,5 et 5, indique qu'elles ont répondu « [la conjointe] toujours » pour la quasi-totalité ou la totalité des items proposés. Enfin, si un mode de partage égalitaire caractérise près du tiers des couples, les données indiquent que la situation où l'homme effectue une proportion plus importante de tâches que sa conjointe est rarissime. Nous avons dû regrouper les scores correspondant aux réponses « le conjoint le plus souvent » et « le conjoint toujours » pour l'ensemble des items et seuls trois couples pour les tâches et deux pour les soins, soit moins de 1% de l'échantillon, ont pu être classés dans ces catégories. De plus, bien que le mode de partage des tâches et des soins se soit révélé extrêmement corrélé pour toutes les autres catégories (nous noterons, par exemple, que les femmes effectuant la totalité des tâches effectuent généralement la totalité des soins), dans ces cas exceptionnels où le conjoint effectue plus de la moitié des tâches, on remarque que la femme effectue la majorité des soins. L'inverse (l'homme effectue plus de la moitié des soins et la femme plus de la moitié des tâches) est également vrai.

On retrouve certaines différences, dans le mode de partage, en fonction des tâches et des soins visés. Comme l'indique le tableau 8, la tâche la plus souvent réservée aux femmes (réponses : « toujours » ou « le plus souvent ») est le lavage, qui est effectué par les femmes dans une proportion de 75,4%. La préparation des repas est également réservée aux femmes pour une grande majorité des couples

(69,0%). Une seule tâche semble plus souvent répartie de façon égalitaire : la vaisselle, effectuée par les deux membres du couple dans 44,7%. Notons toutefois qu'elle est effectuée « toujours » ou « le plus souvent » par la femme dans 43,2% des cas, alors qu'elle n'est effectuée « le plus souvent » par l'homme que dans 9,3% des cas. Parmi les tâches mesurées, les achats sont la tâche effectuée par les hommes dans une plus grande proportion : 21,7% d'entre eux effectuent cette tâche « toujours » ou « le plus souvent », la proportion d'hommes dans ces catégories ne dépassant pas les 10% pour toute autre tâche.

Les soins à donner au nourrisson sont plus souvent réservés de façon exclusive à la femme. Les résultats démontrent de façon frappante à quel point il est rare, à cette période de la vie, que l'homme effectue ne serait ce qu'un de ces soins plus fréquemment que sa conjointe. Ainsi, la préparation des repas du bébé est effectuée par la femme (« toujours » et « le plus souvent ») chez 81,8% des couples. Le changement de couche est le soin réparti le plus équitablement entre les deux conjoints : 47,4% des répondantes décrivent une répartition égale. Notons que cette tâche demeure effectuée plus fréquemment par la femme dans plus de 50% des cas et que 10% des conjoints ne changent jamais la couche de leur bébé. Le soin au nourrisson le plus souvent effectué par l'homme est le bain (12,2%), suivi du lever de nuit (4,7%), ces soins demeurant toutefois effectués par les femmes dans 59,7 et 59,5% des cas, respectivement. Près du tiers des conjoints ne se lèvent jamais la nuit.

### 3.2 Analyses bivariées

#### *Relation entre le partage des tâches et des soins et les symptômes dépressifs chez les nouvelles mères*

Le mode de partage des tâches domestiques et des soins au nourrisson a-t-il une influence sur l'état de santé psychologique des nouvelles mères ? Les résultats des premières analyses bivariées, présentés aux tableau 9, indiquent, du moins, que ce mode de partage est associé au score à l'échelle de symptomatologie dépressive, tant en ce qui concerne les tâches que les soins. En effet, plus la

---

<sup>15</sup> Dans le questionnaire, les réponses « le conjoint le plus souvent » et « le conjoint toujours » étaient proposées. Le très faible nombre de réponse dans ces catégories nous a obligée à les regrouper.

proportion de tâches et de soins effectuée par la femme est importante (ce que démontre un score élevé à l'échelle de partage), plus son score à l'échelle de symptomatologie dépressive est élevé, signe de problèmes dépressifs ( $p= 0,008$  pour les tâches et  $p = 0,001$  pour les soins). Ainsi, lorsque le partage est égalitaire, le score moyen à l'échelle de dépression est de 11,39 et 10,35 pour les tâches et les soins respectivement, alors qu'il est de 15,95 et 16,00 lorsque la femme effectue la quasi-totalité des tâches et des soins à effectuer, score qui atteint la limite à partir de laquelle un problème dépressif pourrait être diagnostiqué. Les résultats des tests Post Hoc indiquent que la différence significative se retrouve entre la dernière catégorie de partage (la femme fait la quasi-totalité des tâches et soins) et les autres catégories (majorité des tâches faites par la femme ou partage égalitaire). En regroupant les catégories de façon à isoler les femmes décrivant faire la quasi-totalité des tâches, on trouve une association significative entre cette catégorie et le score à l'échelle de symptômes dépressifs ( $p = 0,001$  pour les tâches et  $p < 0,001$  pour les soins).

#### *Situation d'emploi et symptômes dépressifs*

L'association entre la situation d'emploi et les symptômes dépressifs s'est également révélée significative ( $p=0,003$ ) (voir tableau 6). Les femmes en congé parental ont le score moyen le plus bas à l'échelle de symptômes dépressifs (10,49). Suivent ensuite les femmes au foyer et les travailleuses, avec des scores moyens semblables, soit, respectivement, 12,29 et 12,80. Les femmes à la recherche d'un emploi ont le score moyen le plus élevé (17,53). Les résultats des tests Post-hoc indiquent que le score de femmes en congé parental est significativement différent de celui des femmes à la recherche d'un emploi. On retrouve également une différence significative entre les femmes en congé et les travailleuses ( $p= 0,033$ ). La différence entre les femmes en congé et celles qui sont au foyer n'est pas significative. Le faible nombre de femmes au foyer dans cet échantillon ( $n : 91$ ) explique en partie le fait que la différence de score moyen n'atteigne pas le seuil de signification pour ce groupe. Enfin, on ne retrouve pas de différence significative entre le score des travailleuses et celui des femmes au foyer.

### *Caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat*

Presque toutes les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement que nous avons mesurées se sont révélées significativement liées à la symptomatologie dépressive postnatale (voir tableau 10). Seuls l'âge de la mère et le désir de grossesse présentent des associations qui n'atteignent pas le seuil de 0,05 fixé. Ainsi, les femmes faiblement scolarisées, tout comme celles se percevant en mauvaise santé, ont un score significativement plus élevé à l'échelle de symptômes dépressifs. Il en est de même pour les femmes ayant un revenu inférieur au seuil de pauvreté, celles qui ont moins de trois enfants (la grande multiparité est protectrice) ainsi que pour celles qui décrivent leur relation conjugale comme étant « mauvaise » ou « s'étant détériorée ». Le manque de soutien (les deux mesures) et la présence de stressseurs (les trois mesures) se sont également révélés liés à un score moyen élevé à l'échelle de symptômes dépressifs.

### 3.3 Analyses multivariées : exploration des trois configurations de liens

*Première configuration : un effet du partage sur les symptômes dépressifs qui est indépendant du rapport à l'emploi et des autres facteurs de risque*

Les analyses bivariées ont permis de démontrer que le partage des tâches est associé au score obtenu par les femmes à l'échelle de symptomatologie dépressive. Reste à savoir, cependant, si cette association est liée à la présence de facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale dans le groupe des femmes où le partage est inégal. Rappelons que la première configuration de liens entre le partage des tâches, le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive, présente l'impact du mode de partage comme étant indépendant du rapport des mères à l'emploi et des autres facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale (voir figure 1).

Les résultats de l'analyse multivariée, présentés au tableau 11, démontrent que même en présence des autres variables du contexte de vie des nouvelles mères, on retrouve une association significative entre un mode de partage inégalitaire (la femme effectue la totalité des tâches) et le score à l'échelle de symptômes dépressifs. Le modèle indique qu'un partage inégalitaire des tâches domestiques, un faible niveau de scolarité, une relation conjugale insatisfaisante, le fait d'avoir manqué d'aide et

d'avoir vécu des stressseurs sont indépendamment associés à une hausse du nombre de symptômes dépressifs. En présence du partage des tâches, le partage des soins, fortement corrélé à ce dernier, n'est plus significatif. Le rapport des mères à l'emploi, qui a été inséré dans le modèle, ne s'est pas non plus révélé significatif en présence de ces variables.

*Deuxième configuration : l'effet du partage sur les symptômes dépressifs varie en fonction du rapport à l'emploi*

La seconde configuration de lien envisagée présente l'effet du partage des tâches et des soins comme variant en fonction du rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi. Aucune des variables insérées dans le modèle pour tester la présence d'interaction entre le partage des tâches et des soins et le rapport à l'emploi, sur le score à l'échelle de symptomatologie dépressive, n'a atteint le seuil de signification (valeurs de  $p$  variant entre 0,85 et 0,16). A la lumière de ces résultats, le mode de partage des tâches ne semble pas avoir un effet significativement différent chez les travailleuses de celui observé chez les femmes à la maison.

*Troisième configuration : le mode de partage des tâches et des soins dans le couple est associé au rapport entretenu par les femmes au marché de l'emploi*

La dernière configuration de liens envisagée présente le rapport entretenu par les femmes au marché de l'emploi comme étant lié au mode de partage des tâches et des soins dans le couple. Nous avons vu que le partage des tâches est associé à la symptomatologie dépressive postnatale. Pour cette raison, nous pouvons envisager la possibilité selon laquelle l'association entre le rapport des nouvelles mères à l'emploi et le mode de partage des tâches pourrait expliquer en partie certaines des différences observées entre les scores moyens à l'échelle de symptomatologie dépressive en fonction du rapport des femmes à l'emploi.

Le partage des tâches peut être mis en lien avec un ensemble de facteurs du contexte de vie des nouvelles mères. Les analyses présentées au tableau 13 indiquent que le mode de partage des tâches et des soins est significativement associé avec cinq des treize facteurs (les douze facteurs de risque et le rapport à l'emploi) faisant l'objet d'analyse. Le partage des tâches est étroitement associé avec la qualité perçue de la relation conjugale ( $p=0,008$ ). Parmi les femmes ayant un mode de partage égalitaire, la relation conjugale est très rarement qualifiée de mauvaise. Une relation insatisfaisante

est plus fréquente chez celles qui effectuent la majorité des tâches et atteint près du tiers de celles qui en effectuent la quasi-totalité. Un partage inégal est également lié à la présence de stressseurs ( $p=0,042$ ), et au nombre de personnes dans le réseau de soutien social ( $p=0,001$ ). Les mêmes variables se sont révélées significativement liées au partage des soins au nourrisson ( $p<0,0001$  pour la relation conjugale et  $p=0,039$  pour les stressseurs), excepté le nombre de personnes dans le réseau de soutien, non significatif au seuil  $0,05$ . Les modes de partage des tâches et des soins se sont révélés, rappelons-le, fortement corrélés.

Le mode de partage des tâches est également lié, d'après les données, au rapport des nouvelles mères à l'emploi. Deux méthodes ont été utilisées pour explorer cette association : dans un premier temps, nous avons analysé le score à l'échelle de partage de façon continue. Dans un deuxième temps, nous avons repris les analyses en isolant cette fois les femmes indiquant effectuer la quasi-totalité des tâches et des soins requis. Rappelons que seule cette catégorie s'est révélée liée à la symptomatologie dépressive lors des analyses multivariées.

Comme l'indiquent les résultats présentés aux tableau 12, on retrouve une différence significative entre les scores moyens à l'échelle de partage en fonction du rapport à l'emploi ( $p=0,001$  pour les tâches et  $p<0,0001$  pour les soins). Les travailleuses ont le score moyen le plus bas tant pour les tâches domestiques que pour les soins au nourrisson, révélait la présence d'un partage plus égalitaire dans ce groupe. Suivent ensuite les femmes à la recherche d'un emploi, les femmes en congé parental et les femmes au foyer. Les résultats sont semblables pour les soins au nourrisson, à l'exception du score des femmes à la recherche d'un emploi, qui dépasse dans ce cas légèrement celui des femmes au foyer (les femmes à la recherche d'un emploi font une plus grande proportion des tâches, dans ce cas). Les résultats des tests Post-hoc démontrent que la différence significative se retrouve, pour le partage des tâches, entre le groupe des travailleuses et celui des femmes au foyer. Pour le partage des soins au nourrisson, la moyenne des travailleuses est significativement différente de celle de tous les autres groupes.

Les analyses portant sur le score de partage des tâches et des soins traités en deux catégories (la femme fait la quasi-totalité versus les autres) montrent toutefois un portrait légèrement différent de la situation. Les résultats de ces analyses, également présentés aux tableau 12, révèlent la présence

de différences entre les groupes concernant la proportion de femmes indiquant vivre une répartition très inégalitaire des tâches domestiques. Les travailleuses tendent à avoir un risque, moins élevé que les autres groupes, de devoir assumer la totalité des tâches à effectuer. Cependant, les différences observées n'atteignent le seuil de signification que dans le cas des soins au nourrisson. Le nombre réduit de femmes dans ces catégories peut expliquer le fait que les différences ne soient pas statistiquement significatives.

#### 4 Discussion

A la lumière des résultats, le mode de partage des tâches des nouveaux parents semble être comparable à celui retrouvé dans l'ensemble de la population. Comme pour de nombreuses études du même genre, et en dépit de l'approximation que cela peut présenter, nous avons dû nous limiter, pour des raisons de faisabilité, à mesurer la perception qu'a la femme, qui est la répondante, de la participation des deux conjoints. Par contre, les résultats d'études où les deux membres du couple ont été questionnés indiquent que les femmes auraient plutôt tendance à surévaluer plutôt qu'à sous-évaluer l'apport des conjoints, bien que les réponses de l'un et l'autre puissent situer différemment, par exemple, les moments du partage (Paquette, 1998). Nos résultats indiquent que la situation la plus fréquente est celle où la femme effectue une majorité des tâches et des soins à donner. Un partage égalitaire est présent chez près du tiers des couples interrogés, mais la situation où le conjoint effectue plus de la moitié des tâches demeure rare. Enfin, près de 15% des femmes effectuent la totalité des tâches et des soins devant être prodigués.

Dans la perspective où un partage égalitaire est visé, il est à la fois désolant de voir que dans un couple sur six, la femme assume encore la totalité du travail domestique, et réjouissant de constater qu'environ un couple sur trois semble avoir atteint cet objectif d'égalité. Les données tendent toutefois à indiquer que la femme demeure celle qui porte généralement la responsabilité des tâches et des soins à effectuer. La réponse la plus fréquemment donnée, toutes tâches ou soins confondus, indique que la tâche est effectuée par la femme « la plupart du temps ». A notre avis, cette réponse, bien qu'elle révèle la présence d'une certaine participation, ou d'une aide du conjoint, demeure l'indice d'une responsabilité non partagée. Un autre indice est le très faible nombre de réponses indiquant que le conjoint effectue toujours, ou même « la plupart du temps », l'une des tâches à

effectuer. Selon l'échelle qui a été utilisée, deux situations pouvaient mener à un score de partage révélant l'égalité : le fait que la femme déclare que les tâches étaient effectuées « par les deux conjoints également », mais aussi qu'elle déclare qu'un nombre égal de tâches était effectué « toujours » ou « le plus souvent » par elle et par son conjoint. Cette dernière situation s'est révélée rarissime. Le fait que le conjoint effectue une tâche plus fréquemment que sa conjointe aurait, selon nous, été le signe d'un partage de la responsabilité. Il est possible que dans les couples où la réponse « les deux conjoints effectuent la tâche à égalité » a été donnée, la responsabilité soit partagée, mais à la lumière des résultats d'études qualitatives à ce sujet, il apparaît très probable que l'égalité effective soit, dans certains cas, le résultat d'efforts de la nouvelle mère pour faire participer son conjoint.

L'égalité dans le partage des tâches doit-elle, après tout, être visée ? Certaines études ont démontré que des femmes –et des hommes, il va sans dire- étaient satisfaites de leur mode de partage inégalitaire (Romito, 1990; Roux, 1999). Cependant, les résultats de notre étude, comme ceux de plusieurs autres auteurs, semblent indiquer qu'il y a un prix à payer pour l'inégalité (Bird, 1999; Glass & Fujimoto, 1994; Rosenfield, 1992). En effet, nos résultats démontrent clairement la présence d'une association entre un mode de partage inégalitaire et la symptomatologie dépressive postnatale. Si le devis de cette étude ne permet pas de donner une direction à la relation observée, il apparaît peu probable que les symptômes dépressifs incitent les femmes à effectuer une plus grande proportion des tâches domestiques et des soins au nourrisson. La perte d'énergie et le ralentissement psychomoteur sont en effet des caractéristiques centrales des épisodes dépressifs (American Psychiatric Association, 1994). Nous ne pouvons exclure la possibilité selon laquelle les femmes déprimées pourraient percevoir le partage comme étant moins égalitaire. Cependant, il reste que le partage inégal a une forte probabilité d'être à l'origine des symptômes dépressifs observés. Le taux particulièrement élevé de symptomatologie dépressive chez les femmes indiquant effectuer la quasi-totalité des tâches et des soins peut être interprété comme le signe d'un « seuil » à partir duquel un partage inégalitaire pourrait affecter de façon particulièrement importante l'état de santé psychologique.

D'après les analyses statistiques multivariées, le partage inégalitaire des tâches domestiques reste lié à la symptomatologie dépressive en présence des facteurs de risque les plus connus pour la



dépression postnatale. L'effet du partage des tâches est donc indépendant des autres facteurs mesurés. Un partage inégalitaire a un effet nocif, quel que soit le soutien reçu par ailleurs, le nombre de stressors, le niveau de scolarité et même, ce qui paraît plus étonnant, la qualité de la relation conjugale. Plusieurs études ont démontré que la qualité de la relation conjugale a une influence sur l'état de santé psychologique des nouvelles mères (O'Hara & Swain, 1996; Romito et al., 1999). Les résultats de notre étude confirment d'ailleurs ces conclusions. Pour cette raison, l'état de la relation conjugale paraissait susceptible d'expliquer la relation entre le partage des tâches et les symptômes dépressifs : un partage inégal aurait pu être associé à une hausse de la symptomatologie dépressive en étant à l'origine de difficultés entre les conjoints. Nos résultats indiquent au contraire qu'un partage inégalitaire peut être nocif malgré la présence d'une bonne relation conjugale. Il demeure toutefois intéressant de noter que la qualité de la relation conjugale s'est révélée fortement liée au mode de partage des tâches. Ces résultats contredisent ceux d'auteures européennes qui n'avaient pas constaté d'impact du partage des tâches sur la satisfaction des conjoints concernant leur relation (Roux, 1999). Un partage inégal pourrait-il mener à une détérioration de la qualité de la relation conjugale ? Une relation difficile entraînerait-elle l'abandon, par les hommes, de leur participation aux tâches domestiques ? Les deux paraissent possible. On peut également penser que les Québécoises perçoivent la participation du conjoint comme un geste d'amour et de respect qui serait pour elles l'indice d'une bonne relation conjugale.

L'effet du partage des tâches, qui s'est révélé indépendant des facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale, n'apparaît pas non plus être lié au rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi. Autrement dit, ne pas partager les tâches domestiques semble affecter l'état de santé psychologique de la même façon, que les mères exercent ou non une activité professionnelle. Ce résultat peut paraître étonnant, car il remet en question la vision selon laquelle seules les mères travailleuses souffrent d'un partage inégalitaire, les femmes à la maison ayant le loisir d'effectuer les travaux domestiques durant la journée. À la lumière des données qualitatives révélant le caractère difficile, continu, répétitif et souvent peu gratifiant du travail à la maison (Doyal, 1995; McVeigh, 1997; Rosenberg, 1993), on comprend, cependant, que le fait d'assumer la totalité des tâches puisse avoir un effet déprimant pour les femmes à la maison. Cette vision selon laquelle la situation des femmes à la maison est plus enviable que celle des travailleuses devant assumer la double tâche, est non seulement fautive, mais elle pourrait même être à l'origine

de la plus faible participation des conjoints à ces tâches durant la période postnatale. L'une des mères interviewées dans l'étude de McVeigh (McVeigh, 1997), notant une baisse de la participation de son conjoint aux tâches domestiques après une naissance, déplorait le fait que s'occuper d'un nourrisson ne soit pas considéré comme travail à plein temps ((McVeigh, 1997) : 345). Sans nier la difficulté que peut représenter la conciliation des tâches domestiques et rémunérées, il apparaît probable que le fait d'être présente à la maison toute la journée ne laisse pas aux femmes beaucoup plus de temps pour effectuer les travaux domestiques. S'occuper d'un bébé occupe de nombreuses heures. De plus, la présence à la maison peut entraîner un surcroît de travail domestique, une maison où personne n'habite durant la journée étant, par exemple, moins susceptible de se salir. Enfin, faire des travaux domestiques toute la journée peut rendre particulièrement difficile le fait de devoir effectuer ces tâches et soins le soir et la nuit également.

A la lumière de ces données, qui indiquent que le non-partage est tout aussi néfaste pour les travailleuses que pour les femmes présentes à la maison, les différences retrouvées dans le partage entre les femmes en fonction du rapport qu'elles entretiennent au marché de l'emploi prennent une autre dimension. On remarque en effet que les femmes présentes à la maison, et en particulier celles qui se désignent comme « femme au foyer », doivent assumer une plus grande part des tâches et des soins que les travailleuses. Il est aisé de comprendre que la présence constante de la mère à la maison soit à l'origine d'une plus grande participation de celle-ci auprès du nourrisson durant la journée. Il est cependant important de noter qu'un mode de partage fortement inégalitaire, en particulier en ce qui concerne le partage des tâches domestiques, demeure néfaste pour la santé psychologique de la nouvelle mère. Comme les pères s'impliquent de façon plus importante, dans ces tâches et soins, lorsque leur conjointe travaille à l'extérieur, les travailleuses ont un risque moins élevé de se retrouver dans une situation de partage pouvant être nocive pour leur santé.

La configuration de liens entre le partage des tâches, le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive qui nous apparaît la plus plausible à la lumière de ces résultats, correspond à la troisième configuration de la figure 1. Le partage des tâches est directement lié à la symptomatologie dépressive postnatale, et le rapport à l'emploi peut être mis en lien avec ce mode de partage. Les outils statistiques utilisés dans cette étude ne permettent pas de soumettre directement à l'analyse ce type de relation. De plus, il est clair qu'un ensemble d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de

compte et complexifier ces liens. Ainsi, les mères travailleuses, qui sont plus susceptibles de vivre un partage égalitaire, présentent malgré tout un taux plus élevé de symptômes dépressifs que les femmes en congé de maternité, dont le mode de partage est souvent moins souvent égalitaire. Cependant, il demeure important de constater que la présence de la femme à la maison augmente le risque d'un mode de partage inégal, et qu'un tel mode de partage est aussi nocif pour ces femmes que pour les travailleuses.

TABLEAU 1 : CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES ET DE LEUR ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT

CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES	(n)	(%)
<i>Niveau de scolarité</i>		
Universitaire	123	30,2
Collégial	159	39,1
Secondaire	125	30,7
<i>Âge moyen : 28,8 ans (écart-type : 4,74)</i>		
<i>Perception de l'état de santé physique</i>		
Excellente, très bonne ou bonne	359	88,2
Moyenne ou mauvaise	48	11,8
<i>Désir de grossesse</i>		
Désirée	315	77,4
Non-désirée ou voulue plus tard	92	22,6
CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT		
<i>Revenu familial</i>		
Revenu égal ou plus élevé que le seuil de pauvreté	298	73,8
Revenu sous le seuil de pauvreté	69	17,1
60% du seuil de pauvreté	37	9,2
<i>Nombre d'enfants</i>		
Un enfant	185	45,5
Deux enfants	161	39,6
Trois enfants ou plus	61	14,9
<i>Qualité de la relation conjugale</i>		
Bonne ou s'étant améliorée	337	84,0
Mauvaise ou s'étant détériorée	64	16,0
<i>Soutien social</i>		
Nombre moyen de personnes dans le réseau de soutien :		7,3 (écart-type : 3,23)
Nombre moyen de type d'aide manqué lors d'un besoin ressenti :		1,2 (écart-type : 1,46)
<i>Stresseurs</i>		
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	250	61,4
Événements de vie source de stress importants	157	38,6
Nombre moyen de personnes en conflits :		
		1,0 (écart-type : 1,07)
Nourrisson en excellente, très bonne ou bonne santé		
	393	96,6
Santé moyenne ou mauvaise		
	14	3,4
RAPPORT À L'EMPLOI		
Travailleuses en congé	156	38,3
Travailleuses ayant repris le travail	136	33,4
Femmes au foyer	91	22,4
Femmes à la recherche d'un emploi	24	5,9
SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE		
Score moyen à l'échelle CES-D :		12,1 (écart-type : 9,36)
Score >ou = à 16		112 27,5
Score <16		295 72,5

TABLEAU 2 : DESCRIPTION DU PARTAGE DES TÂCHES ET SOINS

Partage des tâches domestiques<sup>16</sup>

Score moyen : 3,77	(n)	(%)
La femme fait la quasi-totalité (score compris entre 4,5 et 5)	= 59	14,5
La femme fait la majorité (score compris entre 3,5 et 4,4)	= 214	52,6
Partage égalitaire (score compris entre 2,5 et 3,4)	= 131	32,3
Le conjoint fait plus de la moitié (score compris entre 1 et 2,4)	= 3	0,7

Partage des soins au nourrisson<sup>1</sup>

Score moyen : 3,86	(n)	(%)
La femme fait la quasi-totalité (score compris entre 4,5 et 5)	= 66	16,3
La femme fait la majorité (score compris entre 3,5 et 4,4)	= 228	56,2
Partage égalitaire (score compris entre 2,5 et 3,4)	= 110	27,1
Le conjoint fait plus de la moitié (score compris entre 1 et 2,4)	= 2	0,5

---

<sup>16</sup> Le score varie entre 1 (le conjoint fait la totalité des tâches) et 5 (la femme fait la totalité des tâches)

TABLEAU 3 : PARTAGE EN FONCTION DU TYPE DE TÂCHE ET DE SOIN<sup>17</sup>

TYPE DE TÂCHE	La femme toujours	La femme le plus souvent	Les deux conjoints également	L'homme le plus souvent	L'homme toujours
Repas	32,4 %	36,6 %	23,3 %	6,1 %	1,5 %
Vaisselle	15,7 %	27,5 %	44,7 %	7,6 %	1,7 %
Rangement	23,1 %	35,9 %	36,6 %	3,4 %	0,5 %
Achats	17,4 %	25,1 %	35,6 %	16,0%	5,7 %
Ménage	21,9 %	31,9 %	35,6 %	4,2 %	1,7 %
Repassage	44,7 %	15,5 %	17,7 %	4,2 %	3,9 %
Lavage	46,2 %	29,2 %	20,6 %	2,5 %	0,5 %
<b>TYPE DE SOIN</b>					
Préparer repas	48,4 %	33,4 %	17,0 %	0,5 %	0,0 %
Faire manger	15,2 %	48,4 %	35,9 %	0,2 %	0,0 %
Se lever la nuit	28,5 %	31,0 %	30,0 %	2,7 %	2,0 %
Couches	10,6 %	40,8 %	47,4 %	1,0 %	0,0 %
Bain	31,4 %	28,3 %	27,5 %	9,3 %	2,9 %

<sup>17</sup> Les pourcentages totaux ne sont pas nécessairement égaux à 100, les répondantes pouvant décrire les tâches comme étant effectuées par une autre personne ou n'étant pas à faire.

TABLEAU 4: ASSOCIATION ENTRE LE MODE DE PARTAGE ET LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

## ANOVA

(n = 407)	Score moyen (écart-type)	p
<u>Partage des tâches domestiques</u>		<b>0,008</b>
Le conjoint fait plus de la moitié (n : 3)	10,67 (11,59)	
Partage égalitaire (n : 131)	11,39 (9,06)	
La femme fait la majorité (n : 214)	11,47 (8,87)	
La femme fait la quasi-totalité (n : 59)	15,95 (10,83)	
<u>Partage des soins au nourrisson</u>		<b>0,001</b>
Le conjoint fait plus de la moitié (n : 2)	9,00 (4,24)	
Partage égalitaire (n : 110)	10,35 (7,87)	
La femme fait la majorité (n : 228)	11,81 (9,24)	
La femme fait la quasi-totalité (n : 66)	16,00 (11,09)	

TABLEAU 5 : AUTRES VARIABLES LIÉES AUX SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

(n = 407)	Score moyen (écart-type)	p	
<b>RAPPORT À L'EMPLOI</b>			
		<b>0,003</b>	
Travailleuses en congé	10,49 (8,07)		Femmes
foyer 12,29 (9,12)			
Travailleuses ayant repris le travail	12,81 (9,99)		Femmes à
recherche d'un emploi 17,58 (11,96)			
<b>CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES</b>			
<i>Niveau de scolarité</i>		<b>&lt;0,0001</b>	
Collégial ou Universitaire	11,09 (8,75)		
Secondaire	14,34 (10,29)		
<i>Age</i>	(pearson corr.) : -0,08	0,084	
<i>Perception de l'état de santé physique</i>		<b>&lt;0,0001</b>	
Excellente, très bonne ou bonne	11,35 (8,82)		
Moyenne ou mauvaise	17,56 (11,37)		
<i>Désir de grossesse</i>		0,056	
Désirée	11,61 (9,22)		
Non-désirée ou voulue plus tard	13,73 (9,67)		
<b>CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT</b>			
<i>Revenu familial</i>		<b>0,022</b>	
Rev. égal/plus élevé que le seuil	11,57 (9,09)		
Revenu sous le seuil de pauvreté	12,49 (9,53)		
60% du seuil de pauvreté	16,02 (10,41)		
<i>Nombre d'enfants</i>		0,220	
Un enfant	12,51 (9,17)		
Deux enfants	12,45 (9,99)		
Trois enfants	10,10 (8,04)		
Quatre enfants ou plus	8,76 (7,32)		
<i>Qualité de la relation conjugale</i>		<b>&lt;0,0001</b>	
Bonne ou s'étant améliorée	10,37 (98,04)		
Mauvaise ou s'étant détériorée	20,46 (10,79)		
<i>Soutien social</i>			
Nb. personnes dans le réseau de soutien :	(pearson corr.) : -0,12	<b>0,009</b>	
Nb. type d'aide manqué lors d'un besoin ressenti :	(pearson corr.) : 0,450	<b>&lt;0,0001</b>	
<i>Stresseurs</i>			
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	9,59 (7,67)	<b>&lt;0,0001</b>	
Stresseurs importants	16,06 (10,39)		
Nb. de personnes en conflits :	(pearson corr.) : 0,16	<b>0,001</b>	
Bébé en excellente, t.b. ou b. santé	11,90 (9,24)	<b>0,037</b>	
Santé moyenne ou mauvaise	17,21 (11,49)		



TABLEAU 6 : MODÈLE MULTIVARIÉ : PARTAGE DES TÂCHES ET FACTEURS DE RISQUE SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX SUR LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS POSTNATAUX

R<sup>2</sup> ajusté = 0.318

Variable (n = 406)	b±se(b)	p
Partage des tâches domestiques La femme fait la quasi-totalité des tâches vs Autres	2,37 (1,112)	0,034
Qualité de la relation conjugale Bonne ou relation s'étant améliorée vs Mauvaise ou relation s'étant détériorée	-6,171 (1,122)	<0,0001
Manque d'aide lors d'un besoin ressenti	1,97 (0,283)	<0,0001
Niveau de scolarité Niveau secondaire et moins vs Collégial ou universitaire	2,17 (0,840)	0,012
Présence de stressseurs Au moins un stressseur important vs Aucun stressseur important	3,38 (0,836)	<0,0001

*Variables qui ne sont pas incluses dans le modèle :*

*Partage des soins au nourrisson  
Rapport à l'emploi  
Age  
Perception de l'état de santé  
Désir de grossesse  
Revenu familial  
Nombre d'enfants  
Nombre de personnes dans le réseau  
Nombre de personnes en conflits  
Santé du nourrisson*

TABLEAU 7 : ASSOCIATION ENTRE LE RAPPORT À L'EMPLOI ET LE PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES ET LES SOINS AU NOURRISSON

(n = 407)	Score moyen (écart-type)		p
<b>SCORE DE PARTAGE DES TÂCHES TRAITÉ EN CONTINU<sup>18</sup></b>			
Travailleuses ayant repris le travail	3,62	(0,61)	<b>0,001</b>
Femmes à la recherche d'un emploi	3,77	(0,70)	
Femmes en congé parental	3,79	(0,55)	
Femmes au foyer	3,94	(0,55)	
<b>SCORE DE PARTAGE DES SOINS TRAITÉ EN CONTINU</b>			
Travailleuses ayant repris le travail	3,67	(0,56)	<b>&lt;0,0001</b>
Femmes en congé parental	3,90	(0,56)	
Femmes au foyer	4,03	(0,56)	
Femmes à la recherche d'un emploi	4,04	(0,64)	
	% de femmes faisant la	Ratio de cotes	
	quasi-totalité des tâches	(95% IC)	
<b>PARTAGE DES TÂCHES TRAITÉ EN 2 CATÉGORIES<sup>19</sup></b>			
Travailleuses ayant repris le travail	11,0 (n: 15)	1,39 (0,69 – 2,79)	
Femmes en congé parental	14,7 (n :23)		
Travailleuses ayant repris le travail	11,0 (n: 15)	1,72 (0,80 – 3,68)	
Femmes au foyer	17,6 (n :16)		
Travailleuses ayant repris le travail	11,0 (n: 15)	2,12 (0,69 – 6,51)	
Femmes à la recherche d'un emploi	20,8 (n : 5)		
<b>PARTAGE DES SOINS TRAITÉ EN 2 CATÉGORIES</b>			
Travailleuses ayant repris le travail	11,0 (n: 15)	1,61 (0,82 – 3,19)	
Femmes en congé parental	16,7 (n :26)		
Travailleuses ayant repris le travail	11,0 (n: 15)	<b>2,12 (1,02 – 4,45)</b>	
Femmes au foyer	20,9 (n :19)		
Travailleuses ayant repris le travail	11,0 (n: 15)	2,85 (0,97 – 8,34)	
Femmes à la recherche d'un emploi	26,1 (n :6)		

TABLEAU 8 : AUTRES VARIABLES SIGNIFICATIVEMENT LIÉES AU PARTAGE DES TÂCHES DOMESTIQUES ET AUX SOINS AU NOURRISSON

PARTAGE DES TÂCHES TRAITÉ EN 2 CATÉGORIES			
	<i>Femmes faisant la totalité des tâches</i>		<i>Ratio de cotes (95% IC)</i>
<u>Qualité de la relation conjugale</u>			
Bonne ou s'étant améliorée	12,5 %		0,39 (0,26 – 0,74) <sup>20</sup>
Mauvaise ou s'étant détériorée	26,6 %		
<u>Stresseurs</u>			
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	11,2 %		1,95 (1,12 – 3,40) <sup>21</sup>
Stresseurs importants	19,7 %		
<u>Nombre de personnes dans le réseau</u>			
Femmes faisant la totalité des tâches	5,81	(2,26)	<0,0001
Autres	7,56	(3,31)	
<u>Nombre de types d'aide manqués</u>			
Femmes faisant la totalité des tâches	1,56	(1,47)	0,020
Autres	1,08	(1,44)	

PARTAGE DES SOINS TRAITÉ EN 2 CATÉGORIES			
	<i>Femmes faisant la totalité des soins</i>		<i>Ratio de cotes (95% IC)</i>
<u>Qualité de la relation conjugale</u>			
Bonne ou s'étant améliorée	12,8 %		0,28 (0,15 – 0,51) <sup>22</sup>
Mauvaise ou s'étant détériorée	34,4 %		
<u>Stresseurs</u>			
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	12,4 %		2,01 (1,18 – 3,34) <sup>23</sup>
Stresseurs importants	22,3 %		
<u>Nombre de types d'aide manqués</u>			
Femmes faisant la totalité des tâches	1,70	(1,67)	0,001
Autres	1,05	(1,39)	

<sup>18</sup> Variant de 1 (le conjoint fait la totalité) à 5 (la femme fait la totalité).

<sup>19</sup> La femme fait la quasi-totalité versus autres.

<sup>20</sup> Risque de faire la totalité des tâches chez les femmes ayant une bonne relation vs chez celles dont la relation est détériorée ou mauvaise.

<sup>21</sup> Risque de faire la totalité des tâches chez les femme ayant vécu un événement source de stress vs chez celles n'ayant pas vécu d'événement stressant.

<sup>22</sup> Risque de faire la totalité des soins chez les femmes ayant une bonne relation vs chez celles dont la relation est détériorée ou mauvaise.

<sup>23</sup> Risque de faire la totalité des soins chez les femme ayant vécu un événement source de stress vs chez celles n'ayant pas vécu d'événement stressant.

### ABSTRACT

The relationship between the employment status of new mothers and their depressive symptoms is complex. Many characteristics of the new mothers and their environment appear likely to intervene in that relationship. The aim of this paper is to explore the possibility that the household chores division could have an impact on new mother's depressive symptoms and intervene in the relationship between employment status and these symptoms. Four hundred and seven women answered a postal questionnaire six months after giving birth. Results show that an unequal sharing of household chores is associated with depressive symptoms even when other factors, such as perceived quality of the couple relationship, are accounted for. This relationship can be observed in all categories of women, whether or not they are working outside the home. However, working mothers could be less likely to live an highly unequal situation since staying at home, in the months following childbirth, seems to limit the participation of the partner/husband on domestic tasks and newborn care.

## 5 Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)*. Washinfon D.C.: APA.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assesment issues. In B. H. Gotlib (Ed.), *Social Network and Social Support* . Beverly Hills: Sage Publ.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*, 45(5), 297-303.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord*, 46(1), 39-49.
- Bird, C. E. (1999). Gender, household labor, and psychological distress : The impact of the amount and division of housework. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 32-45.
- Brannen, J., & Moss, P. (1991). *Managing mothers: Dual earner households after maternity leave*. London: Unwin Hyman.
- Coltrane, S. (1990). Birth timing and the division of labor in dual-earner families. *Journal of Family Issues*, 11(2), 157-181.
- Descaries, F., & Corbeil, C. (1995). *Travail et vie familiale: une difficile articulation pour les mères en emploi*. Montréal: UQAM.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick ? Gender and the political economy of health*. New Brunswick NJ: Rutger University Press.
- Dulac, G. (1997). La configuration du champ de la paternité : politiques, acteurs et enjeux. *Lien social et politiques - RIAC*, 37, 133-143.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994a). Mothers' experience with household roles and social support during the first postpartum year. *Women & Health*, 21, 57-74.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994b). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *J Fam Pract*, 38(5), 465-72.
- Glass, J., & Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 179-191.
- Hibbard, J. H., & Pope, C. R. (1992). Women's employment, Social support and mortality. *Women & Health*, 18, 119-133.
- Lennon, M. C., Wasserman, G., & Allen, R. (1991). Infant care and wives depressive symptoms. *Women & Health*, 17(2), 1-23.
- Lepage, L. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Unpublished M.Sc. Thesis, Université de Montréal, Montréal.
- Marshall, K. (1999). L'emploi après la naissance d'un enfant. *Perspective, Statistique Canada*, 11(20-29).
- Martikainen, P. (1995). Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. *Social Science & Medicine*, 40, 199-212.
- McVeigh, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *Clinical Nursing Research*, 6(4), 335-348.
- Mercier, L. (1990). Le quotidien et le partage des tâches. In D. Lemieux (Ed.), *Familles d'aujourd'hui* (pp. 143-155). Québec: IQRC.
- Moss, P., Bolland, G., Foxman, R., & Owen, C. (1987). The division of household work during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 71-86.

- Neter, E., Collins, N. L., Lobel, M., & Dunkel-Schetter, C. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health, 1*(1), 51-75.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*, 37-54.
- Paquette, G. (1998). *La récente remise en question des hommes quant à la paternité : questionnaire élaboré à la lumière des revendications du mouvement des femmes et des nouvelles pratiques des rapports de sexe*. Unpublished Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant*. Paris: Delachaux & Niestlé.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M. J., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy : psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine, 49*, 1651-1661.
- Rosenberg, H. (1993). Motherwork, stress and depression: The costs of privatized social reproduction. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 245-256). Toronto: Oxford University Press.
- Rosenfield, S. (1992). The costs of sharing : wives' employment and husbands' mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 33*, 215-225.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health ? *Journal of Health and Social Behavior, 36*, 230-243.
- Roux, P. (1999). *Couple et égalité. Un ménage impossible*. Lausanne: Réalités sociales.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Ancel, P. Y., & Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *J Epidemiol Community Health, 54*(3), 185-91.
- Séguin, L., Goulet, L., & Saurel-Cubizolles, M. J. (1995). *Santé des femmes dans l'année après une naissance et emploi. Protocole de recherche*.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health, 29*(1), 57-72.
- Statistique Canada. (1997). *Indicateurs économiques de l'égalité entre les sexes: Rapport commandé par les ministres fédérale, provinciaux et territoriaux responsables de la condition féminine*.
- Statistique Canada. (1998). *Enquête sociale générale : temps moyen consacré aux activités selon le sexe*.
- Vandelac, L. (Ed.). (1985). *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Montréal: Editions Saint-Marin.
- Weatherhall, R., Joshi, H., & Macran, S. (1994). Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Social Science & Medicine, 38*, 285-297.
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringer, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal, 154*(6), 785-799.

# INSATISFACTION FACE A L'EMPLOI ET SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE POSTNATALE

CATHERINE DES RIVIERES-PIGEON, LISE GOULET, LOUISE SEGUIN

*Université de Montréal*

*et*

Francine Descarries

*Université du Québec à Montréal*

## RESUME

Cet article vise à explorer le rôle de l'insatisfaction face au rapport entretenu avec le marché de l'emploi et la symptomatologie dépressive, six mois après la naissance d'un enfant. Au delà du rôle de l'insatisfaction, nous avons cherché à en mieux comprendre l'origine en mettant cette insatisfaction en relation avec une mesure de l'attitude face au travail et à la maternité. Les analyses ont porté principalement sur les réponses de cent quarante deux travailleuses et cent douze mères « au foyer », à un questionnaire postal. Les résultats nous permettent de constater que peu de travailleuses souhaitent quitter le marché de l'emploi alors que plus du quart des femmes se décrivant comme « au foyer » souhaiteraient travailler. L'insatisfaction face à la situation d'emploi s'est révélée fortement liée à la symptomatologie dépressive, en particulier dans le groupe des femmes au foyer. L'origine de cette insatisfaction demeure complexe, mais nous savons que l'attitude exprimée par les femmes concernant le travail et la présence maternelle auprès du petit enfant ne permet de l'expliquer qu'en partie. En effet, la majorité des femmes insatisfaites de leur situation ont malgré tout une attitude favorable à cette situation. Les résultats nous mettent sur la piste d'une origine plus complexe, pour l'insatisfaction, que la seule attitude. Ainsi, les femmes pourraient être insatisfaites de leur situation parce qu'elles perçoivent celle-ci comme ne leur permettant pas de répondre à leurs besoins, et non parce qu'elle ne correspond pas à l'attitude qu'elles adoptent.

Mots clés : dépression postnatale, mères travailleuses, insatisfaction face à l'emploi, attitude face au travail et à la maternité.

---

Cette recherche a été effectuée grâce à l'appui financier du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, sous forme de subvention de recherche pour le projet « Santé des femmes après la naissance », et de bourse d'excellence pour madame Catherine des Rivières-Pigeon.

La naissance d'un enfant, cet « heureux événement », est malheureusement liée à la présence de symptômes dépressifs chez près de 15 % des nouvelles mères (Bagedahl-Strindlund & Monsen Borjesson, 1998; Glangeaud-Freudanthal, 1999; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999; Stuart, Couser, Schilder, O'Hara, & Gorman, 1998). Bien que les mécanismes à l'origine du développement de tels symptômes ne soient pas encore connus de façon précise, nous savons aujourd'hui que des facteurs socio-environnementaux jouent un rôle dans leur apparition (Beck, 1996; Bernazzani, Saucier, David, & Borgeat, 1997; Gjerdingen & Chaloner, 1994; O'Hara & Swain, 1996; Romito et al., 1999; Séguin, Potvin, St-Denis, & Loiselle, 1999; Wilson et al., 1996). Le contexte de vie des nouvelles mères, notamment les facteurs de stress auxquels elles doivent faire face et le soutien qu'elles reçoivent, peut constituer un environnement favorable, ou au contraire défavorable au développement de ces symptômes. Depuis qu'une majorité de femmes exercent une activité professionnelle dans l'année qui suit l'accouchement, le rapport entretenu avec le marché de l'emploi, soit le fait de travailler, ou de ne pas travailler durant cette période, constitue une caractéristique centrale du contexte postnatal et paraît susceptible d'être en lien avec l'état de santé psychologique des nouvelles mères. Pourtant, la relation unissant le rapport à l'emploi à la symptomatologie dépressive postnatale demeure encore mal connue.

L'objectif de cet article est d'explorer les liens unissant l'insatisfaction face au rapport entretenu avec le marché du travail et la présence de symptômes dépressifs chez les femmes, six mois après une naissance. L'insatisfaction des mères pourrait, en effet, éclaircir la relation parfois ambiguë qui unit le rapport à l'emploi à la symptomatologie dépressive postnatale. Selon l'hypothèse envisagée, les nouvelles mères travailleuses souhaitant rester à la maison, et les non travailleuses souhaitant occuper un emploi, seraient plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs que celles dont la situation correspond au souhait exprimé. Au-delà du rôle de l'insatisfaction, nous tenterons d'offrir des pistes de réponse concernant son origine en explorant les liens unissant l'insatisfaction au contexte de vie des nouvelles mères, ainsi qu'à leur attitude, exprimée de façon plus générale, concernant l'activité professionnelle et la présence maternelle auprès du petit enfant.



## 1 Rapport à l'emploi et symptômes dépressifs postnataux

Une majorité de femmes vivent aujourd'hui leur maternité tout en occupant un emploi rémunéré. Plusieurs auteurs et auteures se sont penchés sur la santé physique et psychologique de ces mères travailleuses, et malgré les difficultés que peut présenter la « double tâche », les résultats de ces études tendent à démontrer que les femmes actives sur le marché de l'emploi présentent, dans l'ensemble, un meilleur état de santé que les non travailleuses (Hibbard & Pope, 1992; Martikainen, 1995; Ross & Mirowsky, 1995; Weatherhall, Joshi, & Macran, 1994). Toutefois, la grande majorité des études ont porté sur des mères d'enfants d'âge scolaire ou préscolaire, si bien que la situation des femmes dans l'année qui suit l'accouchement reste relativement peu connue. De plus, la question du travail des mères a souvent été traitée d'une façon artificiellement dichotomique, opposant les mères actives sur le marché de l'emploi aux « non travailleuses », quel que soit la relation que ces femmes entretenaient avec le marché de l'emploi. Au delà du fait de travailler ou de ne pas travailler, le rapport des mères à l'emploi pourrait avoir un impact sur l'état de santé psychologique. Ainsi, la situation des femmes en congé parental pourrait se révéler fort différente de celle des femmes « au foyer », même s'il s'agit dans les deux cas de femmes qui, ponctuellement, se sont pas actives professionnellement.

Jusqu'à présent, peu d'études ont mis en évidence une relation indépendante entre le rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. En effet, lorsque sont prises en compte les caractéristiques socio-environnementales des nouvelles mères, notamment le soutien social et les stressseurs, on ne retrouve souvent plus d'association significative entre la situation d'emploi et l'état de santé. A la lumière des modèles conceptuels conçus pour expliquer cette relation, tels le *job stress* ou le *health benefits model* (Guyon, 1996; Pugliesi, 1992; Sorensen & Verbrugge, 1987), ces résultats ne paraissent guère surprenants : le rapport à l'emploi affecterait l'état de santé d'une part, de façon négative, en suscitant un stress lié au travail ou au cumul de rôles, et d'autre part, de façon positive, en donnant accès à des ressources, notamment financières, mais aussi à un réseau de soutien. Dans la recherche d'une meilleure compréhension des liens unissant l'emploi des nouvelles mères à la présence de symptômes dépressifs, il apparaît donc nécessaire de mettre en lumière les facteurs pouvant agir de façon intermédiaire ou interactive, dans cette relation.

### *L'attitude face au travail et à la maternité et l'insatisfaction face à la situation d'emploi*

Parmi les facteurs retrouvés dans les écrits comme pouvant moduler la relation entre le rapport à l'emploi et l'état de santé, on retrouve l'attitude de la mère face au travail rémunéré et à une présence continue auprès des enfants. En s'appuyant sur le concept de *role fit*, des auteurs et auteures ont soulevé la possibilité selon laquelle le rapport à l'emploi aurait un effet bénéfique sur la santé si ce rapport est congruent avec l'attitude adoptée (Aston & Lavery, 1993; Brannen & Moss, 1991; Hock & DeMeis, 1990; Repetti, A. & I., 1989; Waldron & Herold, 1986). Plus concrètement, les mères travailleuses valorisant avant tout l'activité professionnelle jouiraient d'une meilleure santé que celles qui valorisent au contraire principalement la présence continue de la mère auprès de son enfant. De la même façon, les femmes retirées du marché du travail se porteront bien dans la mesure où elles valorisent avant tout la présence à la maison plutôt que l'activité professionnelle.

Outre l'attitude, un concept légèrement différent est présenté dans les écrits comme pouvant intervenir dans la relation entre le rapport à l'emploi et l'état de santé : il s'agit de l'inadéquation entre la situation désirée et la situation vécue, ou en d'autres termes, de l'insatisfaction face à la situation d'emploi. Plutôt que de chercher à mettre en lien l'attitude plus générale de la mère face au travail et la situation qu'elle vit, des auteurs ont préféré demander directement aux femmes si elles étaient dans la situation qu'elles désiraient. L'insatisfaction face à la situation d'emploi s'est révélée prédictrice de problèmes dépressifs (Olson & DiBrigida, 1994; Romito et al., 1999).

### *Origine de la non-congruence et de l'insatisfaction*

Si l'insatisfaction joue un rôle dans le développement de symptômes dépressifs, il peut sembler important de comprendre l'origine de cette appréciation, par les nouvelles mères, de leur situation. Pourtant, peu d'auteurs ont cherché à mettre en lumière les facteurs liés à cette insatisfaction. Les concepts de non-congruence et d'insatisfaction ne sont généralement pas très développés dans les écrits, et la logique qui sous-tend ces relations reste implicite. Ce que nous en saisissons pourrait se résumer de la façon suivante (voir figure 1). L'attitude face au travail et à la maternité est présentée comme un facteur d'ordre individuel, lié à des goûts ou des expériences personnelles. Cette attitude serait à l'origine des décisions des nouvelles mères concernant leur activité professionnelle. Ainsi, la non-congruence entre l'attitude et la situation d'emploi serait liée à des contraintes, limitant la

possibilité de faire correspondre cette situation avec l'attitude personnelle qui leur est chère. Cette non-congruence mènerait à une insatisfaction pouvant susciter le développement de symptômes dépressifs.

Cette logique implicite correspond peut-être au processus vécu par les nouvelles mères. Cependant, à la lumière des connaissances acquises dans les domaines de la sociologie et de la santé publique, il est possible d'envisager d'autres possibilités concernant l'origine de l'insatisfaction exprimée. En effet, il est important de noter que le caractère essentiellement individuel de l'attitude face au travail et à la maternité est loin d'être une évidence. Les variations retrouvées à travers les époques concernant le rôle de mère (Badinter, 1980; Knibiehler, 1997; Margolis, 1993), et notamment en fonction de la relation entretenue par une majorité de femmes avec la sphère économique, sont au contraire le signe d'une importante influence de la société sur les attitudes adoptées. L'origine de la non-congruence entre l'attitude des nouvelles mères et leurs situations peut également être abordée sous un autre angle. La non-congruence est présentée de façon implicite comme la conséquence d'un manque de choix concernant la situation d'emploi, mais un coup d'œil aux modèles conceptuels expliquant les liens unissant les attitudes et les comportements soulève une autre possibilité. Selon certains modèles, notamment celui de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975), l'attitude précède et cause le comportement. Cependant, il existe des modèles proposant une direction tout à fait inverse pour expliquer ces mêmes liens, dont celui de la dissonance cognitive de Festinger (Festinger, 1957). D'après ce modèle, le comportement aurait une influence sur l'attitude pour éviter la dissonance. Ainsi, par exemple, les femmes ayant peu de possibilités d'occuper un emploi pourraient adopter une attitude favorable au séjour à la maison. Comme le comportement précède l'attitude selon cette approche, la non-congruence proviendrait d'une difficulté à modifier l'attitude de façon à ce qu'elle corresponde au comportement adopté.

La remise en question du caractère personnel et immuable de l'attitude des mères face au travail et à la maternité soulève la possibilité selon laquelle l'insatisfaction face au rapport à l'emploi pourrait ne pas être directement liée à l'attitude exprimée. En effet, si l'attitude des nouvelles mères est influencée, d'une part par un certain discours social sur le rôle maternel, et d'autre part par leur situation, il est tout à fait possible que cette attitude ne corresponde pas toujours à la situation qu'elles pourraient souhaiter en regardant les bénéfices et les inconvénients liés à leur situation. Il

est ainsi possible, par exemple, qu'une mère au foyer valorise grandement la présence maternelle continue auprès de l'enfant, mais souhaite occuper un emploi pour accéder aux bénéfices perçus du travail ou pour éviter les difficultés liées au séjour à la maison. De la même façon, une mère travailleuse pourrait valoriser le travail rémunéré, mais souhaiter interrompre sa carrière pour éviter les problèmes de surcharge créés par la double tâche (voir figure 2).

On connaît encore assez peu de chose sur le désir qu'ont les nouvelles mères d'exercer ou non une activité professionnelle dans les mois suivant l'accouchement. Ce désir, qui peut être source d'insatisfaction dans le cas où la situation désirée ne correspond pas à celle vécue, semble susceptible d'éclairer le lien unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Dans la mesure où l'insatisfaction face à la situation d'emploi joue un rôle dans le développement de symptômes dépressifs postnataux, il apparaît essentiel de se pencher sur les facteurs associés à cette insatisfaction. L'attitude adoptée face au travail et à la maternité pourrait déterminer en partie l'insatisfaction exprimée, mais il apparaît aussi probable que d'autres facteurs, peut-être plus directement liés au contexte de vie des nouvelles mères, exercent également une influence sur cette insatisfaction.

Cette étude vise deux objectifs. Le premier est la mise en lumière du rôle de l'insatisfaction face au rapport à l'emploi, dans la relation unissant ce rapport à la symptomatologie dépressive postnatale : l'état d'insatisfaction faisant l'objet de recherche étant le désir, exprimé par les femmes six mois après la naissance d'un enfant, de se trouver dans une situation d'emploi qui serait différente de la leur. Plus précisément, il s'agit pour les travailleuses du désir de cesser leur activité professionnelle, et, pour les non travailleuses, du désir d'occuper un emploi.

Le second objectif visé par cette étude est l'exploration de l'origine de l'insatisfaction des nouvelles mères concernant leur rapport à l'emploi. Cette exploration est effectuée en deux étapes. Dans un premier temps, l'insatisfaction des nouvelles mères sera mise en relation avec l'attitude qu'elles expriment face au travail rémunéré et à la présence maternelle à la maison. Contrairement à l'insatisfaction, qui porte directement sur l'appréciation de la situation vécue, l'attitude mesure la valorisation accordée, d'une part, au travail rémunéré et, d'autre part, à la présence constante de la mère auprès des enfants. Dans un second temps, l'insatisfaction face au rapport à l'emploi sera mise

en relation avec un ensemble de facteurs socio-environnementaux connus comme pouvant être liés à la symptomatologie dépressive postnatale, et qui constituent une mesure du contexte de vie des nouvelles mères.

## 2 Méthode

### 2.1 Population, échantillon et mode de collecte des données

Cette étude, effectuée auprès de femmes au sixième mois postnatal, a été développée dans le cadre d'un projet de recherche plus large portant sur la santé des femmes dans l'année qui suit l'accouchement (Séguin, Goulet, & Saurel-Cubizolles, 1995). Toutefois, pour les fins des analyses portant sur la satisfaction face au rapport entretenu avec le marché de l'emploi, deux groupes de femmes ont été ciblés : celles occupant une activité professionnelle, soit ayant réinséré le marché de l'emploi avant que leur enfant n'atteigne l'âge de six mois, et celles n'ayant, à cette même période, gardé aucun lien avec le marché du travail, soit qui se définissent comme « mère au foyer ».

Les données de cette recherche ont été recueillies dans quatre hôpitaux de la grande région montréalaise (Maisonnette-Rosemont, Notre-Dame et Sacré-Coeur sur l'île de Montréal et Cité de la santé, à Laval) entre le 10 avril et le 23 octobre 1996. Les participantes (n : 616) ont été interviewées par des agentes de recherche dans ces hôpitaux au cours des premiers jours suivant la naissance. Quatre-vingt pour cent (80%) des femmes abordées ont accepté de répondre au questionnaire. Les répondantes devaient être en mesure de comprendre et d'écrire le français. L'étude ne portant pas sur ces conditions particulières, les mères adolescentes (moins de 18 ans) ainsi que les mères ayant donné naissance à des jumeaux, étaient exclues de l'étude. Les femmes ayant accouché d'un enfant mort-né ou dont le bébé est décédé au cours de l'étude ont également été exclues.

Parmi les participantes interviewées à l'hôpital, 78,9% (n : 486) ont répondu à un questionnaire postal qui leur a été envoyé six mois plus tard. L'analyse des données d'entrevue a mis en évidence certaines différences entre les profils des répondantes et des nonrépondantes. Ces dernières se sont révélées moins scolarisées, plus souvent célibataires, plus souvent nées hors du Canada et ayant, en

plus grande proportion, un revenu sous le seuil de pauvreté. Toutefois leur état de santé physique et psychologique durant la grossesse et à la naissance s'est révélé comparable à celui des répondantes.

Trente-neuf (39) répondantes au questionnaire postal ont été exclues des analyses car leur rapport à l'emploi ne correspondait pas aux catégories à l'étude. Il s'agit des étudiantes (n:19), des femmes en congé de maladie (n:3) des contractuelles non-travailleuses indiquant vouloir reprendre le travail dans les mois qui suivent (n : 8) et des travailleuses en disponibilité (n: 9). L'échantillon final est donc de 447 femmes.

## 2.2 Instruments de mesure

Cinq variables ont été créées pour mesurer les concepts au cœur de notre questionnement. Il s'agit d'une mesure de la symptomatologie dépressive, d'une mesure du rapport à l'emploi, d'une mesure de la satisfaction face à ce rapport à l'emploi, et de deux mesures touchant à l'attitude des femmes concernant la présence à la maison et l'activité professionnelle.

### *Symptomatologie dépressive*

La symptomatologie dépressive postnatale a été mesurée à l'aide de la version française de La symptomatologie dépressive postnatale a été mesurée à l'aide de la version française de l'échelle CES-D (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*) (Radloff, 1977) validée par Fuhrer et Rouillon (Fuhrer & Rouillon, 1989). L'échelle comprend 20 items décrivant des symptômes liés à la dépression. La répondante doit indiquer si, au cours de la semaine précédente, elle a présenté ces symptômes très rarement, occasionnellement, assez souvent ou fréquemment (tout le temps). Chaque réponse est cotée de 0 à 3, le score total pouvant alors se situer entre 0 et 60. La version originale de l'échelle CES-D a fait l'objet de nombreux travaux de validation par l'équipe initiale entre 1973 et 1977. Depuis, elle a largement été utilisée aux Etats-Unis et ailleurs dans le monde. Cette échelle a été conçue pour mesurer la présence de symptômes dépressifs dans la population générale, mais s'est révélée valide pour usage à la période postnatale (Collins et al., 1993; Leathers et al., 1997; Neter et al., 1995). La version française a également fait l'objet de validation. Le coefficient alfa de Cronbach rapporté par les auteurs de cette version est de 0,85. L'instrument a été

comparé à l'échelle MADRS et au diagnostic de médecins d'après les critères utilisés pour l'épisode dépressif majeur selon le DSM-III. En utilisant un seuil de 23 pour les femmes, les auteurs rapportent une sensibilité de 0,76 et une spécificité de 0,71 (Fuhrer & Rouillon, 1989). Le score a été traité en continu afin de mettre en lumière toute l'étendue des problèmes dépressifs en termes de gravité. Pour cette raison, l'expression « symptômes dépressifs postnataux » (et non « dépression postnatale ») est utilisée dans cet article.

### *Rapport à l'emploi*

Le rapport à l'emploi a fait l'objet d'une variable en 4 catégories comprenant (1) les femmes ayant repris le travail (2) les femmes en congé (congé parental ou vacances)(3) les femmes se décrivant comme « au foyer » et (4) les femmes indiquant être à la recherche d'un emploi.

### *Insatisfaction face au rapport à l'emploi*

La variable d'insatisfaction face à la situation d'emploi a été conçue de façon à mesurer le désir, exprimé par les femmes, d'être dans une situation différente de la leur. Pour les travailleuses ayant repris le travail, il s'agit du désir de rester à la maison, alors que pour les non travailleuses (femmes « au foyer »), il s'agit du désir d'occuper un emploi. Cette variable a été mesurée à partir des réponses à la question suivante : « actuellement, êtes-vous dans la situation de travail que vous souhaitez ? ». Pour les travailleuses, quatre choix de réponse étaient proposés : (1) « oui », (2) « non, nombre d'heures insuffisant » (3) « non, nombre d'heures trop élevé » (4) « non, je préférerais ne pas travailler » (5) « non, autre(s) raison(s) ». Seules les femmes ayant coché la quatrième réponse ont été considérées comme insatisfaites. Les choix de réponse « 2 », « 3 » et « 5 » dénotent également une insatisfaction, mais qui n'est pas du même ordre. En effet, ces femmes peuvent ne pas être satisfaites de leurs conditions de travail ou de leurs horaires, mais elles souhaitent rester actives sur le marché de l'emploi. Pour les non-travailleuses (femmes au foyer), la question était formulée ainsi : « êtes-vous dans la situation que vous souhaitez ? » Trois choix de réponse étaient proposés : (1) « oui » (2) « non, je voudrais travailler à temps partiel » et (3) « non, je voudrais travailler à temps plein ». Les femmes ayant répondu 2 ou 3 ont été considérées comme insatisfaites, puisque, dans les deux cas, elles souhaitaient être actives sur le marché de l'emploi.

### *Attitude face au travail et à la maternité*

L'attitude exprimée par les femmes concernant le travail et la présence à la maison, a été mesurée à partir de deux questions provenant de l'échelle de Hock (Hock, Gnezda, & McBride, 1984). L'échelle de Hock a été créée pour mesurer une attitude ou orientation générale concernant d'une part l'emploi rémunéré, et d'autre part le fait de rester à la maison (« Home/employment orientation scale »). Cette échelle comprend cinq énoncés sur lesquels la répondante doit donner un degré d'accord (tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt en désaccord, tout à fait en désaccord). Deux variables ont été créées à partir des énoncés suivants : « si j'avais à choisir entre le travail à temps plein et le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison » et « ma vie serait incomplète sans un emploi ». Les femmes indiquant être « tout à fait » ou « plutôt » d'accord ont été considérées comme ayant une orientation correspondant à l'énoncé, soit selon le cas, favorable au séjour à la maison ou attirées par l'activité professionnelle. Comme l'attitude face à l'emploi et au séjour à la maison a été mesurée à partir de deux énoncés distincts, les réponses à l'un n'affectaient en aucun cas celles données à l'autre. Les femmes pouvaient ainsi exprimer une attitude favorable ou défavorable aux deux énoncés.

### *Autres variables retenues*

Afin d'être en mesure d'isoler l'effet de la variable de satisfaction sur la présence de symptômes dépressifs, nous avons choisi de retenir, pour les analyses multivariées, douze (12) facteurs socio-environnementaux. Ces facteurs ont été choisis en fonction de leur relation potentielle, d'après les écrits, avec la symptomatologie dépressive postnatale. Ils peuvent être classés en deux grandes catégories : les caractéristiques des nouvelles mères et les caractéristiques de leur environnement. Leur mesure est présentée en détail ci-dessous.

#### CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES

- *Niveau de scolarité*

Une variable en trois catégories, correspondant à un niveau de scolarité secondaire, collégial et universitaire, a été créée à partir des réponses à une question portant sur le dernier diplôme complété, posée au moment de l'accouchement.



- *Âge*

L'âge de la répondante a été traité en continu. Les femmes mineures étant exclues de l'étude, il varie entre 18 et 43 ans.

- *Perception de l'état de santé physique actuel*

La perception de l'état de santé physique de la mère a été mesurée d'après les réponses à l'indice de santé globale utilisé par Santé-Québec (Bellerose, Lavallée, Chénard, & Levasseur, 1995). Deux catégories ont été créées, l'une englobant les femmes se percevant en excellente, très bonne et bonne santé, et l'autre, les femmes percevant leur santé comme étant moyenne ou mauvaise.

- *Désir de grossesse*

Une variable mesurant le désir de grossesse a été créée à partir des réponses fournies par la répondante lors de l'entrevue à l'hôpital. La grossesse était considérée comme non-désirée lorsque la répondante indiquait que l'enfant n'était pas voulu, ou voulu plus tard, au moment de l'annonce de la grossesse.

#### CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT

- *Revenu familial*

Une question posée en postpartum immédiat a servi à former une variable à trois niveaux classant le revenu familial dans les catégories suivantes: « très faible revenu » (60% du seuil de pauvreté défini par statistique Canada. « faible revenu » (sous le seuil de pauvreté) et « revenu égal ou plus élevé que le seuil de pauvreté ».

- *Nombre d'enfants*

Les réponses à une question posée au en postpartum immédiat a permis de classer les femmes en trois catégories, soit: (1) mère d'un enfant, (2) mère de deux enfants et (3) mère de trois enfants ou plus.

- *Présence d'un conjoint*

La présence de conjoint a fait l'objet d'une variable dichotomique, déterminée, à six mois, d'après les réponses à deux questions : « avez-vous un conjoint, un chum ou un ami stable ? » et « vivez-vous avec lui ? ». Une réponse positive à ces deux questions détermine la présence de conjoint.

- *Soutien social : nombre de personnes dans le réseau de soutien*

Le nombre de personnes dans le réseau de soutien a été mesuré à l'aide des réponses à une version française de l'Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) de Barrera (1981). Cette version de l'instrument a été traduite et validée par Lepage (1984). Cinq questions étaient posées pour mesurer le nombre de personnes perçues par la répondante comme étant susceptible de l'aider en cas de besoin . Les questions portaient sur des besoins d'aide instrumentale, émotive, informative, approbative et récréative. Le nombre total de personnes indiquées dans les réponses à ces cinq questions (une même personne ne pouvant être comptée deux fois) a permis de créer une variable continue mesurant le nombre de personnes dans le réseau de soutien. Ce nombre varie entre 1 et 24.

- *Soutien social : manque d'aide lors d'un besoin ressenti au cours des deux dernières semaines*

Une mesure de manque d'aide lors d'un besoin ressenti a été développée par L. Séguin et C. Bouchard en s'inspirant de la version française de l'échelle ASSIS de Barrera (Barrera, 1981; Lepage, 1984). A la suite de chacune des cinq questions de l'échelle ASSIS les répondantes devaient indiquer si, au cours des deux semaines précédentes, elles avaient ressenti un besoin d'aide. Dans l'éventualité d'une réponse positive, les répondantes devaient indiquer s'il leur était arrivé de ne trouver personne pour répondre au besoin ressenti. Les répondantes ont été considérées comme manquant d'aide lorsqu'elles ont répondu qu'elles avaient eu besoin d'aide mais qu'elles n'avaient trouvé personne pour répondre à ce besoin. La variable continue a été créée par l'addition des réponses aux cinq questions. Cette variable varie donc entre 0 (n'a pas eu besoin d'aide, ou a manqué d'aide mais n'a jamais répondu « je n'ai trouvé personne ») et 5 (a manqué de cinq types d'aide et a répondu « je n'ai trouvé personne » pour ces cinq types d'aide).

- *Stresseurs : présence de facteurs de stress depuis l'accouchement*

Le questionnaire comportait la liste de stresseurs suivants : problèmes de santé du conjoint, des enfants ou d'un proche, problèmes d'argent, problèmes liés au logement, problème au travail ou à celui du conjoint, séparation, divorce ou décès d'un proche. Après analyses préliminaires, nous avons choisi de créer une variable dichotomique à partir des réponses à ces questions. La répondante a été identifiée comme vivant un stress lorsque, depuis l'accouchement, au moins un de ces stresseurs avait été présent et qualifié d'important.

- *Stresseurs : nombre de personnes avec qui la répondante est en conflits*

Le nombre de personnes avec qui la répondante est en conflits a été calculé à partir de la réponse à la question suivante : « parmi les gens de votre entourage, quelles personnes vous dérangent, vous agacent, vous mettent à l'envers, font que vous vous sentez pire (mal, triste, agressive) après les avoir vues ou leur avoir parlé ? ». Cette question est tirée de la version française de l'échelle ASSIS (Barrera, 1981) qui a été traduite et validée par Lepage (Lepage, 1984). Cette variable varie entre 1 et 5.

- *Stresseurs : perception de l'état de santé du nourrisson*

La perception de la santé du nourrisson a été mesurée par la question suivante : « depuis sa sortie de l'hôpital, après votre accouchement, diriez-vous que la santé de votre bébé a été... ». Nous avons regroupé les réponses « excellente, très bonne et bonne » et « moyenne et mauvaise ».

## 2.3 Analyses statistiques

Rappelons que les analyses statistiques ont été effectuées dans le but d'offrir des pistes de réponses aux deux questions suivantes : d'une part celle du rôle joué par l'insatisfaction (le fait de souhaiter être dans une autre situation) dans la relation entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, et, d'autre part, à celle des facteurs associés à cette insatisfaction. Nous avons exploré, afin de répondre à la seconde question, les liens unissant l'insatisfaction à l'attitude générale exprimée concernant l'activité professionnelle et la présence maternelle auprès des enfants,

ainsi qu'à un ensemble de facteurs socio-environnementaux, indicateurs du contexte de vie des nouvelles mères.

*Rôle de l'insatisfaction face à la situation dans la relation entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs*

Dans le cadre des analyses multivariées portant sur l'insatisfaction, seules les travailleuses ayant repris l'activité professionnelle (n : 142) et les femmes se définissant comme « au foyer » (n : 112) ont été retenues (n total pour ces analyses : 254) . En effet, la notion s'appliquait difficilement à la situation, temporaire, des femmes en congé parental. Cette notion s'appliquait, de même, difficilement au groupe des femmes à la recherche d'un emploi. La recherche d'un emploi est rarement présentée comme une situation souhaitable, étant par définition le résultat d'un désir de travailler chez une personne sans emploi. L'échantillon, pour les analyses multivariées, est donc composé de 254 femmes. Les femmes en congé parental (n 163) et celles à la recherche d'un emploi (n :30) ont été retenues pour les analyses descriptives portant sur la symptomatologie dépressive et l'attitude face au travail et à la maternité. Pour ces analyses, la taille de l'échantillon atteint donc 447 participantes.

Deux possibilités ont été explorées concernant le rôle pouvant être joué par l'insatisfaction dans la relation unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et la présence de symptômes dépressifs. La première est celle d'une relation indépendante : l'insatisfaction pourrait affecter l'état de santé psychologique quel que soit le rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi. La seconde possibilité est celle d'une relation interactive entre l'insatisfaction et le rapport à l'emploi sur les symptômes dépressifs postnataux. En effet, l'insatisfaction pourrait avoir un effet différent pour les travailleuses et les non-travailleuses. Une régression linéaire multiple (méthode stepwise backward) a permis de tester ces deux possibilités. L'ajout de termes d'interaction<sup>24</sup> dans cette régression a permis de mettre en lumière la présence d'un lien interactif.

---

<sup>24</sup> Les termes d'interaction sont créés mathématiquement en multipliant le score ou l'indicateur (soit 0 ou 1 pour les variables catégorielles) des deux variables (variable « satisfaction » • « emploi ») soupçonnées d'interagir sur la variable dépendante (« dépression »). Ces variables d'interaction, si elles sont significatives dans le modèle, révèlent la présence d'un effet qui varie en fonction du niveau d'une des variables (par exemple l'effet de la variable « satisfaction » sur la variable « dépression » varie en fonction du niveau de la variable « emploi »).

La relation directe entre la satisfaction et les symptômes dépressifs a été mesurée par des anovas, effectués chez les travailleuses ayant repris le travail et les femmes au foyer. La possibilité d'une relation interactive entre l'insatisfaction et le rapport à l'emploi a également été explorée par une analyse de variance, comprenant cette fois un terme d'interaction. Enfin, la relation indépendante, soit en tenant compte de la présence d'autres variables, entre l'insatisfaction et la présence de symptômes dépressifs a été mesurée par une régression multiple (méthode stepwise backward), dans laquelle a été inséré un terme d'interaction entre la satisfaction et le rapport à l'emploi.

### *Facteurs associés à l'insatisfaction*

L'insatisfaction a été mise en relation avec la situation des femmes concernant l'emploi, l'attitude face au travail et à la maternité, et les douze variables reconnues comme pouvant avoir une influence sur la symptomatologie dépressive postnatale. Des analyses bivariées (anovas, tests du Chi-deux et ratios de cotes) ont permis de mettre en lumière les liens directs entre la l'insatisfaction et ces variables dans chacune des deux catégories d'emploi faisant l'objet d'analyse.

## **3 Résultats**

### 3.1 Description de l'échantillon

L'échantillon comporte un éventail intéressant tant sur le plan des caractéristiques personnelles des nouvelles mères que sur celui de leur environnement. Ces caractéristiques sont présentées au tableau 14. On y retrouve une proportion semblable de femmes ayant un niveau d'étude secondaire, collégial et universitaire, mais la proportion de femmes peu scolarisée est légèrement plus élevée dans le sous-échantillon composé des travailleuses et des femmes au foyer. Les femmes sont âgées, en moyenne, de 28 ans, et leur santé est généralement perçue comme étant bonne. Un peu plus du quart des répondantes ont indiqué que leur grossesse n'était pas désirée au moment de la conception.

Les caractéristiques de l'environnement des nouvelles mères présentent également d'importantes variations. Trente pour cent (30 %) des répondantes vivent sous le seuil de pauvreté, cette proportion atteignant 37% dans le sous-échantillon. L'échantillon comporte une majorité de primipares mais un

peu plus de 20% des femmes du sous-échantillon sont mères de trois enfants ou plus. Près de 9% vivent sans conjoint. L'étendue moyenne du réseau de soutien est de 7 personnes mais les femmes ont tout de même indiqué avoir manqué, en moyenne, d'un des cinq types d'aide au cours des deux dernières semaines. Les événements source de stress sont courants : 40% des femmes ont indiqué avoir souffert de stress importants et les conflits ne sont pas rares (en moyenne une personne). La santé du bébé reste cependant rarement une source d'inquiétude.

L'état de santé psychologique des femmes de notre échantillon s'est révélé conforme à ce qui était attendu à la lumière des résultats d'études ayant porté sur les symptômes dépressifs postnataux. Le score moyen à l'échelle de symptomatologie dépressive CES-D est de 12,56 (11,66 – 13,45) pour l'ensemble, et de 13,1 (11,84 – 14,30) pour l'échantillon composé des travailleuses et des femmes au foyer. A titre indicatif, rapportons qu'un score égal ou supérieur à 16 est généralement considéré comme l'indice d'un problème dépressif requérant l'attention des intervenants sociaux et médicaux.

#### *Rapport des mères à l'emploi*

Les caractéristiques des participantes, concernant le rapport entretenu avec le marché du travail, se rapprochent de la situation vécue par l'ensemble des canadiennes à cette période de la vie (Marshall, 1999). Plus du tiers (36,5%, n : 165) étaient en congé (congé parental ou vacances) au moment où elles ont rempli le questionnaire, mais une proportion tout de même importante des répondantes (31,8%, n : 142) avaient déjà repris le travail. Un quart de l'échantillon est composé de femmes se décrivant comme au foyer (n : 112). Enfin, près de 7 % (n : 30) étaient à la recherche d'un emploi.

### *Insatisfaction face au rapport à l'emploi*

Nous avons demandé aux travailleuses et aux femmes au foyer d'indiquer si leur situation actuelle correspond à celle qu'elles ont souhaitée (« êtes-vous dans la situation que vous souhaitez ? »). Plus du quart des femmes au foyer (28,6%, n : 32) ont répondu « non » à cette question, indiquant souhaiter être actives sur le marché du travail (« non, je voudrais travailler à temps partiel », « non, je voudrais travailler à temps plein »). La très grande majorité (n : 26) souhaiteraient occuper un emploi à temps partiel, seulement 6 femmes indiquant préférer occuper un emploi à temps plein.

Seulement 22 travailleuses (15,5%) ont indiqué souhaiter ne pas être actives, à cette période de leur vie, sur le marché de l'emploi (réponse « non, je préférerais ne pas travailler »). Un nombre presque identique (n : 21, 14,8%) souhaiteraient cependant réduire leurs heures de travail (réponse « non, nombre d'heures trop élevé »). Huit femmes ont indiqué que le nombre d'heures travaillées leur paraissait insuffisant.

### *Attitude face à l'activité professionnelle et à la présence maternelle auprès des enfants*

Rappelons que deux variables ont été créées afin de mesurer l'attitude ou l'orientation générale des mères concernant la présence à la maison et l'activité professionnelle. La première mesure l'intensité de l'orientation vers la présence à la maison, par le degré d'accord donné à la proposition « si j'avais à choisir entre le travail à temps plein et le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison ». Les résultats, présentés au tableau 15, indiquent qu'une très grande majorité des répondantes, toutes situations d'emploi confondues, ont exprimé leur accord face à cette proposition. Près de 50% (48,5) d'entre elles sont « tout à fait d'accord » et plus du quart (26%) sont « plutôt d'accord » avec l'énoncé. Alors que dans les faits, une majorité des femmes sont actives sur le marché de l'emploi dans l'année qui suit l'accouchement, à peine 20% des femmes se sont dit « plutôt en désaccord » avec cette proposition et seules 5,8% ont exprimé un désaccord clair (tout à fait en désaccord »).

L'intensité de l'orientation vers l'activité professionnelle a été mesurée par la seconde variable, « attitude-emploi » qui décrit le niveau d'accord des femmes avec la proposition « ma vie serait incomplète sans un emploi ». Les avis sont plus partagés au sujet de cette proposition: 53,2% des

femmes ont indiqué être en accord avec cet énoncé, une majorité (34,2%) présentant toutefois un degré d'accord modéré (« plutôt d'accord »). Le désaccord demeure fréquent, mais encore une fois modéré : 30% des femmes sont « plutôt en désaccord » alors qu'un peu plus de 15% sont tout à fait en désaccord.

Le degré d'accord avec l'une des propositions ne correspond pas nécessairement à un désaccord pour l'autre : il est intéressant de noter que près de 30% (29,8%, n : 133) des femmes ont exprimé leur accord avec les deux propositions. Seulement 9 (2%) femmes, toutefois, étaient en désaccord avec les deux énoncés.

### *Congruence attitude-situation*

Nous avons mis l'attitude exprimée par les travailleuses et par les femmes au foyer en relation avec le rapport réel qu'elles entretiennent au marché de l'emploi, afin de mettre en lumière la présence d'une non-congruence « attitude-situation ». Nous pouvons constater (voir tableau 16) que l'attitude concernant la présence à la maison et l'activité professionnelle est liée à la situation d'emploi ( $\chi^2$   $p < 0.001$  dans les deux cas). On retrouve cependant une proportion importante de femmes ayant une attitude qui ne correspond pas à leur situation.

Ainsi, parmi les femmes ayant repris le travail, une majorité (66,2 %, n : 94) se déclare en accord avec la proposition « si j'avais à choisir [...], je préférerais rester à la maison ». Plus du tiers des travailleuses (35,9%, n : 51) ont indiqué être en désaccord avec la proposition « ma vie serait incomplète sans un emploi ». Les femmes au foyer, par contre, ont une attitude généralement plus congruente avec leur situation. Elles adhèrent en très forte proportion à la proposition « si j'avais à choisir [...], je préférerais rester à la maison » (92,9%, n : 104). Trente et un pour cent (31,3% n : 35) des femmes de ce groupe ont toutefois indiqué être en accord avec la proposition « emploi », signe d'une certaine non-congruence.

### 3.2 Rôle de l'insatisfaction dans la relation entre le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs

Dans la population formée des travailleuses ayant repris le travail et des femmes au foyer, on ne retrouve pas de différence significative sur le plan des symptômes dépressifs en fonction du rapport des mères à l'emploi. Les femmes au foyer présentent cependant un score légèrement plus élevé à l'échelle de symptômes dépressifs que les travailleuses.

Les résultats des analyses bivariées, présentés au tableau 17, démontrent la présence d'une relation significative entre l'insatisfaction et le score moyen à l'échelle de symptômes dépressifs ( $p < 0,0001$ ). Cependant, lorsque l'analyse est effectuée dans le groupe des travailleuses uniquement, la différence de score moyen entre les femmes souhaitant cesser leur activité professionnelle et les autres, quoique présente, n'atteint pas le seuil de signification (12,48 pour les satisfaites et 15,13 pour les insatisfaites)<sup>25</sup>. Chez les femmes au foyer, la différence de score moyen varie de façon très importante en fonction de l'insatisfaction exprimée ( $p < 0,0001$ ). Le score moyen des femmes préférant travailler (20,06) atteint dans ce groupe près du double de celui des femmes satisfaites de rester à la maison (10,59).

#### Analyse multivariée

L'analyse multivariée a permis de voir si la relation observée entre l'insatisfaction face à la situation d'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale restait significative en présence des facteurs socio-environnementaux connus comme étant liés à cette symptomatologie. Il s'agissait, en d'autres termes, de voir si l'insatisfaction avait un impact quelles que soient les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement, et indépendamment de celles-ci. Cette analyse permettait également de révéler la présence d'une relation interactive entre la satisfaction et le rapport à l'emploi sur la symptomatologie dépressive.

Le modèle final, présenté au tableau 18, comporte six variables pour un  $r^2$  ajusté de 0,303. La variable d'interaction entre le rapport à l'emploi et l'insatisfaction face à cette situation est



significative dans ce modèle. L'insatisfaction est liée à une hausse plus importante du score moyen à l'échelle de dépression chez les femmes au foyer que chez les travailleuses. Le niveau de scolarité de la répondante, une mesure de soutien social (manque d'aide lors d'un besoin ressenti) et deux mesures de stress (nombre d'événements source de stress et nombre de personnes en conflits) se sont également révélées significativement liées à la symptomatologie dépressive postnatale.

### 3.3 Facteurs associés à l'insatisfaction

#### *Insatisfaction et attitude face à l'activité professionnelle et à la présence à la maison*

L'insatisfaction face au rapport à l'emploi, chez les travailleuses et les femmes au foyer, est-elle liée à l'attitude qu'elles expriment face au travail et à la maternité ? Les résultats des analyses, présentés au tableau 19, dénotent la présence d'une relation certaine entre l'insatisfaction et l'attitude. Cependant, l'attitude ne permet d'expliquer qu'une partie de l'insatisfaction exprimée.

Ainsi, chez les travailleuses, la totalité des femmes insatisfaites, soit celles qui expriment le désir de cesser leur activité professionnelle se sont déclarées en accord avec la proposition « si j'avais à choisir... je resterais à la maison ». Cependant, une proportion importante (60,0%, n : 72) des femmes satisfaites de leur rapport à l'emploi, donc désirant rester au travail, étaient tout de même en accord avec cette proposition valorisant le séjour à la maison. De la même façon, si la très grande majorité des travailleuses souhaitant rester à la maison (insatisfaites) sont en désaccord avec la proposition « ma vie serait incomplète sans un emploi », la majorité des travailleuses en désaccord avec cette proposition ne souhaite pas, malgré tout, cesser d'exercer leur activité professionnelle.

La relation entre l'attitude et l'insatisfaction est légèrement différente chez les femmes au foyer. Elle révèle cependant également la présence d'une association partielle entre ces deux facteurs. En effet, une grande majorité des femmes insatisfaites (soit indiquant préférer occuper un emploi) ont une attitude malgré tout favorable à la présence à la maison (en accord avec la proposition « si j'avais à choisir... je préférerais rester à la maison »). De même, un peu plus de la moitié des femmes au foyer

---

<sup>25</sup> Cette différence n'est toujours pas significative lorsque sont incluse dans le groupe des insatisfaites les femmes souhaitant réduire le nombre d'heures effectuées (les scores moyens étant, respectivement, 12,27 et 14,32).

souhaitant occuper un emploi ont indiqué être en désaccord avec la proposition « ma vie serait incomplète sans un emploi ».

### *Insatisfaction, caractéristiques et contexte de vie des nouvelles mères*

Une dernière série d'analyses bivariées a été effectuée dans le but de mettre en relation l'insatisfaction face à la situation et d'autres variables reconnues dans les écrits comme pouvant être associées à la symptomatologie dépressive postnatale (voir tableau 20). Les résultats révèlent que peu de caractéristiques des nouvelles mères ou de leur environnement sont associées de façon significative à l'insatisfaction. Il n'a pas été possible, pour cette raison, d'effectuer d'analyse multivariée.

Chez les travailleuses, seule la présence de facteurs de stress est liée au désir de cesser l'activité professionnelle (insatisfaction). Chez les femmes au foyer, outre ces événements de vie, le manque de soutien social (nombre de types d'aide manqué) est également lié au désir d'occuper un emploi (insatisfaction). Le revenu familial est également très près du seuil de signification retenu ( $p=0.053$ ).

## **4 Discussion**

Dans cet article, nous avons tenté, d'une part, de mettre en lumière le rôle joué par l'insatisfaction face au rapport à l'emploi sur la symptomatologie dépressive des nouvelles mères, et d'autre part, de faire une exploration des facteurs pouvant être à l'origine de cette insatisfaction.

Les outils avec lesquels nous avons cherché à atteindre ces objectifs présentent des limites qui nous portent à être prudente dans l'interprétation que nous pouvons faire des résultats obtenus. Le caractère non-probabiliste de l'échantillon restreint en partie, comme pour toutes les études effectuées sur des volontaires, la généralisabilité des résultats. Cependant, les limites de cette étude sont surtout liées aux instruments de mesure utilisés. En effet, les questions portant sur l'attitude face au travail et à la maternité, tout comme celle portant sur l'insatisfaction des femmes concernant leur situation d'emploi, ne proviennent pas d'instruments ayant fait l'objet d'étude de validité. Pour

cette raison, il est important, en interprétant les données, de garder en tête les questions posées lorsque nous faisons référence aux concepts d'attitude et d'insatisfaction.

Malgré ces limites, les analyses effectuées permettent de révéler un ensemble d'associations susceptibles d'éclairer en partie les conséquences de l'insatisfaction face au rapport à l'emploi sur la symptomatologie dépressive, ainsi que que certains éléments pouvant en être à l'origine. Les résultats révèlent tout d'abord que les femmes insatisfaites du rapport qu'elles entretiennent au marché de l'emploi ont un risque beaucoup plus élevé de présenter des symptômes dépressifs six mois après la naissance d'un enfant que les femmes indiquant être satisfaites de ce rapport. Cette donnée, qui corrobore ce que d'autres auteurs ont pu constater (Olson & DiBrigida, 1994; Romito et al., 1999), est l'indice d'un impact probable de l'insatisfaction sur le développement de symptômes dépressifs à la période postnatale. Le devis de cette étude étant de nature corrélationnelle, il n'est pas possible d'affirmer avec certitude que l'association retrouvée ne soit pas liée à une influence des symptômes dépressifs sur l'état de satisfaction des nouvelles mères. L'établissement de liens causals sans équivoque se révèle d'ailleurs toujours difficile dans les études portant sur l'être humain. Un devis longitudinal aurait permis de révéler le moment d'apparition des symptômes dépressifs, mais l'insatisfaction demeure, du moins pour les travailleuses, une donnée devant être traitée de façon ponctuelle à cette période de transition que constitue le sixième mois postnatal. A notre avis, la réciprocity des liens entre l'insatisfaction et la symptomatologie dépressive est des plus probable : la symptomatologie dépressive peut susciter de l'insatisfaction chez les nouvelles mères, mais l'insatisfaction paraît également fort susceptible de mener au développement de symptômes dépressifs.

Outre les liens étroits entre l'insatisfaction face au rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, les résultats de cette étude révèlent la présence d'une relation interactive entre l'insatisfaction et le rapport à l'emploi : l'insatisfaction est liée à un score de symptomatologie dépressive significativement plus élevé chez les femmes au foyer que chez les travailleuses. Il est intéressant de constater que les femmes au foyer qui sont satisfaites de leur situation constituent le groupe présentant le score moyen le plus faible à l'échelle de symptomatologie dépressive. Par contre, l'insatisfaction semble être liée aux symptômes dépressifs d'une façon nettement plus marquée chez les femmes au foyer que chez les travailleuses. Rester à la maison en souhaitant

travailler serait-il plus difficile, à six mois postnatal, que de travailler tout en souhaitant quitter son emploi ? Il semble que oui, et d'autres auteurs ont déjà révélé une telle tendance (Brannen & Moss, 1991; Hock & DeMeis, 1990). Dans l'état actuel des connaissances, nous ne pouvons que lancer des hypothèses concernant l'origine de cet impact différencié de l'insatisfaction. Toutefois, à la lumière des études ayant porté sur les relations entre l'emploi et la santé, il apparaît probable que certains bénéfices liés au travail rémunéré puisse limiter l'impact négatif de l'insatisfaction pour les mères travailleuses. Le séjour au foyer est souvent vécu dans l'isolement, et les tâches des femmes à la maison, perçues comme répétitives et peu gratifiantes (Doyal, 1995; McVeigh, 1997; Rosenberg, 1993). Lorsque ce séjour résulte d'une contrainte, les difficultés qui y sont associées pourraient être doublement pénibles pour les nouvelles mères. Ce résultat soulève l'importance de s'intéresser au caractère intentionnel du séjour au foyer. Des études sociologiques ont déjà révélé que le statut de femme au foyer pouvait résulter d'une impossibilité d'accéder au marché du travail (Dandurand & Ouellette, 1992; Pascual, Haynes, Galperin, & Bornstein, 1995; Walzer, 1997). Ces femmes au foyer seraient alors plutôt des chômeuses dont la situation ne permet pas de chercher activement un emploi. Dans cette étude, comme dans une autre étude récente (Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel, & Lelong, 2000), les femmes à la recherche d'un emploi se sont révélées avoir un taux particulièrement élevé de symptômes dépressifs. L'accès au travail, lorsque celui-ci est désiré, semble donc déterminant pour la santé psychologique des femmes, même au cours de l'année qui suit la naissance d'un enfant.

Puisque l'insatisfaction peut jouer un rôle dans le développement de symptômes dépressifs postnataux, il apparaît important de comprendre l'origine de cette appréciation, par les nouvelles mères du rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi. D'autres études seront nécessaires pour atteindre cet objectif, mais les résultats que nous avons obtenus soulèvent des pistes de réponse qu'il nous paraît intéressant de souligner. La première de ces pistes concerne la nature des liens unissant l'insatisfaction des mères à l'attitude qu'elles expriment face au travail et à la maternité. Rappelons que deux modèles avaient été envisagés concernant les liens unissant l'attitude face au travail et à la maternité, le rapport des mères à l'emploi et l'insatisfaction face à ce rapport (voir figures 1 et 2). Bien que l'insatisfaction soit liée à l'attitude, les résultats indiquent que cette satisfaction est loin d'être déterminée dans sa totalité par l'attitude face au travail et à la maternité. Les limites des instruments utilisés restreignent en partie la portée des conclusions que nous

pouvons tirer sur le plan des concepts d'attitude et de satisfaction. Cependant, nous demeurons à même de constater que les réponses données à des questions étant de l'ordre de l'idéal (« si j'avais à choisir... je préférerais ») se sont révélées très souvent différentes des réponses concernant l'appréciation directe de la situation vécue. La situation révélée par les données est paradoxale. D'une part, l'attitude des mères, toutes situations confondues, est très fortement favorable au séjour à la maison. D'autre part, les femmes se trouvant dans cette situation, soit les femmes au foyer, sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses à souhaiter modifier leur rapport à l'emploi. De plus, celles qui expriment ce souhait présentent un taux particulièrement élevé de symptômes dépressifs. Ces résultats tendent à indiquer que des liens indirects, comme ceux proposés à la figure 2, pourraient caractériser la relation entre l'attitude et l'insatisfaction.

D'autres études, effectuées au Québec, au Canada et aux États-Unis, ont constaté la prédominance d'un discours favorable au séjour des mères, ou à tout le moins d'un des deux parents, auprès des jeunes enfants durant la journée (Bridges & Etaugh, 1995; Descarries & Corbeil, 1995; Ghalam, 1997). Il n'est donc pas surprenant de constater que les nouvelles mères participant à cette étude, qu'elles soient ou non actives professionnellement, expriment une attitude généralement concordante avec ce discours. Ce qui est plus étonnant est le faible taux d'insatisfaction exprimé par les femmes dont la situation ne correspond pas à cet idéal, et le taux relativement élevé d'insatisfaction parmi les femmes se trouvant dans cette situation. Ce résultat tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle l'attitude pourrait être liée à la vision sociale dominante du rôle de mère, et ne pas toujours correspondre à la situation souhaitée (voir figure 2). Clairement, le désir des mères d'occuper ou non un travail rémunéré est lié à d'autres facteurs que la seule attitude face au travail et à la maternité.

Si les liens partiels entre l'attitude et l'insatisfaction sont l'indice d'une certaine influence du contexte de vie des nouvelles mères sur l'appréciation qu'elles font de leur rapport à l'emploi, les résultats mitigés des associations entre l'insatisfaction et les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement révèlent toutefois le caractère complexe des situations menant à l'insatisfaction. On retrouve une certaine tendance vers une association, chez les femmes au foyer, entre des conditions de vie difficile (stresseurs, manque de soutien, faible revenu) et un désir d'accéder au marché de l'emploi. Un manque de puissance statistique pourrait expliquer en partie le

fait que les liens observés n'atteignent pas le seuil de signification choisi. Cependant, des mesures beaucoup plus fines seront nécessaires à la compréhension de l'origine de l'insatisfaction. Ces résultats indiquent, à notre avis, que la perception qu'ont les nouvelles mères des difficultés et des bénéfices associés à leur situation pourrait être très indirectement liée à des mesures « objectives » comme le revenu familial ou la présence de stressseurs.

L'insatisfaction des nouvelles mères concernant le rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi est un facteur important pour la compréhension des liens unissant le rapport des mères à l'emploi. Il se révèle particulièrement éclairant dans le cas des femmes au foyer, en permettant de distinguer celles dont la situation est subie comme une contrainte, et qui semblent souffrir plus que les autres de cette situation. A la lumière de ces résultats, il apparaît important de remettre en question la vision selon laquelle l'appréciation des nouvelles mères face à leur rapport à l'emploi n'est déterminée que par une vision individuelle de la maternité. Le désir d'occuper ou non un travail rémunéré paraît fort susceptible d'être l'indice des difficultés liées à la situation vécue par les nouvelles mères.

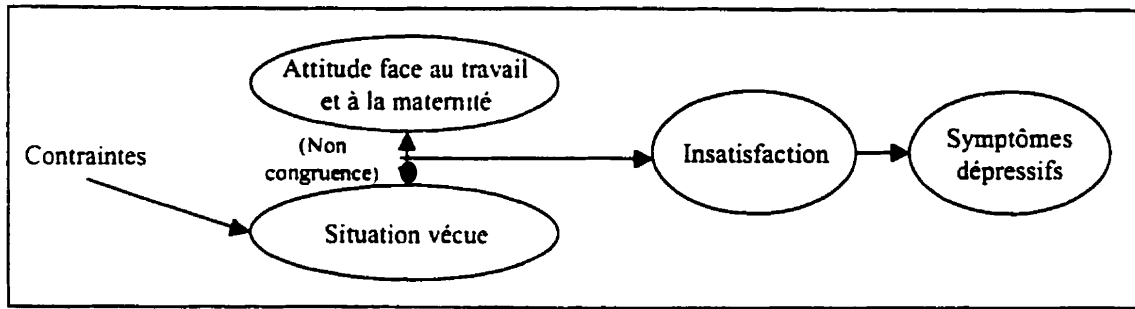


FIGURE 1 : ATTITUDE, INSATISFACTION ET DEPRESSION : MODELE HABITUEL

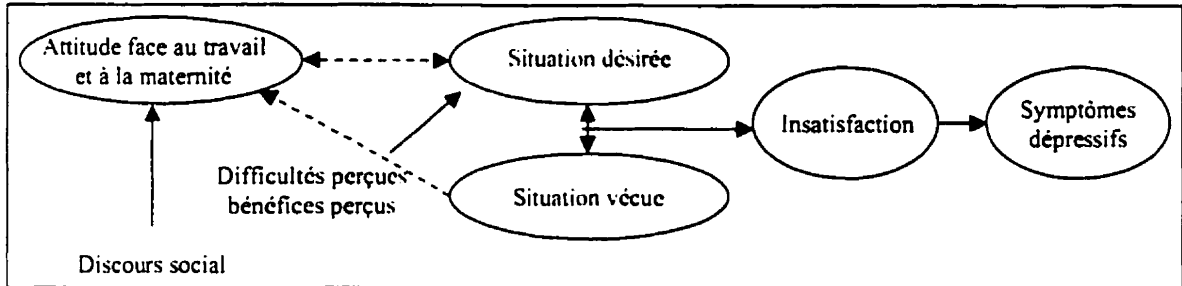


FIGURE 2 : ATTITUDE, INSATISFACTION ET DEPRESSION : MODELE PROPOSE

TABLEAU I : CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES ET DE LEUR ENVIRONNEMENT IMMÉDIAT

	Ensemble de l'échantillon : (N : 447)		Sous échantillon (n : 254)	
	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>RAPPORT À L'EMPLOI</b>				
Travailleuses en congé	163	36,5		
Travailleuses ayant repris le travail	142	31,8	142	55,9
Femmes au foyer	112	25,1	112	44,1
Femmes à la recherche d'un emploi	30	6,7		
<b>CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES</b>				
<i>Niveau de scolarité</i>				
Universitaire	130	29,1	71	28,0
Collégial	168	37,6	81	31,9
Secondaire	149	33,3	102	40,2
<i>Perception de l'état de santé physique</i>				
Excellente, très bonne ou bonne	396	88,6	220	86,6
Moyenne ou mauvaise	51	11,4	34	13,4
<i>Désir de grossesse</i>				
Désirée	335	74,9	186	73,2
Non-désirée ou voulue plus tard	112	25,1	68	26,8
Âge moyen :	28,7 ans (écart-type : 4,95)		28,3 ans (écart-type : 5,16)	
<b>CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT</b>				
<i>Revenu familial</i>				
Revenu égal ou plus élevé que le seuil de pauvreté	307	69,3	155	61,0
Revenu sous le seuil de pauvreté	76	17,2	49	19,3
60% du seuil de pauvreté	60	13,5	47	18,5
<i>Nombre d'enfants (parité)</i>				
Un enfant	206	46,1	104	40,9
Deux enfants	170	38,0	97	38,2
Trois enfants ou plus	71	15,9	53	20,9
<i>Présence d'un conjoint</i>				
Vivent avec conjoint	407	91,1	227	89,4
Vivent sans conjoint	40	8,9	27	10,6
<i>Soutien social</i>				
Nb. moy. de pers. dans le réseau de soutien :		7,3 (écart-type : 3,38)	7,2	(3,47)
Nb. moy. de type d'aide manqué lors d'un besoin ressenti :		1,2 (écart-type : 1,49)	1,3	(1,56)
<i>Stresseurs</i>				
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	264	59,1	151	59,4
Événements de vie source de stress importants	183	40,9	103	40,6
Nourrison en excellente, très bonne ou bonne santé	429	96,0	240	94,5
Santé moyenne ou mauvaise	18	4,0	14	5,5
Nombre moyen de personnes en conflits :		1,0 (écart-type : 1,08)	1,1	(1,1)



TABLEAU 2 : ATTITUDE FACE AU TRAVAIL ET À LA MATERNITÉ

(Ensemble des répondantes)  
(n : 447)

	tout à fait d'accord	plutôt d'accord	plutôt en désaccord	tout à fait en désaccord
« Si j'avais à choisir entre le travail à temps plein et le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison » :	48,5 %	26,0 %	19,7 %	5,8 %
« Ma vie serait incomplète sans un emploi » :	19,0 %	34,2 %	30,6 %	16,1 %

TABLEAU 3 : CONGRUENCE ATTITUDE –SITUATION

(Travailleuses et femmes au foyer (n : 254) )

« Si j'avais à choisir entre le travail à temps plein et le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison »

	Accord /	Désaccord
Travailleuses :	66,2 %	33,8 %
Femmes au foyer :	92,9 %	7,1 %
		$\chi^2= 25,89$ $p < 0,0001$

« Ma vie serait incomplète sans un emploi »

	Accord /	Désaccord
Travailleuses :	64,1 %	35,9 %
Femmes au foyer :	31,3 %	68,8 %
		$\chi^2= 27,00$ $p < 0,0001$

TABLEAU 4 : INSATISFACTION, RAPPORT A L'EMPLOI ET SYMPTOMES DEPRESSIFS

## ANOVA

(n = 254)	Score moyen (écart-type)	p
<u>Rapport à l'emploi</u>		0,751
Travailleuses ayant repris le travail (n=142)	12,89 (10,01)	
Femmes au foyer (n=112)	13,29 ( 9,90)	
<u>Insatisfaction</u> (travailleuses et femmes au foyer)		<0.0001
Satisfaites (n=200)	11,72 ( 9,02)	
Insatisfaites (n=54)	18,05 (11,59)	
(Parmi les travailleuses)		0,255
Satisfaites (n=120)	12,48 ( 9,62)	
Insatisfaites (n=22)	15,13 ( 9,02)	
(Parmi les femmes au foyer)		<0.0001
Satisfaites (n=80)	10,59 ( 7,75)	
Insatisfaites (n=32)	20,06 (11,12)	

TABLEAU 5 : MODÈLE MULTIVARIÉ : EFFET DE L'INSATISFACTION ET DES FACTEURS SOCIO-ENVIRONNEMENTAUX SUR LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS POSTNATAUX

R<sup>2</sup> ajusté = 0.303

Variable (N = 254)	b	se(b)	p	
Rapport à l'emploi				
Femmes au foyer travailleuses	-2,66	1,21	0,028	vs
Interaction entre le rapport à l'emploi et la satisfaction face à ce rapport	5,89	1,79	0,001	
Niveau de scolarité				
Niveau secondaire et moins vs niveau collégial ou universitaire	3,32	1,12	0,003	
Manque d'aide lors d'un besoin ressenti	2,05	0,35	<0,0001	
Présence de stressseurs				
Au moins un stressseur important vs aucun stressseur important	4,33	1,13	<0,0001	
Nombre de personnes en conflits	1,13	0,49	0,021	
(Insatisfaction face au rapport à l'emploi)				
Insatisfaite vs Satisfaite	0,14	0,176	0,860	

TABLEAU 6 : INSATISFACTION ET ATTITUDE FACE AU TRAVAIL ET À LA MATERNITÉ

Travailleuses

« Si j'avais à choisir entre le travail à temps plein et le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison »

	Accord	/	Désaccord	
Satisfaites :	60,0 % (72)		40,0 % (48)	
Insatisfaites : (préfère ne pas travailler)	100,0 % (22)			$\chi^2= 13,29$ $p < 0,0001$

« Ma vie serait incomplète sans un emploi »

	Accord	/	Désaccord	
Satisfaites :	74,2 % (89)		25,8 % (31)	
Insatisfaites : (préfère ne pas travailler)	9,1 % (2)		90,9 % (20)	$\chi^2= 34,20$ $p < 0,0001$

Femmes au foyer

« Si j'avais à choisir entre le travail à temps plein et le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison »

	Accord	/	Désaccord	
Satisfaites :	97,5 % (78)		2,5 % (2)	
Insatisfaites : (préfère travailler)	81,3 % (26)		18,8 % (6)	$\chi^2= 9,10$ $p= 0,003$

« Ma vie serait incomplète sans un emploi »

	Accord	/	Désaccord	
Satisfaites :	25,0 % (20)		75,0 % (60)	
Insatisfaites : (préfère travailler)	46,9 % (15)		51,1 % (17)	$\chi^2= 5,09$ $p= 0,024$

Tableau 7 : FACTEURS LIÉS À L'INSATISFACTION

**Travailleuses**

	<i>Femmes insatisfaites</i>	<i>Ratio de cotes (IC à 95%)</i>
<u>Stresseurs</u>		
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	10,0 %	3,00 (1,18 – 7,62) <sup>26</sup>
Stresseurs importants	25,0 %	

**Femmes au foyer**

	<i>Femmes insatisfaites</i>	<i>Ratio de cotes (IC à 95%)</i>
<u>Stresseurs</u>		
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	14,8 %	4,75 (1,93 – 11,64) <sup>27</sup>
Stresseurs importants	45,1 %	

	<i>Nombre moyen de types d'aide manqué (é-t)</i>	<i>p</i>
<u>Nombre de types d'aide manqué</u>		
Insatisfaites	1,97 (2,02)	0,049
Satisfaites	1,26 (1,54)	
		$\chi^2$ <i>p</i>
<u>Revenu familial</u>		
Sup. ou égal au seuil de pauvreté	16,3 %	5,87    0,053
Sous le seuil	37,0 %	
60% du seuil	38,5 %	

<sup>26</sup> Risque d'être insatisfaites chez les femme ayant vécu un événement source de stress vs chez celles n'ayant pas vécu d'événement stressant.

<sup>27</sup> Risque d'être insatisfaite chez les femme ayant vécu un événement source de stress vs chez celles n'ayant pas vécu d'événement stressant.

### ABSTRACT

The aim of this paper is to explore the role played by the satisfaction women express concerning their employment status, on postpartum depressive symptoms six months after childbirth. An analysis was also performed to understand the origin of the expressed satisfaction by exploring the relationship between the satisfaction variable and a variable of attitude, measuring how much new mothers value their presence at home and at work. The answers of one hundred and forty two workers, and one hundred and twelve homemakers, to a postal questionnaire, were analysed. Results show that while few working mothers wish to leave the labour market, more than one fourth of homemakers would rather be working. Being not satisfied with one's employment status was strongly linked with depressive symptoms, especially in the homemaker group. The origin of satisfaction remains unclear, but it seems that the attitude expressed by women concerning work and their presence at home with the new-born child explains only a part of it. In fact, the majority of women who said they were not satisfied with their employment status still had an attitude that fits their situation. These results tend to indicate that the origin of satisfaction could be more complex than the sole question of individual attitude. Women could be unsatisfied because their situation does not allow them to fulfil their needs, and not because it doesn't fit with the attitude they express.

## 5 Références

- Aston, A., & Lavery, J. (1993). The health of women in paid employment: Effect of quality of work role, social support and cynicism in psychological well-being. *Women & Health, 20*(3), 1-25.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIIe - XXe siècle)*. Paris: Flammarion.
- Bagedahl-Strindlund, M., & Monsen Borjesson, K. (1998). Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand, 98*(4), 272-5.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assesment issues. In B. H. Gotlib (Ed.), *Social Network and Social Support* . Beverly Hills: Sage Publ.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res, 45*(5), 297-303.
- Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., & Levasseur, M. (Eds.). (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rappor de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord, 46*(1), 39-49.
- Brannen, J., & Moss, P. (1991). *Managing mothers: Dual earner households after maternity leave*. London: Unwin Hyman.
- Bridges, J. S., & Etaugh, C. (1995). College students' perceptions of mothers : Effect of maternal employment-Childrearing pattern and motive for employment. *Sex Roles, 32*(11-12), 735-751.
- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol, 65*(6), 1243-58.
- Dandurand, R. B.-D. , & Ouellette, F.-R. (1992). Travail des mères, garde des enfants et soutien de l'entourage dans trois quartiers Montréalais. In R. B.-D. Dandurand & F. Descarries (Eds.), *Mères et travailleuses: de l'exception à la règle* (pp. 129-162). Québec: IQRC.
- Descarries, F., & Corbeil, C. (1995). *Travail et vie familiale: une difficile articulation pour les mères en emploi*. Montréal: UQAM.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick ? Gender and the political economy of health*. New Brunswick NJ: Rutger University Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Beleif, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatry & Psychobiology, 4*, 163-166.
- Ghalam, N. Z. (1997). Attitude à l'égard des femmes, du travail et de la famille. *Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, automne 1997*.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *J Fam Pract, 38*(5), 465-72.
- Glangeaud-Freudanthal, N. (1999). Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France. *Devenir, 11*(2), 53-64.



- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Hibbard, J. H., & Pope, C. R. (1992). Women's employment, Social support and mortality. *Women & Health, 18*, 119-133.
- Hock, E., & DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants : The role of maternal employment. *Developmental Psychology, 26*(2), 285-291.
- Hock, E., Gnezda, M. T., & McBride, S. L. (1984). Mothers of infants : Attitudes toward employment and motherhood following birth of the first child. *Journal of Marriage and the family, (May)*, 425-431.
- Knibiehler, Y. (1997). *La révolution maternelle. Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris: Perrin.
- Leathers, S. J., Kelley, M. A., & Richman, J. A. (1997). Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work, and support. *J Nerv Ment Dis, 185*(3), 129-39.
- Lepage, L. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Unpublished M.Sc. Thesis, Université de Montréal, Montréal.
- Margolis, M. (1993). Putting mothers on the pedestal. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 120-134). Toronto: Oxford University Press.
- Marshall, K. (1999). L'emploi après la naissance d'un enfant. *Perspective, Statistique Canada, 11*(20-29).
- Martikainen, P. (1995). Women's employment, marriage, motherhood and mortality: A test of the multiple role and role accumulation hypotheses. *Social Science & Medicine, 40*, 199-212.
- McVeigh, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *Clinical Nursing Research, 6*(4), 335-348.
- Neter, E., Collins, N. L., Lobel, M., & Dunkel-Schetter, C. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health, 1*(1), 51-75.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*, 37-54.
- Olson, A. L., & DiBrigida, L. A. (1994). Depressive symptoms and work role satisfaction in mothers of toddlers. *Pediatrics, 94*, 363-367.
- Pascual, L., Haynes, O. M., Galperin, C. G., & Bornstein, M. H. (1995). Psychosocial determinants of whether and how much new mothers work. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 26*(3), 314-330.
- Pugliesi, K. (1992). Women and mental health: Two traditions of feminist research. *Women & Health, 19*, 43-68.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Repetti, R. L., A., M. K., & I., W. (1989). Employment and women's health: Effects of employment on women's mental and physical health. *American Psychologist, 44*, 1394-1401.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M. J., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy : psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine, 49*, 1651-1661.
- Rosenberg, H. (1993). Motherwork, stress and depression: The costs of privatized social reproduction. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 245-256). Toronto: Oxford University Press.

- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health ? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 230-243.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Ancel, P. Y., & Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *J Epidemiol Community Health*, 54(3), 185-91.
- Séguin, L., Goulet, L., & Saurel-Cubizolles, M. J. (1995). *Santé des femmes dans l'année après une naissance et emploi (Protocole de recherche )*.
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health*, 29(1), 57-72.
- Sorensen, G., & Verbrugge, L. M. (1987). Women, work and health. *American Review of Public Health*, 8, 235-251.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*, 186(7), 420-4.
- Waldron, I., & Herold, J. (1986). Employment, attitudes toward employment , and women's health. *Women & Health*, 11(1), 79-98.
- Walzer, S. (1997). Contextualizing the employment decisions of new mothers. *Qualitative Sociology*, 20(2), 211-227.
- Weatherhall, R., Joshi, H., & Macran, S. (1994). Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Social Science & Medicine*, 38, 285-297.
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringer, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154(6), 785-799.

## DISCUSSION

---

Dans les trois articles qui précèdent, nous avons exploré les liens unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et les symptômes dépressifs, six mois après la naissance d'un enfant. L'originalité de notre démarche est d'avoir cherché à mettre en lumière le contexte dans lequel prend place la situation des mères concernant l'emploi. Selon la perspective que nous avons choisi d'adopter, le rapport à l'emploi n'est pas le fruit d'une décision indépendante du contexte, mais est au contraire lié aux caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat, lesquels prendraient racine dans un contexte social plus global. Notre démarche consiste donc à révéler les liens unissant le rapport à l'emploi aux caractéristiques et à l'environnement immédiat des nouvelles mères. Les liens observés, parce qu'ils nous permettent de brosser un portrait des situations vécues par les mères en fonction du rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi, nous permettent d'approfondir notre compréhension de la relation complexe unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale.

Notre exploration a été effectuée en trois étapes, au cours desquelles ont été abordés des aspects différents du contexte de vie et des caractéristiques des nouvelles mères. La démarche, toutefois, était la même : l'élément ou les éléments faisant l'objet de recherche étaient mis en lien, d'une part, avec le rapport des nouvelles mères à l'emploi, et d'autre part, avec la symptomatologie dépressive postnatale, toujours dans le but d'éclairer la relation entre ces deux facteurs.

La première étape, présentée dans l'article « Unravelling the complexities [...] », a permis de mettre en lien le rapport des mères à l'emploi avec les caractéristiques et l'environnement immédiat des nouvelles mères qui constituent les facteurs de risque les plus souvent retrouvés dans les écrits portant sur la dépression postnatale. Nous avons vu que le rapport des nouvelles mères à l'emploi est lié de près à plusieurs de ces facteurs de risque. Les mères en congé, et dans une moindre mesure les mères travailleuses, ont des caractéristiques et un environnement favorables à leur santé psychologique, alors que les « femmes au foyer » et celles qui sont à la recherche d'un emploi, se retrouvent plus souvent dans une situation pouvant mener au développement de symptômes dépressifs.

Dans la seconde étape, un élément précis du contexte de vie des nouvelles mères a fait l'objet d'attention : le partage, entre les conjoints, des tâches domestiques et des soins au nourrisson. Les résultats, présentés dans l'article « Partage des tâches domestiques et rapport à l'emploi [...] », démontrent qu'un partage inégalitaire est associé à la présence de symptômes dépressifs chez les nouvelles mères. Cette relation se révèle présente chez toutes les catégories de femmes, qu'elles travaillent ou non à l'extérieur de la maison. Toutefois, les mères travailleuses pourraient être moins susceptibles de vivre une situation de partage inégalitaire puisque le séjour à la maison, au cours des mois suivant une naissance, semble limiter la participation du conjoint à ces tâches domestiques et aux soins à donner aux enfants.

Enfin, dans la troisième étape, présentée dans l'article « Insatisfaction face à l'emploi [...] » nous avons centré notre exploration sur des aspects d'ordre plus perceptuel pouvant intervenir dans la relation entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. Il s'agit de l'insatisfaction face à la situation d'emploi, et de l'attitude des mères face au travail et à la maternité. Cette exploration nous a permis de constater que peu de travailleuses souhaitent quitter le marché de l'emploi alors que près du tiers des femmes se décrivant comme « au foyer » souhaiteraient travailler. L'insatisfaction face à la situation d'emploi s'est révélée fortement liée à la symptomatologie dépressive, en particulier dans le groupe des femmes au foyer. L'origine de cette insatisfaction demeure complexe, mais nous savons que l'attitude exprimée par les femmes concernant le travail et la présence maternelle auprès du petit enfant ne permet de l'expliquer qu'en partie. En effet, la majorité des femmes insatisfaites de leur situation ont malgré tout une attitude favorable à cette situation. Les résultats nous mettent sur la piste d'une origine plus complexe, pour l'insatisfaction, que la seule attitude. Ainsi, les femmes pourraient être insatisfaites de leur situation parce qu'elles perçoivent celle-ci comme ne leur permettant pas de répondre à leurs besoins, et non parce qu'elle ne correspond pas à l'attitude qu'elles adoptent.

## **1 Validité des résultats**

Avant de nous pencher sur l'interprétation que nous pouvons faire de ces résultats à la lumière du cadre conceptuel adopté, il est nécessaire de nous attarder sur les contraintes et limites de cette recherche qui pourraient réduire leur portée.

## 1.1 Validité des résultats obtenus

La première question qui se pose touche à la validité des résultats que nous avons obtenus. Les liens observés correspondent-ils à une situation réelle ou sont-ils causés par la présence d'erreurs ou de biais ? En nous attardant aux biais dits de « validité interne », nous serons en mesure d'envisager les limites de l'interprétation que nous pouvons faire des résultats obtenus.

### *Validité des instruments de mesure*

La mesure n'est jamais parfaite et, dans un contexte de recherche sur des facteurs socio-environnementaux, la validité des instruments de mesure peut soulever des questionnements auxquels les résultats de nombreuses thèses permettraient à peine de répondre. Selon McDowell et Newell (Mc Dowell & Newell, 1987), la validité d'un instrument est liée à sa capacité de s'approcher du « vrai » concept qui est mesuré. Les concepts faisant l'objet de mesure dans cette recherche, à commencer par la symptomatologie dépressive postnatale, ont presque tous la particularité d'être le sujet de débat concernant même leur seule définition. Ainsi, pour savoir si notre mesure s'approche du « vrai » concept de symptomatologie dépressive postnatale, il faudrait d'abord avoir accès à ce vrai concept, ce qui n'est pas une mince affaire... La question de savoir même s'il est possible de donner une définition unique à ce phénomène, indépendante de la perception des personnes qui le vivent, peut tout à fait se poser.

Nous avons tenté, dans le premier chapitre, de définir au mieux le concept de symptomatologie dépressive, qui est au cœur de la présente recherche. Nous avons choisi de parler de symptômes dépressifs plutôt que de dépression postnatale, ce qui correspondait selon nous à ce que mesurait l'instrument retenu, soit l'échelle CES-D (Radloff, 1977). Toutefois, la question de la validité demeure pour ce concept comme pour plusieurs autres, qu'il s'agisse du rapport des mères à l'emploi, du partage des tâches ou de l'insatisfaction face à la situation d'emploi. Ces concepts ne font pas l'objet de définitions consensuelles, et il est nécessaire de se rapporter directement à l'instrument, le questionnaire, pour saisir de la façon la plus précise possible ce qui est mesuré. Dans son livre sur la naissance du premier enfant, Patrizia Romito paraphrasait Gould (1981 cité dans (Romito, 1990)) pour conclure de façon ironique que « comme l'intelligence est ce qui est mesuré par les tests de Q.I., ainsi la dépression est ce qui est mesuré par les échelles de dépression »

((Romito, 1990) : 63). Nous pourrions nous aussi utiliser cette paraphrase à propos de plusieurs des concepts faisant l'objet de cette étude. Ainsi, quelle que soit la définition que nous choisissons de donner au concept de « femme au foyer », il n'en reste pas moins que, dans cette étude, ce concept correspond avant tout au fait d'avoir coché la réponse « femme au foyer » à la question de la situation d'emploi à six mois postnatal.

L'objectif visé par cette argumentation n'est pas de minimiser l'importance d'atteindre une mesure valide des concepts faisant l'objet de recherche. Nous souhaitons simplement mettre en perspective la question de la validité dans le cas de mesures portant sur des concepts dont la définition demeure controversée. Nous sommes consciente des limites des mesures utilisées, qui ont été développées, rappelons-le, dans le cadre plus large d'une recherche portant sur la santé des femmes après la naissance (Séguin, Goulet, & Saurel-Cubizolles, 1995). Afin d'éviter des erreurs d'interprétation liées à la validité de ces mesures, nous tenterons de rester prudente et de garder à l'esprit les questions auxquelles les femmes ont répondu.

#### *Directionnalité des liens*

La nature corrélationnelle du devis rend très difficile l'établissement d'une directionnalité pour les liens mesurés. Par exemple, en découvrant une association entre l'état de satisfaction des femmes face à leur situation d'emploi et la présence de symptômes dépressifs, il apparaît difficile de savoir si l'insatisfaction est à l'origine des symptômes ou si le lien est plutôt dans le sens inverse. La « relation causale ambiguë » constitue une limite du devis choisi, mais correspond selon nous au caractère complexe des relations considérées et à la diversité de leurs manifestations. Nous essayons, par un ensemble de méthodes et de mesures, de séparer la cause de la conséquence et certains devis permettent mieux que d'autres d'atteindre cet objectif. Cependant, le caractère bidirectionnel des liens demeure selon nous des plus plausible dans de nombreux cas : l'insatisfaction et les symptômes dépressifs, s'ils sont présents en même temps, ont toutes les chances de s'influencer mutuellement.

Afin de saisir le mieux possible les liens mesurés, nous avons choisi d'envisager la relation dans les deux directions. Dans certains cas, l'interprétation la plus plausible permettait de proposer un sens

pour la relation. Toutefois, la bi-directionnalité demeure une hypothèse retenue pour plusieurs des liens mesurés.

### *La sélection et la mémoire des participantes*

L'échantillon a été sélectionné sur une base volontaire. Il est donc possible que certaines caractéristiques des participantes, dans un groupe, ne soient pas équivalentes à celles retrouvées dans un autre groupe. Nous pourrions avoir recruté, par exemple, un groupe de femmes à la recherche d'un emploi particulièrement déprimées, et un groupe de femmes en congé se portant mieux que la moyenne. Aucun argument logique ne nous permet cependant de postuler que les volontaires recrutées dans chacun des groupes pourraient présenter des caractéristiques particulières. L'une des façons de se rassurer sur la validité des résultats obtenus est de regarder s'ils correspondent à ce que d'autres auteurs ont pu constater. Plusieurs de nos résultats confirment d'ailleurs ce que d'autres auteurs ont démontré. Cependant, cette étude étant exploratoire, certains aspects n'avaient que rarement été abordés. Il n'est donc pas possible, dans ce cas, de comparer les résultats avec ceux d'autres auteurs, mais il nous apparaît très important de mettre en lumière ces nouvelles données.

La présence de biais liés à la mémoire des répondantes demeure possible puisque certaines des informations recueillies touchent à des événements survenus dans les semaines précédentes. La volonté de plaire à l'intervieweuse, aux chercheuses ou simplement de paraître conforme aux normes sociales peut également être la source de biais. Nous croyons toutefois que dans ce cas, le caractère anonyme du questionnaire, envoyé par la poste, a limité au minimum la possibilité de tels biais.

Enfin, il est nécessaire de souligner que l'état de santé mentale peut avoir une influence sur la mémoire et la perception qu'ont les femmes de leur situation. Cette constatation nous porte à être très prudente dans l'interprétation que nous pouvons faire des liens observés.



### *Les facteurs de confusion*

Les facteurs pouvant être mis en lien avec la symptomatologie dépressive postnatale sont multiples. Nous n'en avons abordé, dans cette étude, que quelques-uns, car les modèles présentés portent uniquement sur des facteurs socio-environnementaux. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, des facteurs d'ordre psychologique et biologique jouent fort probablement un rôle dans le développement de symptômes dépressifs.

Les problèmes de validité apparaissent lorsque les facteurs non mesurés se distribuent différemment selon les groupes d'intérêt. Si les femmes au foyer, par exemple, avaient tendance à présenter des caractéristiques psychologiques ou physiologiques différentes des travailleuses. Cela paraît peu probable, mais reste une possibilité à envisager.

#### 1.2 Résultats non obtenus

Outre les relations observées, les liens qui n'ont pas pu être établis sont également susceptibles de mener à des conclusions erronées. Il n'est pas toujours simple de démontrer la présence de liens d'autant que la taille de l'échantillon peut faire en sorte de limiter la puissance statistique. En particulier, les relations interactives se révèlent difficiles à démontrer. Dans le cadre d'une étude exploratoire comme celle-ci, les liens n'étaient pas postulés à priori. Cependant, plusieurs relations interactives, qui nous apparaissaient plausibles, ne sont pas apparues dans les résultats.

Afin de limiter les erreurs pouvant être liées à ce phénomène, nous avons cherché à être à l'affût des tendances, même lorsque celles-ci n'atteignaient pas le seuil de signification. Ici encore, c'est sur le plan de l'interprétation qu'il faut être vigilante. L'absence de liens démontrés ne signifie pas nécessairement que le lien ne puisse être présent.

#### 1.3 Validité externe

Jusqu'à quel point les résultats obtenus peuvent-ils être l'objet de généralisations ? Le caractère non aléatoire de l'échantillon fait en sorte de limiter nos possibilités sur ce plan. Les participantes sont

des volontaires et pourraient, par le fait même, présenter des caractéristiques différentes de l'ensemble des femmes que nous souhaitons étudier. Il apparaît possible, par exemple, que les femmes présentant des problèmes particuliers soient plus tentées que les autres par la participation à une étude leur permettant d'exprimer leur souffrance. On pourrait également croire, tout au contraire, que le fait d'avoir un problème de santé, notamment une symptomatologie dépressive, limite l'envie et l'énergie des femmes, nécessaire pour remplir et poster un questionnaire comme celui à la base des données que nous avons analysées.

Comme cette étude s'est insérée dans un projet de recherche plus large portant sur la santé des femmes dans l'année qui suit un accouchement, nous avons la chance de pouvoir faire une certaine évaluation du caractère représentatif de notre échantillon. En effet, l'étude générale comportait trois temps de collecte, dont une première effectuée par un entretien face à face, à l'hôpital, dans les jours suivant une naissance<sup>28</sup>. Comme les données que nous avons analysées proviennent de la seconde collecte, il a été possible de comparer les profils des répondantes avec ceux des non répondantes. Ces comparaisons nous indiquent que ni l'état de santé physique, ni l'état de santé psychologique<sup>29</sup> des non répondantes mesurés lors de l'entrevue en postpartum ne paraît significativement différent de celui des femmes qui nous ont fait parvenir le second questionnaire. On retrouve cependant des différences sur le plan du profil socio-économique. Les femmes pauvres, celles ayant une faible éducation, les immigrantes (nées à l'extérieur du Canada), ainsi que les mères célibataires ont répondu moins fréquemment. Ces caractéristiques se sont révélées, dans les analyses, être généralement corrélées<sup>30</sup>. Les non répondantes avaient moins souvent travaillé durant la grossesse, ce qui correspond à la constatation que nous avons pu faire des caractéristiques des non travailleuses.

Les caractéristiques des non répondantes correspondent clairement à un profil s'étant révélé « à risque » pour la symptomatologie dépressive postnatale. Nous sommes donc en droit de penser que la fréquence moyenne de symptômes dépressifs, retrouvée dans notre étude, sous-estime la réalité, sans toutefois que l'association entre les caractéristiques des mères et la symptomatologie

---

<sup>28</sup> Voir le chapitre 3, méthodologie, pour plus de détails concernant la collecte des données.

<sup>29</sup> Une question posée dans les jours suivant la naissance nous a permis de faire une certaine évaluation de la santé mentale des répondantes durant la grossesse.

dépressive ne soit biaisée. En effet, comme nous l'avons vu, les non répondantes sont comparables aux répondantes en ce qui concerne l'état de santé psychologique durant la grossesse.

Outre le profil des non répondantes, le choix du lieu de collecte pourrait également être à l'origine de problèmes de non représentativité. Rappelons que les données ont été recueillies, dans un premier temps, dans quatre hôpitaux de la grande région montréalaise. Nous avons souligné que les bassins de population desservis par ces hôpitaux nous permettaient d'avoir accès à un échantillon varié, notamment sur le plan du statut socio-économique des répondantes. Il est toutefois à noter que la région montréalaise, bien qu'elle couvre dans ce cas, grâce au bassin desservi par l'hôpital Cité de la Santé, certaines zones rurales, peut ne pas être représentative de l'ensemble du Québec.

Notons, en terminant cette section sur la représentativité de l'échantillon, que les données ne peuvent être généralisées que dans les limites imposées par les choix que nous avons effectués sur le plan de l'analyse des données. En choisissant de nous centrer sur quatre catégories de rapport à l'emploi, soit les mères travailleuses ayant repris le travail, celles en congé, les « femmes au foyer » et les femmes à la recherche d'un emploi, nous avons choisi de réserver nos résultats à ces seuls groupes de femmes. La situation des contractuelles prévoyant être embauchées de nouveau à contrat dans les semaines suivant la collecte des données, par exemple, n'a pas été étudiée. Pour cette raison, les conclusions que nous pouvons tirer des analyses ne peuvent en aucun cas s'appliquer à ces groupes de travailleuses. Rappelons enfin que les analyses effectuées dans le second article, sur le partage des tâches ménagères, sont limitées aux femmes vivant avec un conjoint, alors que celles du troisième article, portant sur la satisfaction face à la situation d'emploi, sont limitées aux travailleuses ayant repris leur activité, et aux femmes au foyer.

#### 1.4 Limites

A la fin d'une étude, nous sommes toujours à même de constater les limites du travail effectué. Dans cette recherche, plusieurs aspects intéressants et très certainement pertinents n'ont pu être abordés, suite aux contraintes normales de temps et de budget inhérentes à toute entreprise de ce genre.

---

<sup>30</sup> Voir tableau de corrélation, en annexe.

Cependant, cette étude ayant un caractère exploratoire, nous avons soulevé peut-être plus de questions que nous n'avons donné de réponses, ce qui nous amène à regretter particulièrement certains aspects n'ayant pas été abordés.

### *Les limites du sujet*

Nous avons choisi de centrer cette recherche autour du rapport, entretenu par les mères, au marché de l'emploi. En faisant ce choix, nous avons limité notre questionnement à des groupes de femmes qui peuvent n'être que très peu homogènes. Le groupe des travailleuses ayant repris le travail, notamment, a été traité comme un tout, sans que nous ayons abordé divers aspects liés aux conditions de travail des mères qui pourraient avoir une influence sur la symptomatologie dépressive. Le niveau d'éducation, qui a fait l'objet d'analyse, permet de faire une certaine approximation du type de travail auquel peuvent avoir accès ces mères travailleuses. Ne pas avoir pris en compte les conditions de travail constitue néanmoins une limite de notre étude et pourrait expliquer en partie le caractère parfois légèrement ambigu des résultats obtenus dans ce groupe de femmes<sup>31</sup>.

Ce choix de regarder les femmes sous l'angle du rapport, ponctuel, entretenu au marché de l'emploi peu paraître étonnant. Il a rarement été fait, et c'est pour cette raison que nous l'avons privilégié. Depuis plusieurs années, des auteures québécoises se sont intéressées aux conditions de travail des travailleuses (voir, entre autres, Guyon, 1996; Malenfant, 1993; Messing, Seifert, & Elabidi, 1999). Le « non travail », toutefois, a souvent été traité en bloc, comme une situation uniforme : les femmes sont à la maison durant la journée. Cette étude met en lumière les différences importantes pouvant exister entre différents types de non travailleuses. Le groupe de femmes ayant le moins de problèmes psychologiques et celui en ayant le plus (les femmes en congé et celles à la recherche d'un emploi) constituent deux groupes de femmes n'exerçant pas, au moment de l'étude, d'activité professionnelle. Plusieurs non travailleuses constituent clairement des groupes « à risque » pour la

---

<sup>31</sup> Nous faisons référence, ici, au fait que le groupe des travailleuses ne présente pas de différence significative en terme de symptomatologie dépressive, de celui des femmes en congé lorsque la totalité de l'échantillon est analysé (dans le premier article), alors que cette différence se révèle significative dans le cas des femmes vivant avec un conjoint (second article).

symptomatologie dépressive postnatale, ce qui justifie notre choix d'avoir visé à mieux comprendre leur situation.

Outre les conditions de travail, d'autres aspects, que nous avons choisi de ne pas aborder, pourraient avoir apporté des informations intéressantes. Nous avons justifié, dans le premier chapitre, notre choix de ne pas aborder les aspects psychologiques et physiologiques de la symptomatologie dépressive postnatale. Cependant, il a également été nécessaire d'effectuer certains choix parmi les facteurs socio-environnementaux pouvant être retenus dans cette étude. Ces choix ont été effectués sur la base des associations prévues, non seulement avec la symptomatologie dépressive postnatale, mais également avec le rapport des mères à l'emploi. Ainsi, les interventions médicales effectuées lors de l'accouchement, qui constituent un facteur d'ordre socio-environnemental ayant été mis en relation avec la symptomatologie dépressive postnatale, n'ont pas été retenues parce qu'il nous apparaissait peu probable que ce facteur puisse être en lien avec le rapport que les mères entretiendront avec le marché de l'emploi six mois après l'accouchement. De façon générale, le choix des facteurs retenus nous a paru suffisant pour mener à bien notre démarche d'exploration des liens unissant le rapport à l'emploi à la symptomatologie dépressive. Une exception, toutefois, se doit d'être notée : l'absence d'une mesure de la violence conjugale. En effet, des écrits ont mis en relation le statut de « femmes au foyer » avec un risque accru d'une telle violence (Doyal, 1995; Rosenberg, 1993). La violence ayant une influence certaine sur l'état de santé psychologique, il aurait été intéressant de pouvoir étudier son impact en tant que variable intermédiaire dans cette étude. La violence conjugale est un phénomène fréquent (Guyon, 1996; Saurel-Cubizolles, Blondel, Lelong, & Romito, 1997) qui est trop rarement présent dans les études sur la santé des femmes. Des problèmes liés à l'éthique et à des limites budgétaires ont orienté notre décision de ne pas aborder cette question. Son absence constitue toutefois une limite que nous ne pouvons que regretter.

#### *Les limites des analyses et de la méthode*

Dans cette thèse, nous avons remis en question certains aspects des outils et méthodes du domaine de l'épidémiologie. Nous avons souligné, notamment, les limites liées à l'utilisation de modèles de régression, qui ont pour conséquence de cacher les liens pouvant exister entre les variables dites « indépendantes » dans un modèle. Pourtant, et nous sommes consciente du paradoxe que

constitue cette démarche, nous avons choisi d'utiliser ces mêmes outils pour analyser les données de cette recherche. Deux raisons sont à l'origine de ce choix : d'une part les possibilités que présentent les analyses statistiques de régression multiple, et d'autre part, les limites des autres méthodes d'analyse que nous aurions pu utiliser.

Les problèmes que nous avons soulignés concernant les modèles de régression sont liés, non pas à la méthode en elle-même, mais bien à l'utilisation qui en est faite et à l'interprétation des résultats ainsi obtenus. Selon nous, certains auteurs utilisant des modèles de régression négligent de s'intéresser aux liens unissant les variables indépendantes entre elles, ainsi qu'aux liens existant entre des variables significativement liées à la variable dépendante lors d'analyses bivariées, mais qui « disparaissent » dans un modèle de régression multiple. La régression, nous le savons, favorise la présence de variables « proximales », ou expliquant une plus grande proportion de la variance. Pour cette raison, il apparaît important d'être prudente dans l'interprétation de ces modèles, tout comme dans le choix des variables à y insérer. L'absence d'une relation, dans une régression multiple, ne signifie pas nécessairement que la relation est inexistante. Des méthodes simples, comme celles que nous avons utilisées, soit les analyses bivariées ou le fait d'effectuer d'autres régressions, permettent d'envisager la possibilité de relations plus complexes, comme la présence de liens indirects.

Nous sommes bien consciente que la méthode d'analyse privilégiée dans cette étude ne permet pas d'énoncer de certitudes concernant les modèles à plusieurs niveaux comme la présence d'une relation indirecte entre les variables. Cependant, dans le cadre d'une étude exploratoire comme celle-ci, il nous a paru suffisant d'émettre de telles hypothèses, que d'autres pourront vérifier. Il existe en effet des méthodes statistiques permettant l'établissement de liens indirects. Il s'agit des analyses multidimensionnelles, pouvant être effectuées avec des logiciels tels Lisrel ou EQS (Mueller, 1996). Ces méthodes, qui présentent de nombreux avantages, portent cependant d'importantes contraintes qui ont grandement influencé notre choix de ne pas les utiliser. De telles analyses nécessitent en effet une taille d'échantillon très importante, surtout pour des modèles comportant plus de 10 variables. De plus, elles ont été conçues pour être utilisées sur des variables continues. L'utilisation de telles analyses sur des variables catégorielles nécessite une transformation mathématique des données qui ne devrait être effectuée que sur des variables ordinales (Mueller, 1996). Enfin, ces méthodes sont basées sur une analyse de liens fixés *à priori*, ce

qui paraissait peu pertinent dans le cadre de la démarche d'exploration que nous souhaitons effectuer.

### *Les limites de l'approche quantitative*

Enfin, le dernier aspect des limites de cette recherche que nous souhaitons aborder, touche à la nature quantitative de l'analyse effectuée. Souvent, lorsqu'il est question de découvrir des liens avec une approche inductive, une méthode qualitative est privilégiée. L'approche qualitative offre en effet de nombreuses possibilités pour découvrir des aspects nouveaux d'une problématique. Cependant, nous croyons qu'il est possible de mettre en lumière de nouveaux liens avec des outils quantitatifs, et cette recherche permet, à notre avis, de le démontrer.

Le choix d'une méthode quantitative offre à la fois des avantages et des inconvénients. Avec une telle approche, nous n'avons pas accès au discours des femmes et à leurs perceptions des choses. Nous sommes également limitée, dans notre exploration, aux mesures qui nous étaient disponibles. Ces limites ont restreint certains résultats, par exemple en ce qui concerne l'origine de l'insatisfaction face à la situation d'emploi, à des pistes de réponses qui devront être plus amplement développées. La méthode choisie nous a par contre permis de tracer un portrait global de la situation des femmes en rapport avec l'emploi, et de pouvoir effectuer une certaine généralisation des résultats.

La triangulation des méthodes quantitatives et qualitatives est aujourd'hui reconnue par plusieurs auteurs comme un moyen d'aborder de façon complète une problématique faisant l'objet de recherche. La démarche que nous avons effectuée constitue à notre avis l'une des façons par lesquelles peut être effectuée une telle triangulation puisque nous intégrons une approche inductive à des méthodes quantitatives.

## 2 Interprétation des résultats

### 2.1 La symptomatologie dépressive postnatale

#### 2.1.1 *L'ampleur du problème*

Malgré les limites qui se posent quant à l'interprétation et à la généralisation des données, nous sommes toutefois en mesure de tenter d'évaluer l'ampleur du problème que constitue la symptomatologie dépressive postnatale chez les nouvelles mères québécoises.

Nous avons choisi de traiter la symptomatologie dépressive comme un phénomène de nature continue. Ce choix correspond à la vision que nous adoptons de ce phénomène<sup>32</sup>, ainsi qu'à notre volonté d'aborder toute l'étendue du problème en terme de gravité, plutôt que de concentrer notre analyse sur les cas extrêmes. Cependant, afin de saisir l'ampleur de cette problématique, il demeure logique de s'attarder à la proportion de femmes présentant un score à l'échelle de symptomatologie dépressive qui correspond généralement à un problème pouvant faire l'objet d'un diagnostic, par exemple celui d'épisode dépressif majeur d'après les critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le score moyen obtenu par l'ensemble des femmes de l'échantillon à l'échelle de symptomatologie dépressive CES-D est de 12,6. En utilisant la limite de 16, qui est celle proposée par les auteurs de l'échelle (Radloff, 1977), et retrouvée le plus fréquemment dans les écrits, 29,3% des femmes de l'échantillon présentent un problème dépressif. Si la limite plus sévère de 23, suggérée par les auteures de la version française de l'échelle (Fuhrer & Rouillon, 1989), est retenue, la proportion de femmes souffrant d'un problème dépressif atteint tout de même 15,9%.

Plus d'une nouvelle mère sur quatre, d'après ces données, présenterait donc des symptômes dépressifs importants, et, chez une répondante sur six, ces symptômes seraient particulièrement sévères. Cela paraît beaucoup, et pourtant, ces résultats demeurent comparables à ceux trouvés par d'autres auteurs qui se sont intéressés à la symptomatologie dépressive dans l'année qui suit l'accouchement. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre de la thèse, des différences sur le

---

<sup>32</sup> Voir chapitre I.



plan de la définition et de la mesure de ce phénomène rendent difficile la comparaison entre les études. Cependant, le nombre important d'écrits ayant porté sur ce problème de santé nous permet de mettre en perspective les résultats que nous avons obtenus. La prévalence retrouvée dans les écrits varie généralement entre 10 et 20 %. Les auteurs O'Hara et Swain (O'Hara & Swain, 1996), qui ont effectué une étude méta-analytique basée sur 59 articles, concluent à une prévalence de 13 %. À la lumière de ces résultats, la prévalence révélée dans notre étude peut sembler légèrement supérieure. Il est toutefois important de noter que les études basées sur un questionnaire auto-administré tendent généralement à révéler un taux plus élevé de symptômes que celles où un entretien est privilégié (O'Hara & Swain, 1996). De plus, les auteurs O'Hara et Swain ont remarqué que les études effectuées avec l'échelle CES-D présentaient une prévalence significativement plus élevée que celles où d'autres échelles, notamment la Zung Depression Inventory (Zung, 1965) ou l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), étaient utilisées (O'Hara & Swain, 1996).

La symptomatologie dépressive semble donc, d'après les résultats de notre étude, être un phénomène relativement fréquent chez les nouvelles mères québécoises, six mois après la naissance d'un enfant. La prévalence révélée par cette étude est au moins aussi élevée que celle révélée dans les études américaines et européennes. L'objectif de cette étude n'est pas de nous prononcer quant à la proportion de femmes pouvant recevoir un diagnostic d'épisode dépressif. Cependant, les réponses données à l'échelle de symptomatologie dépressive nous portent à constater la souffrance exprimée par plus d'un quart des nouvelles mères de notre échantillon. Cette souffrance constitue un problème dont il apparaît essentiel, comme société, de se préoccuper.

### *2.1.2 La nature des symptômes dépressifs*

Les résultats de cette étude le confirment : la symptomatologie dépressive postnatale est liée aux caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat. À la lumière de nos résultats, nous sommes en mesure d'avancer que ces caractéristiques socio-environnementales permettent d'expliquer environ 30 % de la variance observée dans les échelles de symptomatologie dépressive postnatale. Avant de nous attarder sur les aspects précis du contexte de vie des nouvelles mères qui se sont révélés liés à la symptomatologie dépressive dans notre étude, il apparaît utile de

nous pencher sur la signification de cette constatation pour la compréhension de la nature de ce phénomène.

La mise en lumière des liens étroits entre les conditions de vie des nouvelles mères et le développement de symptômes dépressifs a amené des auteurs à remettre en question l'approche médicale de ce phénomène qui présente la symptomatologie dépressive postnatale comme pathologique (Mauthner, 1993; Mauthner, 1998; Pugliesi, 1992; Romito, 1990; Romito, 1994; Wetzel, 1994). En effet, est-ce bien surprenant de constater, comme nous le verrons plus en détail dans les pages qui suivent, que les femmes qui se trouvent dans des conditions de vie difficiles, soit sans soutien, subissant des événements source de stress importants, ayant une relation conjugale insatisfaisante, devant assumer seules les tâches domestiques, et vivant dans des conditions de pauvreté, risquent fort de se sentir déprimées ? Selon la vision de ces auteures, les liens retrouvés entre les conditions de vie difficiles des nouvelles mères et les symptômes dépressifs démontrent que ces symptômes constituent non pas les signes d'une maladie, mais bien une réaction de souffrance face à des difficultés bien réelles. Une réaction devant être considérée comme normale, dans les circonstances. Le fait de décrire ces réactions comme les symptômes d'une maladie serait liée à l'image véhiculée par notre société concernant la maternité : celle d'une maternité toujours source de bonheur et d'épanouissement. En effet, si la nature des femmes les porte à être heureuse dans la maternité, les sentiments dépressifs doivent venir d'une déficience physique, d'un problème hormonal, par exemple. La maladie « dépression postnatale » serait alors une construction bien pratique car elle éviterait la remise en question du contexte social dans lequel se vit la maternité, et notamment le fait que les nouvelles mères doivent assumer les soins aux enfants, souvent seules et toujours sans rémunération, dans des conditions difficiles d'isolement, et de faible reconnaissance sociale.

A la lumière des données de notre recherche, les arguments de ces auteures ne peuvent être écartés. Le contexte de vie des nouvelles mères étant lié à la présence de symptômes dépressifs, une perspective restreinte à des facteurs d'ordre biologique se révèle inappropriée pour saisir le phénomène dépressif postnatal. De plus, les résultats démontrent clairement que l'image idéalisée de la maternité en tant que source perpétuelle d'épanouissement est erronée : pour plusieurs nouvelles mères, les mois suivant l'accouchement sont difficiles sur le plan psychologique. Cette image

pourrait d'ailleurs se révéler nocive en étant la source de culpabilité pour les femmes aux prises avec des difficultés. A notre avis, les symptômes dépressifs constituent une réaction à des conditions de vie difficiles, et le contexte de vie des nouvelles mères devrait se trouver au cœur des interventions visant à prévenir ce problème.

Cela dit, force nous est de constater que les aspects contextuels, s'ils jouent un rôle dans le développement des symptômes dépressifs, sont loin d'expliquer ce phénomène dans sa totalité. Certaines femmes, se trouvant dans les conditions pénibles que nous avons décrites, ne développeront pas de symptômes dépressifs. La réaction individuelle aux difficultés peut donc varier, et il apparaît fort probable que des facteurs biologiques et psychologiques puissent être à l'origine de ces variations. Dans le cadre de cette étude, effectuée à partir des réponses à un questionnaire, nous n'avons pas eu d'accès direct au discours des femmes. Des recherches qualitatives indiquent cependant que les nouvelles mères présentant un nombre élevé de symptômes dépressifs décrivent leur malaise comme étant une maladie (Mauthner, 1998). L'utilisation d'une approche et d'une terminologie médicales pour désigner le problème vécu par ces femmes a certainement le désavantage de cacher l'origine sociale de ce phénomène. Elle permet cependant de mettre en lumière la gravité du problème, et de le distinguer des difficultés que chaque personne doit normalement affronter.

Nous n'avons pas la prétention de mettre un point final au débat concernant le caractère normal ou pathologique des symptômes dépressifs exprimés par les nouvelles mères. Cependant, les résultats de cette étude, qui révèlent la présence d'une influence certaine, mais limitée, du contexte social sur le développement de symptômes dépressifs, nous portent à adopter une position intermédiaire dans ce débat. La réaction des femmes aux difficultés qu'elles vivent, même si cette réaction est négative, ne constitue pas toujours une maladie. Elle paraît à notre avis fort susceptible, cependant, de susciter le développement d'une telle maladie. La vision de la symptomatologie dépressive que nous sommes en mesure de proposer, à la fin de cette étude, correspond donc à celle que nous avons présentée à la figure 1 présentée au premier chapitre de la thèse : l'environnement immédiat et les caractéristiques des nouvelles mères (désignés par l'expression « caractéristiques socio-environnementales»), qui prennent racine dans un contexte social plus étendu, influencent le

développement de symptômes dépressifs. Cependant, cette influence peut être modulée par la présence de vulnérabilités d'ordre psychologique et biologique.

Si les facteurs dit « socio-environnementaux » ne sont pas les seuls facteurs déterminants pour la santé psychologique postnatale, ils demeurent les aspects au cœur du questionnement de cette étude. Dans la partie qui suit, nous tenterons de faire une synthèse de ces caractéristiques socio-environnementales, soit des caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement, qui se sont révélés, dans notre étude, comme étant liés à la symptomatologie dépressive postnatale.

## 2.2 Facteurs liés à la symptomatologie dépressive postnatale

Nous l'avons vu, la symptomatologie dépressive postnatale est en lien avec un ensemble de facteurs qualifiés de socio-environnementaux, c'est-à-dire les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat. Le rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi, qui constitue une caractéristique centrale du contexte postnatal, peut être mis en lien avec cette symptomatologie. Cependant, comme le démontrent les résultats des trois articles de la thèse, ce lien ne s'est pas révélé direct, ou en d'autres termes, indépendant des caractéristiques socio-environnementales faisant l'objet d'étude. Le rapport à l'emploi est lié à des caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement qui sont, à leur tour, associées au développement d'une symptomatologie dépressive postnatale. Dans notre démarche pour la mise en lumière des liens unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, nous avons donc été amenée à explorer les liens unissant, d'une part, un ensemble de caractéristiques socio-environnementales aux symptômes dépressifs présentés par les nouvelles mères, et d'autre part, ceux unissant ces mêmes caractéristiques au rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi.

Dans cette partie de la discussion, nous ferons la synthèse des résultats concernant les facteurs socio-environnementaux révélés dans les trois articles comme étant directement liés à la symptomatologie dépressive postnatale. L'objectif de cette synthèse n'est toutefois pas uniquement le rappel des résultats que nous avons obtenus. Au-delà de l'information portée par chacun des facteurs mis en lumière, nous chercherons à faire ressortir ce qu'ils ont en commun, afin de saisir la

trame plus générale de l'association entre les caractéristiques socio-environnementales et la symptomatologie dépressive présentée par les nouvelles mères.

### 2.2.1 *L'environnement des nouvelles mères*

Les caractéristiques socio-environnementales mises en lien avec la symptomatologie dépressive postnatale peuvent être regroupées en deux grandes catégories : les caractéristiques des nouvelles mères, et celles de leur environnement immédiat. Les résultats de notre étude nous ont permis de mettre en lumière des associations entre la symptomatologie dépressive et quatre facteurs qui constituent des caractéristiques de l'environnement des nouvelles mères : il s'agit du soutien social, des stressseurs, de la qualité de la relation conjugale et du mode de partage des tâches domestiques entre les conjoints.

Les résultats de cette étude concernant le soutien social et les stressseurs viennent dans une large mesure confirmer ce que démontre l'ensemble des écrits concernant les facteurs ayant un impact sur la symptomatologie dépressive postnatale. En effet, l'association entre le soutien social, la présence de stressseurs et le développement de symptômes dépressifs chez les nouvelles mères fait pratiquement l'objet d'un consensus (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996; Wilson et al., 1996). Le soutien de la part de proches, que ce soutien soit d'ordre émotif, qu'il constitue une aide plus matérielle, qu'il prenne la forme d'information ou encore d'approbation, est à ce point lié à l'état de santé des individus que cette association est aujourd'hui considérée comme évidence épidémiologique (Broadhead et al., 1983). De nombreux auteurs se sont penchés sur les mécanismes à l'origine de cette association, et jusqu'à présent, deux principales approches ont été proposées pour expliquer ce lien : le soutien est tantôt présenté comme ayant un effet « tampon », servant à amortir l'effet de difficultés créées par des stressseurs, tantôt présenté comme ayant un effet direct sur la santé, quel que soit le stress vécu (Barrera & Ainlay, 1983; Thoits, 1995; Walker, Wasserman, & Wellman, 1993). Ces deux approches ne sont pas mutuellement exclusives, et il apparaît fort possible que le soutien ait à la fois un effet direct et « tampon ».

Le lien observé entre le soutien, les stressseurs et la symptomatologie dépressive postnatale n'a donc rien de surprenant. Il demeure pourtant important, à notre avis, de continuer à s'y intéresser. En

effet, non seulement le rôle de ces deux facteurs ouvre la porte à des pistes d'intervention pour la prévention des problèmes vécus par les nouvelles mères, mais ils peuvent également, à notre avis, servir de cadre à la compréhension des liens unissant l'ensemble des caractéristiques socio-environnementales au développement de symptômes dépressifs chez les nouvelles mères. Dans notre démarche de recherche d'une trame commune pour la compréhension des liens unissant ces facteurs aux symptômes dépressifs, nous avons été menée vers la constatation selon laquelle les caractéristiques mises en lien, dans notre étude, avec les symptômes dépressifs postnataux, pouvaient toutes être abordées sous l'angle du stress qu'elles suscitaient, ou du soutien qu'elles pouvaient apporter.

Ainsi, les résultats de notre étude portant sur le rôle joué par la qualité de la relation conjugale pourraient être éclairés à la lumière des connaissances acquises sur le rôle du soutien et des stressseurs. L'association entre une relation conjugale difficile et la symptomatologie dépressive a déjà été observée, mais il est possible de mettre en doute la directionalité de la relation en proposant l'hypothèse selon laquelle les femmes déprimées pourraient agir de façon à détériorer l'état de la relation avec leur conjoint. Le rôle reconnu des stressseurs et du soutien dans le développement de symptômes dépressifs rend à notre avis très plausible l'hypothèse inverse selon laquelle une relation difficile pourrait susciter le développement des symptômes observés. En effet, il ne fait aucun doute qu'une relation conjugale difficile constitue une grande source de stress pour les nouvelles mères. Une telle relation paraît également susceptible de limiter le soutien que peut apporter le conjoint. Rappelons que les résultats de nombreuses recherches ont révélé des liens étroits entre les problèmes de couples, qui sont dans certains cas liés à la violence conjugale, et les problèmes de santé psychologique des femmes (Blais, 1998; Doyal, 1995; O'Hara & Swain, 1996; Romito, Saurel-Cubizolles, & Lelong, 1999). Des recherches qualitatives démontrent que les femmes elles-mêmes identifient les problèmes conjugaux comme l'un des principaux éléments à la source de leurs problèmes de santé psychologique (Blais, 1998). Si cette association ne fait pas toujours l'unanimité dans le domaine de la santé, cela nous apparaît plus probablement lié au nombre d'études ayant négligé la prise en compte de ce facteur dans leurs analyses qu'au caractère ambigu de la direction des liens observés.

L'influence du mode de partage des tâches entre les conjoints sur la symptomatologie dépressive postnatale, qui constitue le quatrième facteur dont l'association indépendante a été mise en lumière dans notre étude, peut également être abordée sous l'angle du rapport stressseurs-soutien. Ici encore, nous croyons que le peu d'intérêt des auteurs pour cet aspect de la vie des nouvelles mères a contribué à laisser dans l'ombre cette variable dont l'importance paraît pourtant évidente. A la naissance d'un enfant, les nouvelles mères ont un grand besoin de soutien de tout ordre, et le conjoint est l'une des personnes les plus susceptibles d'offrir ce soutien. Nos résultats, qui démontrent qu'une faible participation du conjoint aux tâches domestiques est liée à la symptomatologie dépressive postnatale maternelle, peuvent aisément être envisagés avec la même logique que celle qui prévaut pour le rôle des stressseurs et du soutien. En effet, la participation du conjoint aux tâches domestiques constitue sans aucun doute une forme de soutien. De la même façon, effectuer la totalité de ces tâches peut tout à fait être abordé comme un important stressseur pour les nouvelles mères. A notre avis, la mise en lumière de l'importance du soutien social et des stressseurs dans le développement de symptômes dépressifs devrait suffire à mettre les auteurs sur la piste du facteur de risque que constitue un partage inégalitaire des tâches domestiques. La limite à partir de laquelle l'absence de partage constitue un manque de soutien et une source de stress nocive pour la santé mentale devra faire l'objet de plus amples analyses, mais il demeure aisé de constater qu'un mode de partage égalitaire constitue un élément du contexte de vie des nouvelles mères susceptible de favoriser une bonne santé psychologique.

### *2.2.2 Les caractéristiques des nouvelles mères*

Les deux derniers facteurs mis en lien, dans notre étude, avec la symptomatologie dépressive postnatale, constituent des caractéristiques des nouvelles mères plutôt que de leur environnement. Il s'agit du niveau de scolarité et de l'insatisfaction exprimée face au rapport entretenu avec le marché de l'emploi. Ces caractéristiques, bien qu'individuelles, sont pourtant fortement liées à l'environnement des nouvelles mères. Pour cette raison, nous croyons que la même logique pourrait être utilisée pour saisir le lien unissant ces facteurs à la santé psychologique postnatale. Ces caractéristiques sont en lien avec des sources potentielles de stress et de soutien qui nous paraissent susceptibles d'expliquer leur effet sur la santé.

Ainsi, le niveau de scolarité est une caractéristique des nouvelles mères qui constitue avant tout un indicateur de son statut socio-économique. En effet, le niveau de scolarité s'est à ce point révélé corrélé, dans notre étude, avec le revenu familial, qu'il a été nécessaire de faire un choix, entre ces deux variables pour certaines analyses statistiques<sup>33</sup>. Le lien entre le niveau de scolarité et la symptomatologie dépressive n'a été démontré que sporadiquement dans les écrits sur la santé des femmes à la période postnatale (Beck, 1996; O'Hara & Swain, 1996). Cependant, à la lumière des associations entre le statut socio-économique et la santé, présentes dans presque toutes les études épidémiologiques, ce résultat n'a rien d'étonnant. Au Québec, les statistiques ont également démontré des liens sans équivoque entre la pauvreté et la santé mentale (Guyon, 1996). L'association constatée entre un faible niveau de scolarité et les symptômes dépressifs des nouvelles mères peut donc aisément être interprétée comme un indicateur des difficultés sources de stress liées au fait de vivre dans des conditions de pauvreté. Les mécanismes par lesquels le statut socio-économique affecte la santé sont complexes et ne sont pas encore connus dans leur totalité. Cependant, nous savons que des stressseurs chroniques liés à la difficulté de répondre à certains besoins essentiels jouent un rôle dans ce lien (Blais, 1998; Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997; Power, Manor, & Matthews, 1999).

Enfin, le dernier facteur mis en lien, dans notre étude, avec la symptomatologie dépressive postnatale, est l'insatisfaction exprimée par la mère, face à sa situation d'emploi. Ce facteur apparaît également lié de près aux caractéristiques de l'environnement des nouvelles mères. Bien que notre étude n'ait apporté que des réponses partielles aux questions soulevées par ce facteur, les données nous permettent de proposer l'hypothèse selon laquelle les difficultés et les bénéfices liés à la situation vécue par les nouvelles mères pourraient être à l'origine de l'insatisfaction exprimée (voir article 3). L'insatisfaction pourrait donc être liée de près au contexte de vie des nouvelles mères, notamment à ses conditions de vie matérielles, ou à sa possibilité d'accéder à un réseau de soutien social.

L'étude des mécanismes précis par lesquels les facteurs socio-environnementaux affectent l'état de santé dépasse le cadre de cette étude. Cependant, à la lumière des résultats obtenus, nous pouvons

---

<sup>33</sup> Voir tableau de corrélation, en annexe.



avancer l'hypothèse selon laquelle les facteurs qui ont fait l'objet de mesure dans notre étude, exercent une influence sur l'état de santé psychologique d'une manière qui n'est pas très différente d'un facteur à un autre. Le soutien social et les stressseurs constituent les premiers facteurs socio-environnementaux mis en lumière, dans les écrits, comme ayant une influence sur la symptomatologie dépressive postnatale. Nous croyons cependant que les autres facteurs révélés par notre étude sont tout aussi susceptibles de provoquer le développement de tels symptômes.

### 2.2.3 *Et le rapport à l'emploi ?*

Nous l'avons vu, le rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi n'a pas été mis en lien direct avec la symptomatologie dépressive postnatale dans notre étude. La relation observée dans les analyses bivariées n'était plus statistiquement significative lorsque étaient pris en compte les caractéristiques socio-environnementales que nous venons de présenter. Est-ce à dire que le rapport à l'emploi n'est pas en lien avec la symptomatologie postnatale ? Aucunement. Les liens unissant le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs ont toutes les chances, d'après l'ensemble d'associations que nous avons pu observer, d'être indirects. A caractéristiques et conditions de vie égales, le type de rapport entretenu avec le marché de l'emploi n'est pas associé à la présence de symptômes dépressifs. Toutefois, les risques qu'ont les femmes de présenter des symptômes dépressifs varient en fonction du rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi. Cette variation pourrait, d'après nos analyses, être liée à l'association entre le rapport à l'emploi et les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement qui constituent des facteurs de risque pour la symptomatologie dépressive postnatale.

La seconde étape de notre démarche pour la mise en lumière des liens unissant le rapport des nouvelles mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale, consiste à explorer les liens unissant ce rapport aux caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement sur lesquelles nous nous sommes attardée. Dans cette troisième partie de la discussion, nous chercherons donc, à la lumière des résultats obtenus dans les trois articles, à brosser un bref portrait des femmes en fonction du rapport qu'elles entretiennent au marché de l'emploi six mois après l'accouchement. Ce portrait, en révélant les facteurs associés au rapport à l'emploi et à la symptomatologie dépressive postnatale,

nous permettra de proposer un modèle pour la compréhension des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale.

### 2.3 Placer le rapport à l'emploi dans son contexte

#### *2.3.1 Portrait des femmes en fonction du rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi*

Quel rapport entretiennent les nouvelles mères québécoises avec le marché de l'emploi, six mois après la naissance d'un enfant ? Les résultats de notre étude, qui corroborent ceux d'une recherche canadienne récente effectuée avec des techniques d'échantillonnage assurant la représentativité (Marshall, 1999), indiquent qu'une grande majorité de femmes gardent des liens étroits avec le marché du travail dans l'année qui suit une naissance. Au moment où elles ont répondu au questionnaire, les trois quarts des femmes de notre échantillon étaient soit travailleuses, soit travailleuses en congé soit à la recherche d'un emploi. Les données de l'étude canadienne révèlent également qu'une forte majorité des nouvelles mères sont actives sur le marché de l'emploi : selon ces données, 60% des travailleuses reprennent un travail rémunéré dans les six mois suivant un accouchement. Ce taux atteindrait même 90% après un an ((Marshall, 1999): 26).

Les résultats de notre étude, tout comme ceux de l'étude de Marshall, démontrent que le rapport des mères à l'emploi n'est pas statique. Il a, au contraire, toutes les chances d'être modifié dans les semaines et les mois suivant la réponse au questionnaire: les travailleuses en congé reprendront leur activité professionnelle, les femmes à la recherche d'un emploi pourront trouver du travail, alors que d'autres travailleuses, malheureusement, perdront le leur. Le séjour au foyer, une situation auparavant considérée comme étant de longue durée, se révèle également transitoire. Dans notre étude, six mois après une naissance, les femmes au foyer constituent le quart de l'échantillon : selon les statistiques de Marshall, elles ne seront plus que 7% lorsque leur enfant atteindra l'âge de deux ans (Marshall, 1999). Le rapport à l'emploi doit donc être considéré de façon ponctuelle. Le portrait que nous pouvons brosser de la situation des nouvelles mères constitue en quelque sorte une photographie de cette situation, prise à cette période charnière qu'est le sixième mois suivant la naissance d'un enfant. Cette photographie, parce qu'elle révèle les conditions de vie dans lesquelles

se trouvent les femmes en fonction du rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi, nous permet de saisir les risques qu'elles encourent de présenter des symptômes dépressifs à cette période de leur vie.

### *Les femmes en congé*

Les femmes en congé constituent la catégorie la plus importante, en nombre, de notre échantillon. La plupart d'entre elles bénéficient du congé parental prévu depuis 1990, dans la loi sur l'assurance-chômage du Québec, mais cette catégorie comporte également 9,2% (n : 15) de femmes en vacances. La grande majorité des femmes en congé prévoient reprendre le travail lorsque leur enfant atteindra l'âge de 6 ou 7 mois, soit dans les semaines qui suivent le moment où elles ont répondu à ce questionnaire<sup>34</sup>.

Ce groupe de femmes présente le score moyen le plus faible à l'échelle de symptômes dépressifs. Rappelons que leur risque de présenter des symptômes dépressifs s'est révélé significativement moins élevé que celui des femmes à la recherche d'un emploi. La différence entre le score moyen des femmes en congé et celui des femmes au foyer et des travailleuses semble toutefois moins marquée : en considérant la totalité de l'échantillon, les femmes en congé présentent un score significativement moins élevé à l'échelle de symptomatologie dépressive que les femmes au foyer (voir les résultats du premier article). Lorsque seules les femmes vivant avec un conjoint sont prises en compte, la différence entre les femmes en congé et les travailleuses atteint également le seuil de signification (voir les résultats du deuxième article).

Nous l'avons vu, le seul fait d'être en congé ne suffit pas à expliquer le faible nombre de symptômes dépressifs présenté par ce groupe de femmes. Nous croyons que les caractéristiques de ces nouvelles mères et de leur environnement sont à l'origine du score moyen constaté. En effet, les résultats de notre étude révèlent que ce groupe de femmes est le moins susceptible de présenter des caractéristiques et un environnement associé au développement de symptômes dépressifs : les

---

<sup>34</sup> Il est important de noter que les répondantes n'ont pas nécessairement rempli le questionnaire exactement six mois après la naissance. Il leur a été posté deux semaines avant le sixième mois postnatal mais les réponses ont été reçues dans des délais pouvant varier de quelques semaines.

femmes en congé ont un réseau de soutien plus étendu que la moyenne, et ont moins fréquemment été exposées à des sources de stress. Elles vivent rarement seules et ont un niveau d'étude moyen largement supérieur à l'école secondaire. Seul leur mode de partage des tâches n'est pas apparu particulièrement favorable à la santé. Leur présence à la maison rend ce groupe plus susceptible d'effectuer une majorité des tâches domestiques que les travailleuses ayant repris leur activité professionnelle.

La bonne santé psychologique des femmes en congé n'est sans doute pas très étonnante. En effet, ces femmes bénéficient de plusieurs avantages liés à l'activité professionnelle sans toutefois subir les inconvénients liés à la double tâche. Cependant, ce résultat met en perspective les conclusions d'études révélant les difficultés vécues par les femmes présentes à la maison. Il nous indique à quel point il est important d'apporter des nuances à l'étude du séjour à la maison sur l'état de santé. La seule présence à la maison n'est clairement pas l'élément déterminant pour la santé des femmes: la durée du séjour, ainsi que les conditions dans lesquelles s'effectue ce séjour, doivent également être prises en compte pour saisir l'impact de ce séjour sur la santé. La situation des femmes en congé s'est révélée très différente de celle des femmes au foyer et des femmes à la recherche d'un emploi, bien que ces trois groupes de femmes n'exercent pas, à cette période, d'activité rémunérée. Les femmes en congé sont à la maison, mais elles gardent un statut de travailleuse. Bien que ce congé ne soit pas toujours rémunéré, toutes ont la possibilité de reprendre un emploi qui leur assure de retrouver leur revenu. L'emploi des nouvelles mères en congé nous apparaît également susceptible de leur avoir permis d'accéder à un réseau de soutien sur lequel elles paraissent encore pouvoir compter. Enfin, le séjour à la maison des femmes en congé semble peu susceptible, contrairement à celui de plusieurs des femmes au foyer, de résulter d'une contrainte.

Les femmes qui le désirent, et qui ont la possibilité de rester auprès de leur enfant jusqu'au sixième mois postnatal, tirent vraisemblablement des avantages de cette situation. Il est cependant tout aussi important de constater que les femmes ayant accès à ces congés constituent, dans notre société, un groupe privilégié.

### *Travailleuses*

Si le fait d'être en congé s'est révélé fréquent, avoir repris le travail, six mois après une naissance, semble également être une situation courante d'après nos données. En effet, près du tiers des femmes de l'échantillon (31,8 %) avaient repris le travail au moment où elles ont rempli le questionnaire.

Comment se portent les travailleuses mères d'enfants de six mois ? Les résultats de notre étude ne nous permettent pas de nous prononcer d'une manière définitive. Les travailleuses de notre échantillon présentent un score moyen à l'échelle de symptômes dépressifs qui est légèrement plus élevé que celui des femmes en congé. Cependant, la différence n'atteint le seuil de signification que pour les femmes vivant avec un conjoint<sup>35</sup>.

Nous l'avons vu, le seul fait de travailler n'est pas directement lié à la symptomatologie dépressive chez les nouvelles mères. Cette constatation, bien connue à d'autres périodes de la vie, peut paraître plus étonnante à la période critique qu'est le sixième mois suivant une naissance. En effet, nous savons que le nourrisson demande à cet âge beaucoup de soins. Dans 20% des cas, il se réveille encore chaque nuit. Près du tiers des mères travailleuses, d'ailleurs, souhaiteraient réduire le nombre d'heures de travail<sup>36</sup>. Enfin, certains stressors, en particulier le nombre de conflits, sont significativement plus élevés chez les travailleuses que chez les femmes en congé.

Si le cumul des rôles de mère et de travailleuse peut être difficile à cette période de vie, nos données nous permettent toutefois de constater que les bénéfices liés à la présence sur le marché du travail paraissent limiter en partie ces difficultés. En effet nos résultats semblent indiquer que l'activité professionnelle est liée à un accès plus grand à un réseau de soutien, et à un risque plus faible de vivre sous le seuil de pauvreté. Les mères travailleuses bénéficient également d'une plus grande participation, de la part de leur conjoint, aux tâches domestiques et aux soins au nourrisson. Enfin, le travail des nouvelles mères ne semble généralement pas résulter d'une contrainte. Si les travailleuses

---

<sup>35</sup> Nos données semblent en effet révéler un impact différent de la monoparentalité chez les travailleuses et les femmes en congé, pour une raison qui, jusqu'à présent, nous échappe. Nous ne pouvons qu'espérer que d'autres études viennent éclairer notre compréhension de ces données.

<sup>36</sup> Voir article 3.

sont nombreuses à souhaiter réduire le nombre d'heures de travail, rares sont celles qui souhaitent cesser leur activité professionnelle. De plus, lorsque ce souhait est exprimé, il n'est pas significativement lié à une hausse des symptômes dépressifs.

*Les « femmes au foyer »*

Malgré le rapport étroit entretenu par une majorité de femmes avec le marché du travail, près du quart des femmes de notre échantillon se sont déclarées être « au foyer ». Comme nous l'avons indiqué précédemment, la situation de ces femmes a, à la lumière des statistiques canadiennes sur l'emploi, toutes les chances d'être transitoire. La situation de femmes au foyer pourrait constituer, dans de nombreux cas, un retrait temporaire du marché de l'emploi. Dans d'autres cas, elle pourrait résulter d'une exclusion à plus long terme du marché de l'emploi, pouvant être liée à une difficulté d'accéder à ce marché.

Les femmes au foyer présentent un score moyen légèrement plus élevé à l'échelle de symptomatologie dépressive que celui des travailleuses. Toutefois, comme c'était le cas pour le groupe constitué des travailleuses ayant repris leur activité, la différence entre la symptomatologie dépressive des femmes au foyer et celle des autres groupes ne s'est pas révélée très grande. En effet, si les femmes au foyer présentent en moyenne un score à l'échelle de symptômes dépressifs significativement plus élevé que les femmes en congé, cette différence n'atteint pas le seuil de signification lorsque seules les femmes vivant avec un conjoint sont prises en compte (voir les différences de résultats obtenus entre le premier article, où la totalité de l'échantillon était prise en compte, et ceux du second article, où seules les femmes vivant avec un conjoint étaient considérées)<sup>37</sup>. De plus, le score moyen des femmes au foyer n'est pas significativement différent de celui des travailleuses ni des femmes à la recherche d'un emploi.

A la lumière des résultats concernant les caractéristiques de ces femmes et de leur environnement, il apparaît presque surprenant que le score moyen des femmes de ce groupe ne soit pas plus élevé. En effet, la quasi totalité des facteurs liés à une hausse des symptômes dépressifs s'est révélée liée au

---

<sup>37</sup> Comme nous l'avons indiqué dans le deuxième article de la thèse, le manque de puissance statistique, lié au nombre plus faible de femmes au foyer parmi les femmes ayant un conjoint, pourrait expliquer, en partie, ce résultat.

statut de femmes au foyer. D'autres auteurs ont déjà mis en lumière les difficultés associées au séjour au foyer sans lien d'emploi. Nos résultats viennent confirmer ces constatations en révélant à quel point celles-ci sont susceptibles d'être isolées, pauvres et peu scolarisées. Les événements de vie source de stress semblent également être fréquents dans ce groupe de femmes. Nos données ont démontré que ces femmes se voient réserver « la part du lion » dans le partage des tâches domestiques lorsqu'elles vivent avec un conjoint. Enfin, elles sont beaucoup plus susceptibles que les travailleuses de se trouver dans une situation qui ne correspond pas à celle souhaitée : pour le tiers des femmes, le séjour au foyer est vécu comme une contrainte, ce qui s'est révélé particulièrement nocif pour leur santé.

Il demeure pourtant important de rappeler que le seul fait d'être au foyer n'est pas la source des problèmes dépressifs que présentent les nouvelles mères. En effet, ce portrait négatif de la situation des femmes au foyer ne doit pas nous faire oublier que pour deux femmes sur trois, cette situation est décrite comme étant, à cette période, satisfaisante. La possibilité de rester auprès du petit enfant est sans aucun doute très appréciée par ces nouvelles mères. Ce groupe de femmes satisfaites, qui se trouve dans un contexte généralement plus favorable, se porte bien. La situation de mère au foyer est susceptible d'être en lien avec une symptomatologie dépressive postnatale parce qu'elle est fréquemment associée à des caractéristiques et à un environnement susceptible de mener au développement de tels symptômes.

#### *Les femmes à la recherche d'un emploi*

Le dernier groupe de femmes ayant fait l'objet d'analyses, soit les femmes à la recherche d'un emploi, constituent le groupe le plus restreint de notre étude : à peine 6% des mères de notre échantillon se trouvaient dans cette situation au moment où elles ont répondu au questionnaire. Bien que les méthodes de recrutement utilisées ne nous permettent pas de prétendre à la représentativité, ce résultat peut paraître étonnant : les statistiques sur le chômage au Québec chez les femmes de cette tranche d'âge laissaient prévoir un nombre légèrement plus élevé de femmes dans cette catégorie (Statistique Canada, 1999). A notre avis, ce résultat devrait être interprété, non pas comme le reflet du faible nombre de femmes involontairement sans emploi à cette période de vie, mais bien comme la tendance, chez les mères de bébé de six mois, à reporter la période de recherche d'emploi.

A la lumière de nos résultats, et notamment de la proportion élevée de femmes au foyer dans notre échantillon, il apparaît probable que des femmes sans emploi désirant travailler se soient classées dans la catégorie « femme au foyer », soit parce qu'elles ne souhaitent pas chercher activement un emploi à ce moment, soit parce qu'elles n'en ont pas la possibilité.

Les femmes à la recherche d'un emploi présentent le score moyen le plus élevé à l'échelle de symptômes dépressifs, un score qui atteint même la limite inférieure, selon les auteurs de l'échelle CES-D, à partir de laquelle un problème dépressif pourrait être diagnostiqué (Radloff, 1977). Malgré le petit nombre de femmes dans cette catégorie, limitant la puissance statistique de l'analyse, ce score s'est révélé significativement différent de celui du groupe des femmes en congé.

Les caractéristiques des femmes à la recherche d'un emploi paraissent fort susceptibles d'être à l'origine de ce score élevé. En effet, nos résultats révèlent que ce groupe de femmes est particulièrement isolé. Les analyses bivariées démontrent également que ces femmes sont plus pauvres que la moyenne et se trouvent plus fréquemment dans une situation de monoparentalité. Dans de telles circonstances, l'accès à un emploi est une condition qui paraît sans doute nécessaire à la nouvelle mère pour assurer sa subsistance et celle de son bébé. Enfin, les résultats des analyses effectuées auprès des femmes au foyer nous ont permis de constater à quel point le fait d'être sans emploi alors que l'activité professionnelle est désirée, est une situation difficile pour les nouvelles mères.

D'autres études ont déjà mis en lumière la proportion élevée de problèmes de santé psychologique chez les hommes et les femmes en situation de demande d'emploi. Des auteurs ont toutefois laissé entendre que le chômage pourrait être moins difficile pour les femmes bénéficiant d'autres statuts valorisants, comme ceux d'épouse et de mère. Nos résultats, qui corroborent ceux d'une étude récente effectuée en France (Saurel-Cubizolles, Romito, Ancel, & Lelong, 2000) démontrent que le fait de ne pas avoir accès à un emploi est tout aussi pénible pour les nouvelles mères que pour toute autre personne. Nous n'avons aucune raison de croire que le statut de mère pourrait compenser les difficultés liées au fait de ne pas avoir d'emploi. Les données de notre recherche tendent au contraire à démontrer que l'emploi donne accès à des ressources et à du soutien dont ces mères indiquent avoir un grand besoin.



## 2.4 Modèles proposés pour la compréhension des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale

### 2.4.1 *Le rapport à l'emploi et les symptômes dépressifs*

Que pouvons-nous saisir, à la lumière de ces quatre « portraits », des liens unissant le rapport des mères à l'emploi à la symptomatologie dépressive postnatale ? Les associations révélées, d'une part, entre les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement et la symptomatologie dépressive, et d'autre part, entre ces mêmes caractéristiques et le rapport des mères à l'emploi, nous permettent de proposer un modèle de compréhension des liens unissant le rapport des mères à l'emploi et la symptomatologie dépressive.

Ce modèle, présenté à la figure 8 place le rapport à l'emploi au cœur du contexte de vie des nouvelles mères. Ce contexte de vie, constitué des caractéristiques des femmes et de leur environnement, est présenté comme étant susceptible de susciter le développement des symptômes dépressifs six mois après la naissance d'un enfant.

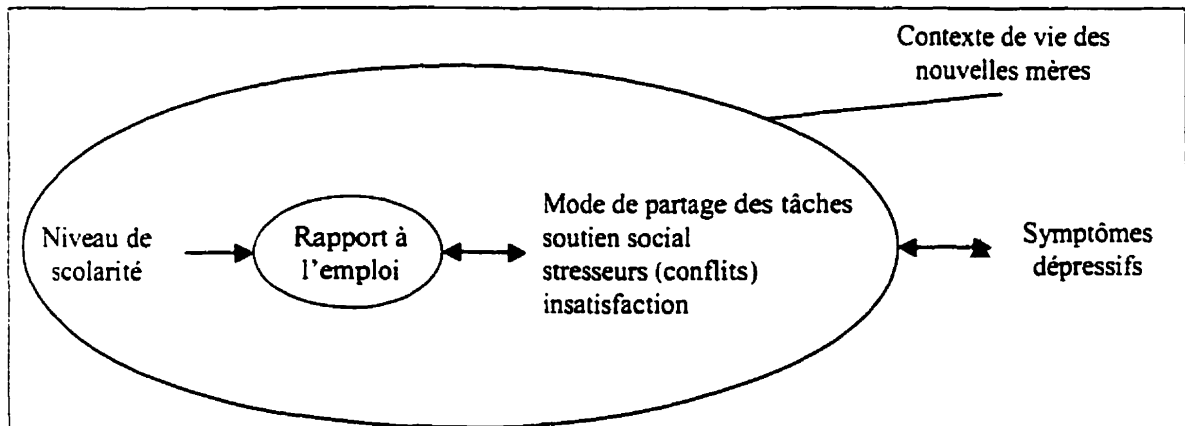


FIGURE 8 : LIENS UNISSANT LE RAPPORT A L'EMPLOI ET LES SYMPTOMES DEPRESSIFS

La lumière que jettent les résultats de cette étude sur les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement demeure, bien entendu, partielle. En effet, les limites liées à la méthode et aux mesures utilisées nous ont restreinte à des concepts relativement sommaires. A notre avis, il est possible, à la lumière des connaissances acquises et du cadre conceptuel adopté, de proposer un modèle plus complet pour la compréhension de ces liens. Pour ce faire, il est toutefois nécessaire

d'aborder de façon plus large les facteurs mesurés, soit en les considérant comme les indicateurs d'un contexte de vie aux aspects multiples que nous commençons à saisir. En reprenant rapidement les éléments de ce premier schéma, nous serons en mesure de proposer un tel modèle.

### *Contexte de vie des nouvelles mères*

Le contexte de vie des nouvelles mères, représenté dans la figure 8 comme un grand cercle entourant le rapport à l'emploi, est un concept que nous n'envisageons pas de définir avec précision. Cette démarche se révélerait non seulement très complexe, mais aurait également le désavantage de donner l'impression que ce contexte comporte un nombre fixe d'éléments, alors qu'il apparaît au contraire susceptible de varier selon les individus.

Sans donc le définir avec précision, nous sommes cependant en mesure de donner certaines indications au sujet de ce contexte. Ce dernier est sans aucun doute plus étendu que celui décrit par les seules variables retenues. Nous avons également été à même de constater que les facteurs mis en évidence sont inter-reliés, et donc fort susceptibles de s'influencer les uns les autres. Un autre aspect qu'il nous apparaît important de souligner est que ce contexte dépasse le cadre des facteurs liés au rapport des nouvelles mères au marché de l'emploi. En effet, bien que le rapport à l'emploi soit présenté, dans la figure 8, comme au cœur de ce contexte, il ne fait aucun doute que certains aspects de la vie des nouvelles mères pouvant avoir une influence sur leur état de santé ne sont pas liés au rapport qu'elles entretiennent avec le marché de l'emploi. Ainsi, par exemple, la qualité de la relation conjugale, dont l'influence sur la santé psychologique s'est révélée déterminante, n'est pas, d'après nos données, liée au rapport entretenu par les nouvelles mères avec le travail.

Rappelons enfin que les facteurs qui constituent ce contexte peuvent être à la fois l'origine et la conséquence du rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi. Il est cependant possible de dégager des hypothèses concernant les facteurs qui paraissent susceptibles d'être à l'origine du rapport des mères à l'emploi, et ceux qui sont au contraire plus susceptibles d'en être la conséquence. Dans la figure 8, le facteur à gauche du rapport à l'emploi (le niveau de scolarité) est présenté comme à l'origine de ce rapport. Les facteurs qui sont placés à sa droite sont présentés comme en étant la conséquence. La nature de ces facteurs, et les connaissances acquises, nous

permettent de proposer une direction pour les liens observés. D'autres directions, pour ces mêmes liens, peuvent cependant être envisagées.

### *Facteurs à l'origine du rapport des nouvelles mères à l'emploi*

Le premier facteur présenté, soit le niveau de scolarité, constitue l'un des éléments que nous croyons susceptible d'être à l'origine du rapport entretenu par les mères au marché de l'emploi. En effet, la scolarité étant antérieure à l'accouchement, cette caractéristique peut difficilement être une conséquence de ce rapport. Nos résultats démontrent que le fait d'avoir un niveau de scolarité collégial ou universitaire est lié à l'accès à un travail et à un congé de maternité, alors qu'un niveau de scolarité ne dépassant pas le niveau secondaire est dans une large mesure associé au statut de femmes au foyer.

La mise en lumière du rôle de la scolarité, à la fois à l'origine du rapport des mères à l'emploi et des symptômes dépressifs, peut à notre avis être interprétée plus globalement comme un indicateur du rôle joué par le statut socio-économique, et les conditions de vie des mères qui y sont associées, sur le rapport à l'emploi et la santé. En effet, nos résultats corroborent les écrits qui tendent à démontrer le rôle majeur joué par les aspects économiques dans la décision des femmes concernant le rapport à l'emploi. Cette décision peut en effet être abordée sous l'angle du rapport entre les coûts et les bénéfices liés à la situation choisie (Marshall, 1999). Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que les femmes faiblement scolarisées, donc ayant un accès plus difficile au travail, et surtout, à un emploi bien rémunéré, choisissent plus fréquemment de se retirer du marché de l'emploi, ou de ne pas insérer ce marché, suite à la naissance d'un enfant. Les femmes ayant accès à un congé, ou à des conditions de travail avantageuses, seront moins portées à couper les liens avec le marché de l'emploi.

Nous l'avons vu, le niveau de scolarité des nouvelles mères s'est révélé fortement lié au revenu familial. Ce résultat est également l'indice du rôle joué par des facteurs économiques dans la relation entretenue par les femmes au marché de l'emploi. Les liens unissant le revenu familial au rapport à l'emploi se révèlent toutefois plus complexes que ceux unissant ce rapport au niveau de scolarité. En effet, ce revenu peut être envisagé à la fois comme la cause et la conséquence de ce

rapport. De plus, ce revenu familial est en lien étroit avec la présence d'un conjoint et le revenu de celui-ci. Nous sommes cependant en mesure de constater qu'un revenu familial élevé est lié à la présence et non au retrait des femmes du marché de l'emploi. En effet, alors qu'un revenu familial élevé, si celui-ci provient surtout du salaire du conjoint, aurait pu être présenté comme laissant aux femmes la possibilité de se retirer du marché du travail, nos résultats démontrent, à l'inverse, qu'un revenu très faible, souvent lié à une situation de monoparentalité, est susceptible de limiter l'accès à un emploi rémunéré.

### *Conséquences du rapport à l'emploi*

Les autres facteurs qui se sont révélés, dans notre étude, être à la fois en lien avec la symptomatologie dépressive et le rapport à l'emploi, nous apparaissent susceptibles d'être la conséquence de ce rapport. Les liens entretenus avec le marché de l'emploi, durant les mois suivant l'accouchement, ont en effet toutes les chances d'exercer une influence importante sur plusieurs éléments du contexte de vie des nouvelles mères.

Jusqu'à présent, les auteurs se sont surtout intéressés à l'impact du travail sur la santé des mères travailleuses. Nos résultats tendent à indiquer que la double tâche peut être à l'origine d'un stress, en particulier de conflits, nuisibles à la santé. Cependant, nous sommes également à même d'observer des effets positifs du travail puisque l'activité professionnelle s'est révélée en lien avec diverses sources de soutien. Ainsi, il est possible que la participation de la femme au marché du travail puisse entraîner une plus grande participation du conjoint aux tâches domestiques.

Nos résultats, toutefois, ont surtout mis en lumière les différences entre les facteurs associés à la situation de femmes présentes à la maison au moment où elles ont répondu au questionnaire, en fonction du rapport qu'elles entretenaient avec le marché de l'emploi. Nous avons vu que les facteurs associés à la situation des femmes en congé, des femmes au foyer et des femmes à la recherche d'un emploi présentaient, en effet, d'importantes variations. Pouvons nous en conclure que le séjour à la maison a des conséquences qui varient en fonction du rapport entretenu avec le marché de l'emploi ? Cela nous apparaît probable. Ainsi, le séjour à la maison pourrait être plus susceptible de mener à un isolement chez les femmes au foyer et celles qui recherchent un emploi,

que chez les femmes en congé. Il pourrait également susciter un mode plus inéquitable de partage des tâches domestiques, et être plus souvent à l'origine de stressseurs. Enfin, le séjour au foyer et la recherche d'un emploi semblent constituer des situations plus susceptibles d'être à l'origine d'insatisfaction que la prise de congé, qui peut être perçue comme un répit et un moment privilégié de profiter de l'enfant.

Nos données révèlent donc que le rapport des mères à l'emploi, et non le seul fait d'être présente ou absente de la maison durant la journée, est à l'origine d'un contexte de vie favorable ou défavorable à la santé. Il ne nous apparaît pas, cependant, pertinent de décrire ces relations comme des associations causales simples. Encore une fois, les facteurs que nous avons mesurés doivent être présentés comme les indicateurs d'un contexte composé de multiples facteurs inter-reliés. Ainsi, par exemple, bien que la situation de mère au foyer puisse être à l'origine d'un certain isolement, il apparaît tout à fait probable que la faible scolarité, liée à un faible revenu, et à un plus haut risque de monoparentalité, soit autant à l'origine des différences observées dans le réseau de soutien que le seul statut de femmes au foyer. Ces résultats doivent donc être interprétés comme l'indice des modifications du contexte de vie pouvant résulter du rapport des mères avec le marché de l'emploi.

### *Contexte social*

Si les facteurs ayant fait l'objet de mesure peuvent être interprétés comme des indicateurs de l'environnement immédiat des nouvelles mères, ils nous permettent également de jeter une lumière sur le contexte social dans lequel prend place cet environnement. En effet, comme nous l'avons démontré dans le second chapitre, le rapport entretenu par les nouvelles mères au marché de l'emploi est lié de façon globale à l'organisation sociale du travail et de la maternité. Dans ce chapitre, nous avons abordé trois grands pôles nous permettant de saisir cette organisation : les aspects liés à l'organisation du travail rémunéré, ceux liés à l'organisation du travail non-rémunéré, et enfin, le discours social dominant concernant le rapport femmes au travail et à la maternité. Les résultats de notre recherche nous permettent de jeter une lumière sur ces trois aspects.

### *Un accès difficile au travail pour les nouvelles mères*

Nous avons vu à quel point les facilités d'accès au travail et aux congés influencent les choix des nouvelles mères concernant le rapport qu'elles entretiendront avec le marché de l'emploi dans l'année qui suit un accouchement. Le cadre législatif ainsi que les ententes entre les travailleuses et leurs employeurs sont à l'origine des modalités d'accès aux congés, et aux conditions, dont la rémunération, dans lesquelles sont pris ces congés. Des modifications apportées à la *Loi sur l'assurance-emploi*, ont, depuis 1997, restreint l'admissibilité des femmes aux congés parental et de maternité. D'autres modifications, dans le sens cette fois d'une plus grande admissibilité, sont présentement envisagées. A la lumière de nos résultats, qui démontrent le bon état de santé psychologique des femmes en congé, et surtout l'impact négatif d'une inadéquation entre la situation vécue et celle souhaitée, il apparaît important d'appuyer toute mesure permettant un meilleur accès aux congés de maternité et des possibilités d'extension de tels congés, pour les femmes qui le souhaitent.

L'aspect le plus important révélé par nos données touche, non pas à l'accès aux congés, mais bien à l'accès au travail, pour les nouvelles mères souhaitant travailler. Les résultats de notre étude ont révélé le caractère difficile d'être involontairement sans travail lorsque l'activité professionnelle est désirée. Le nombre élevé de femmes à la maison indiquant souhaiter travailler, tout comme les liens que nous avons pu constater entre le nonaccès au travail, la faible scolarité, les conditions de pauvreté, et la monoparentalité, sont à notre avis les indices d'une organisation sociale qui rend difficile l'accès au travail pour une proportion non négligeable de nouvelles mères.

D'autres études devront se pencher sur cette question afin que puissent être proposées des solutions à ce problème, sans aucun doute fort complexe, de l'accès au travail. Toutefois, à la lumière des conséquences négatives de cette situation pour l'état de santé psychologique des nouvelles mères, nous pouvons d'ores et déjà souhaiter qu'un effort de société soit fait pour mettre en place des services, concernant, par exemple, la garde des enfants, l'implantation d'un réel congé de paternité et, de façon plus générale, de toutes conditions aptes à générer une meilleure proximité du père à l'enfant, afin d'aider les nouvelles mères à accéder à l'emploi souhaité.

*Un partage partiel du travail non rémunéré*

Le second aspect du contexte social, qui s'est révélé à la lumière de nos données, touche au mode dominant de partage du travail non rémunéré. Nos données le démontrent, un mode de partage des tâches égalitaire ne fait pas encore partie de la norme dans notre culture. Les pères participent, mais les mères demeurent les principales responsables des soins à donner et des tâches à effectuer.

La participation des nouvelles mères au travail non rémunéré, tout comme le rapport qu'elles entretiennent au travail rémunéré, doit à notre avis être abordé comme un phénomène qui, bien que vécu dans l'intimité du couple, prend racine dans une certaine organisation de la société. Nos données démontrent ainsi que la présence de la nouvelle mère au foyer, liée à la prise d'un congé ou à un retrait du marché du travail, pouvait être mise en lien avec une plus faible participation du conjoint à ces tâches et à ces soins. Le fait que la nouvelle mère soit, à cette période, présente au foyer durant la journée, semble donc favoriser sa prise en charge de ces responsabilités. Depuis 1990, les dispositions légales permettent au père de prendre le congé parental pour s'occuper de leur nouveau-né, mais cette situation demeure rarissime (Moisan, 1997). Offrir cette possibilité aux couples se révèle une étape nécessaire, mais non suffisante, pour qu'une telle tendance soit lancée. En effet, un ensemble de facteurs, pouvant être liés à la perception des employeurs face à la prise de ce congé, au salaire des deux conjoints, et même au désir qu'a la mère de rester auprès du nouveau-né, font en sorte que dans notre société, les mères ont tendance à prendre ce congé.

Le mode de partage inégalitaire des tâches domestiques constitue donc encore, d'après nos données, l'une des caractéristiques de notre société. Cette constatation, qui n'a rien d'étonnant à la lumière de l'ensemble des écrits ayant porté sur ce sujet, se révèle pourtant en contradiction avec un discours par ailleurs fort favorable à l'égalité et à la participation des « nouveaux pères » aux soins et à l'éducation de leurs enfants. Bien que ce discours paraisse susceptible de mener à des changements bénéfiques dans le mode de partage effectif entre les membres du couple, nos données nous portent à nous interroger sur les conséquences négatives du paradoxe que nous sommes à même de constater entre ce discours et la réalité. En effet, des auteurs ont déjà mis en lumière la présence d'un certain décalage entre les attentes des nouvelles mères face à la participation de leur conjoint et leur participation réelle (Romito, 1990; Roux, 1999). Sans que nous n'ayons directement abordé cette

question, l'association que nous avons pu constater entre la qualité de la relation conjugale et le partage des tâches nous porte à envisager cette possibilité. Le discours sur la participation du conjoint, lorsque ce discours n'est pas en accord avec la réalité, pourrait faire en sorte de décevoir les femmes et de créer des difficultés conjugales. Il pourrait également faire en sorte de limiter la mobilisation du réseau de soutien autour des nouvelles mères suite à la naissance d'un enfant, les mères comme leur entourage préférant compter sur un appui du conjoint.

*Un discours social paradoxal sur le travail des mères*

Le troisième aspect du contexte social que nous avons été en mesure d'explorer touche à l'attitude, dominante dans notre société, face au travail des nouvelles mères ainsi qu'à l'importance accordée à leur présence constante auprès du nouveau-né. Les résultats du troisième article de la thèse ont révélé une certaine ambiguïté dans ce discours. En effet, ces résultats démontrent, d'un côté, qu'une majorité de femmes désire travailler. Pourtant, d'un autre côté, les femmes ont indiqué en forte majorité adopter une attitude favorable au séjour à la maison pour s'occuper des jeunes enfants. La présence d'une telle ambiguïté avait déjà été observée dans une étude canadienne sur l'attitude des hommes et des femmes concernant le travail des mères de jeunes enfants (Ghalam, 1997). Dans cette étude, les répondants et répondantes s'étaient révélés majoritairement favorables au travail des femmes, tout en indiquant croire que la famille et les enfants souffrent de cette situation (Ghalam, 1997).

Si une telle attitude paradoxale avait déjà été remarquée, notre étude est l'une des rares à avoir permis de constater l'impact, ou le peu d'impact, de ce paradoxe, d'une part sur les décisions des mères face à l'emploi, et d'autre part, sur leur état de santé psychologique. Les résultats de recherches récentes effectuées auprès de nouvelles mères américaines laissaient pourtant prévoir certaines difficultés sur ce plan. Ces études tendaient en effet à démontrer la présence de forts sentiments de culpabilité, chez les nouvelles mères travailleuses, au moment de la reprise du travail (McVeigh, 1997; Walzer, 1997). Bien que nous n'ayons pas directement mesuré les sentiments de culpabilité des nouvelles mères, les résultats, qui montrent peu de différence entre la santé mentale des mères travailleuses et celle des femmes en congé, semblent plutôt corroborer la tendance observée par des auteures québécoises concernant l'acceptation par les femmes de leur double



identité de mère et de travailleuses (Descarries & Corbeil, 1995). Le discours favorable au séjour à la maison ne semble pas, d'après nos données, affecter de façon négative la santé des nouvelles mères travailleuses. Les résultats de notre étude nous portent plutôt à constater que le travail des mères fait désormais partie de la norme. Le séjour au foyer sans lien avec le marché de l'emploi, beaucoup plus rare et lié à des conditions de sous scolarisation et de pauvreté, nous apparaît même plus susceptible d'être marginalisé.

#### 2.4.2 Proposition d'un modèle élargi

L'interprétation des facteurs mesurés en tant qu'indicateurs d'un contexte de vie plus large, et même d'une certaine organisation de société, nous permet d'approfondir la compréhension des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale. La figure 9 présente le modèle « élargi » que nous sommes en mesure de proposer à la lumière de cette interprétation.

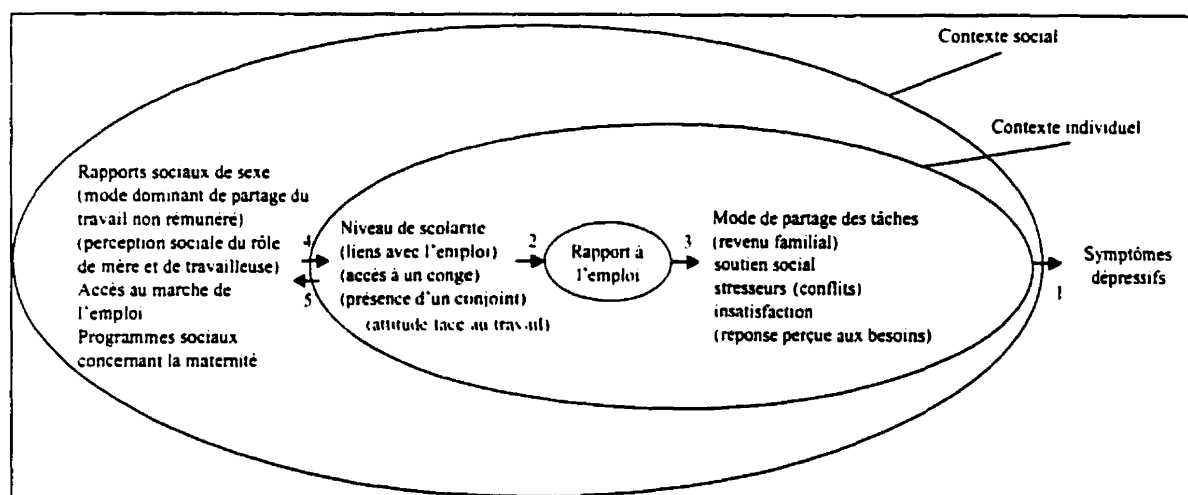


FIGURE 9 : LIENS UNISSANT LE RAPPORT A L'EMPLOI ET LES SYMPTOMES DEPRESSIFS : MODELE ELARGI

Ce modèle nous permet de dégager cinq grands traits formant le cadre de compréhension des liens unissant le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale que cette étude a révélé.

1. Ainsi, nous sommes à même de constater que l'association entre le rapport à l'emploi et la symptomatologie dépressive postnatale est teintée par le contexte de vie des nouvelles mères, soit leurs caractéristiques et celles de leur environnement, mais également par le contexte social plus large dans lequel s'insèrent ces caractéristiques.

2. Les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement sont à l'origine du rapport qu'elles entretiendront avec le marché de l'emploi. Le niveau de scolarité et l'attitude adoptée face au travail et à la maternité viendront ainsi influencer cette décision, mais nous pouvons également soulever l'hypothèse selon laquelle le rapport des mères à l'emploi pourrait être déterminé par les liens que les nouvelles mères entretiennent avec l'emploi, l'accès à un congé, la présence d'un conjoint et le revenu familial.

3. Nous sommes également à même de constater que le rapport des nouvelles mères à l'emploi exercera à son tour une influence sur le contexte de vie des nouvelles mères. Ce rapport pourrait ainsi avoir un impact sur le revenu familial, le réseau de soutien social des nouvelles mères, sur les stressseurs auxquels elles devront faire face, sur le mode de partage des tâches domestiques et sur la satisfaction qu'elles éprouveront face à leur situation.

4. Il apparaît important de noter que le contexte social exerce une influence certaine sur les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement immédiat. L'organisation sociale du travail, notamment par les modalités d'accès à l'emploi et à des congés, tout comme la perception sociale dominante du rôle maternel apparaît grandement susceptible d'exercer une telle influence.

5. Enfin, les caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement ne constituent pas uniquement le résultats de ce contexte social. Elles en sont également à l'origine, car elles forment les situations et le mode de vie dominant, dans notre société.

## CONCLUSION

---

Cette étude nous a permis d'effectuer une exploration des liens unissant le rapport entretenu par les nouvelles mères avec le marché de l'emploi et la symptomatologie dépressive. Le modèle que nous avons proposé à la fin de cette démarche révèle surtout le caractère complexe et multiple de ces liens. A la fin de notre démarche, nous sommes à même de constater que seul fait d'exercer ou de ne pas exercer une activité professionnelle six mois après la naissance d'un enfant n'a sans doute pas un impact, sur la symptomatologie dépressive, qui soit indépendant du contexte de vie des nouvelles mères. Nous pouvons cependant constater que le rapport à l'emploi est lié de près à plusieurs caractéristiques des nouvelles mères et de leur environnement qui ont une influence sur cette symptomatologie. Le rapport à l'emploi est un élément central du contexte postnatal : il est à la fois le fruit du de l'environnement social et individuel des nouvelles mères, et un élément à l'origine de plusieurs des caractéristiques socio-environnementales qui forment ce contexte.

Nous avons vu que les femmes en congé de maternité profitent en moyenne d'un contexte plus favorable à leur santé psychologique que les femmes « au foyer » et celles qui recherchent un emploi. Ce contexte est à l'origine de la situation de ces femmes, leur permettant d'avoir accès à un travail et à un congé, mais cette situation de congé est également à l'origine de plusieurs des conditions favorables à leur santé. De la même façon, la décision des femmes de rester au foyer semble être déterminée en partie par des contraintes, notamment la sous-qualification, un faible revenu et une situation de monoparentalité, qui peuvent provoquer des problèmes dépressifs. Il n'en reste pas moins que le séjour au foyer paraît également susceptible de créer, dans certains cas, un contexte néfaste pour la santé, lié à de l'insatisfaction, à un mode inégalitaire de partage des tâches et à un faible réseau de soutien. La situation des mères ayant repris le travail est très diversifiée, et cette étude est loin d'avoir répondu à la totalité des questions que peut soulever le travail des mères de très jeunes enfants. Nous avons cependant pu constater que les travailleuses forment un groupe de femmes qui vit dans des conditions généralement liées à une bonne santé. Si la double tâche peut être difficile pour ces nouvelles mères, le travail semble tout de même apporter certains bénéfices pouvant compenser en partie ces difficultés. Enfin, les femmes à la recherche d'un emploi constituent visiblement un groupe vulnérable aux symptômes dépressifs postnataux. Les conditions de vie à l'origine de cette situation, tout comme celles qui en sont la conséquence, rendent cette situation particulièrement difficile.

A la fin de cette étude, la question de l'utilité d'un tel modèle pour la recherche et l'intervention auprès des nouvelles mères présentant des symptômes dépressifs se doit d'être posée. Bien entendu, ce modèle ne permet pas d'offrir des solutions simples aux situations difficiles vécues par les nouvelles mères. Cependant, les éléments que cette recherche nous a permis d'explorer peuvent à notre avis se révéler utiles pour guider les chercheurs, chercheuses, intervenants et intervenantes vers une meilleure compréhension des enjeux liés au rapport à l'emploi dans les mois qui suivent une naissance.

En particulier, ce modèle met en lumière l'importance, dans cette problématique, de ne pas se limiter aux effets « indépendants » des facteurs mesurés. Chercher à contrôler pour les facteurs de risque peut faire en sorte de laisser dans l'ombre des relations par ailleurs très importantes. Ainsi, l'association indirecte entre le fait d'être à la recherche d'un emploi, ou d'être au foyer, et la symptomatologie dépressive, peut mettre les intervenants et intervenantes sur la piste de groupes présentant un risque plus élevé de développer de tels symptômes. Même si des facteurs intermédiaires, par exemple, le soutien social, était à l'origine de l'association observée, il est sans doute plus aisé, pour les intervenantes et intervenants de s'enquérir du rapport entretenu par la nouvelle mère au marché de l'emploi plutôt que de chercher à connaître l'ampleur du réseau de soutien de celle-ci.

De plus, parce qu'il révèle les conséquences du rapport des mères à l'emploi sur leur contexte de vie immédiat, ce modèle soulève la possibilité de s'intéresser à ce facteur en tant qu'élément source de changement dans les conditions de vie des femmes et, par le fait même, sur leur état de santé psychologique. La mise en lumière de l'influence exercée par le contexte de vie immédiat des nouvelles mères soulève également la possibilité selon laquelle une intervention sur ce contexte puisse susciter une modification du rapport à l'emploi pouvant avoir des conséquences positives sur leur santé. Les liens étroits entre le rapport des mères à l'emploi et leurs caractéristiques et environnement immédiat révèlent l'importance de prendre en compte ce rapport afin d'avoir une vision complète de l'environnement des nouvelles mères. De la même façon, il apparaît important de prendre en compte cet environnement pour l'étude de l'impact du rapport des mères à l'emploi.

Enfin, la mise en lumière du contexte social plus général qui entoure à la fois le rapport des mères à l'emploi et leur environnement immédiat, souligne l'importance d'intervenir globalement sur des enjeux de société, tels les rapports sociaux de sexe, la division sexuelle du travail, l'accès au travail et la transformation des mentalités à l'égard de la maternité et de la paternité, afin de favoriser une bonne santé psychologique pour toutes les nouvelles mères.

## REFERENCES

- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M., & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, *23*(5), 465-75.
- Agrawal, P., Bhatia, M. S., & Malik, S. C. (1997). Post partum psychosis: a clinical study. *Int J Soc Psychiatry*, *43*(3), 217-22.
- Altshuler, L. L., Hendrick, V., & Cohen, L. S. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*, *59*(Suppl 2), 29-33.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)*. Washinfton D.C.: APA.
- Aston, A., & Lavery, J. (1993). The health of women in paid employment: Effect of quality of work role, social support and cynicism in psychological well-being. *Women & Health*, *20*(3), 1-25.
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J. M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. *Psychol Med*, *26*(1), 135-41.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus. Histoire de l'amour maternel (XVIIe - XXe siècle)*. Paris: Flammarion.
- Bagedahl-Strindlund, M., & Monsen Borjesson, K. (1998). Postnatal depression: a hidden illness. *Acta Psychiatr Scand*, *98*(4), 272-5.
- Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assesment issues. In B. H. Gotlib (Ed.), *Social Network and Social Support* . Beverly Hills: Sage Publ.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, *14*(4), 413-445.
- Barrera, M., & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support : A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, *11*, 133-143.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-569.
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res*, *44*(5), 298-304.
- Beck, C. T. (1996). A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res*, *45*(5), 297-303.
- Bélisle, D. (1985). Un peu d'histoire : I- Une histoire de ménagères. In L. Vandelac (Ed.), *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique* (pp. 69-97). Montréal: Editions Saint-Martin.

- Bélisle, D., & Pinard, Y. (1985). II- De l'ouvrage des femmes québécoises. In L. Vandelac (Ed.), *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique* (pp. 99-133). Montréal: Editions Saint-Martin.
- Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., & Levasseur, M. (Eds.). (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*. Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Bernazzani, O., Saucier, J. F., David, H., & Borgeat, F. (1997). Psychosocial predictors of depressive symptomatology level in postpartum women. *J Affect Disord*, 46(1), 39-49.
- Berthiaume, M., David, H., Saucier, J.-F., & Borgeat, F. (1996). Correlates of gender role orientation during pregnancy and the postpartum. *Sex Roles*, 35(11-12), 781-800.
- Bird, C. E. (1999). Gender, household labor, and psychological distress : The impact of the amount and division of housework. *Journal of Health and Social Behavior*, 40, 32-45.
- Blais, L. (1998). *Pauvreté et santé mentale au féminin. L'étrangère à nos portes*. Ottawa: Les presses de l'Université d'Ottawa.
- Borgeat, F., David, H., Saucier, J. F., & Dumont, M. (1994). Perceptual defense and vulnerability to postpartum depression. *Acta Psychiatr Scand*. 90(6), 455-8.
- Brannen, J., & Moss, P. (1991). *Managing mothers: Dual earner households after maternity leave*. London: Unwin Hyman.
- Bridges, J. S., & Etaugh, C. (1995). College students' perceptions of mothers : Effect of maternal employment-Childrearing pattern and motive for employment. *Sex Roles*, 32(11-12), 735-751.
- Broadhead, W. E., Caplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. H. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521-537.
- Brockington, I. F., & Meakin, C. J. (1994). Clinical clues to the aetiology of puerperal psychosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 18(3), 417-29.
- Bryan, T. L., Georgiopoulos, A. M., Harms, R. W., Huxsahl, J. E., Larson, D. R., & Yawn, B. P. (1999). Incidence of postpartum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retrospective study. *J Reprod Med*, 44(4), 351-8.
- Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *J Abnorm Psychol*, 100(4), 594-9.
- Campbell, S. B., Cohn, J. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4, 29-47.
- Collectif Clio. (1982). *L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles*. Montréal: Les Quinze.



- Collins, N. L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. C. (1993). Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol*, 65(6), 1243-58.
- Coltrane, S. (1990). Birth timing and the division of labor in dual-earner families. *Journal of Family Issues*, 11(2), 157-181.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept [see comments]. *Br J Psychiatry*, 166(2), 191-5.
- Corbeil, C., Descarries, F. G., C., & Séguin, C. (1992). Une pratique de la maternité : les femmes au foyer. In R.-B. Dandurand & F. Descarries (Eds.), *Mères et travailleuses. De l'exception à la règle*. Québec: IQRC.
- Cott, N. F. (1993). Domesticity. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 114-119). Toronto: Oxford University Press.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786..
- Cummings, E. M., & Davis, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of child psychological psychiatry*, 35, 72-112.
- Dandurand, R. B., & Descarries, F. (1992). *Mères et travailleuses : de l'exception à la règle*. Québec: IQRC.
- Dandurand, R. B.-D. , & Ouellette, F.-R. (1992). Travail des mères, garde des enfants et soutien de l'entourage dans trois quartiers Montréalais. In R. B.-D. Dandurand & F. Descarries (Eds.), *Mères et travailleuses: de l'exception à la règle* (pp. 129-162). Québec: IQRC.
- Dassigny, M., Descarries, F., Kurtzman, L., & Tardy, E. (Eds.). (1992). *Ces femmes qui ont bâti Montréal: Les éditions du remue-ménage*.
- Delzenne, V., Poinso, F., Thirion, X., & Samuelian, J.-C. (1996). Vers un soin précoce de la dépression du post-partum : travail en réseau et résultats d'une enquête épidémiologique et clinique en maternité. *Psychiatrie de l'enfant*, 39(1), 297-331.
- Demyttenaere, K., Lenaerts, H., Nijs, P., & Van Assche, F. A. (1995). Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression levels during pregnancy and during postpartum. *Acta Psychiatr Scand*, 91(2), 95-102.
- Desai, S., & Waite, L. J. (1991). Women's employment during pregnancy and after the first birth : Occupational characteristics and work commitment. *American Sociological Review*, 56(4), 551-566.
- Descarries, F. (2000). *Les enjeux sociaux : les femmes dans la société québécoise*. Montréal: UQAM.
- Descarries, F., & Corbeil, C. (1995). *Travail et vie familiale: une difficile articulation pour les mères en emploi*. Montréal: UQAM.

- Descarries, F., & Corbeil, C. (1998a). *Articulation famille-travail : y a-t-il un sens ?* Paper presented at the 66e congrès de l'ACFAS.
- Descarries, F., & Corbeil, C. (1998b). *Entre famille et travail : la valse-hésitation des mères en emploi*. Paper presented at the Congrès de l'association internationale de sociologie (AIS).
- Descarries-Bélanger, F. (1980). *L'école rose... et les cols roses*. Montréal: Éditions coopératives Albert Saint-Martin et Centrale de l'enseignement du Québec.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick ? Gender and the political economy of health*. New Brunswick NJ: Rutgers University Press.
- Dulac, G. (1997). La configuration du champ de la paternité : politiques, acteurs et enjeux. *Lien social et politiques - RIAC*, 37, 133-143.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (Eds.). (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health : A critical review. *Social Science & Medicine*, 37, 41-52.
- Fahmy, P. (1992). *Femmes entre vie et carrière : le difficile équilibre*. Montréal: Adage.
- Fast, J., & Da Pont, M. (1997). Changements touchant la continuité du travail chez les femmes. *Tendances sociales canadiennes, Automne*, 2-8.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press.
- Fischer, G. N. (1991). *Les domaines de la psychologie sociale : 2. Les processus du social*. (Vol. 234). Paris: Dunod.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fox, B. (Ed.). (1993a). *Family patterns, gender relations*. Toronto: Oxford University Press.
- Fox, B. J. (1993b). The rise and fall of the breadwinner-homemaker family. In B. J. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 147-157). Toronto: Oxford University Press.
- Fuhrer, R., & Rouillon, F. (1989). La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. *Psychiatry & Psychobiology*, 4, 163-166.
- Galaskiewicz, J., & Wasserman, S. (1993). Social network analysis. Concepts, methodology and directions for the 1990s. *Sociological Methods & Research*, 22(1), 3-22.
- Ghalam, N. Z. (1993). Les femmes sur le marché du travail. *Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, printemps* 1993.
- Ghalam, N. Z. (1997). Attitude à l'égard des femmes, du travail et de la famille. *Tendances sociales canadiennes, Statistique Canada, automne* 1997.
- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994a). Mothers' experience with household roles and social support during the first postpartum year. *Women & Health*, 21, 57-74.

- Gjerdingen, D. K., & Chaloner, K. M. (1994b). The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth, and social support. *J Fam Pract*, 38(5), 465-72.
- Glangeaud-Freudanthal, N. (1999). Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France. *Devenir*, 11(2), 53-64.
- Glangeaud-Freudanthal, N., Crost, M., & Kaminski, M. (1999). Severe post-delivery blues: associated factors. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 37-44.
- Glass, J., & Fujimoto, T. (1994). Housework, paid work, and depression among husbands and wives. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 179-191.
- Godfroid, I. O. (1997). Critères DSM IV pour la dépression du postpartum : critiquables ? *L'Encéphale*, 23, 224.
- Godfroid, I. O., Hubain, P. P., Dramaix, M., & Linkowski, P. (1997). Le sommeil durant la dépression du post-partum. *Encephale*, 23(4), 262-6.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Greenberg, E., Goldberg, W. A., Hamill, S., O'Neil, R., & Payne, C. K. (1989). Contributions of a supportive work environment to parents' well-being and orientation to work. *American Journal of Community Psychology*, 17(6), 755-783.
- Guedeney, A., Bungener, C., & Widlocher, D. (1993). Le post-partum blues : une revue critique de la littérature. *Psychiatrie de l'enfant*, 36, 329-354.
- Guyon, L. (1996). *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*. Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Hahn, B. A., & Steinberg Schone, B. (1996). Maternal psychological distress : The role of children's health. *Women & Health*, 24(1), 59-75.
- Harris, B., Othman, S., Davies, J. A., Weppner, G. J., Richards, C. J., Newcombe, R. G., Lazarus, J. H., Parkes, A. B., Hall, R., & Phillips, D. I. (1992). Association between postpartum thyroid dysfunction and thyroid antibodies and depression. *BMJ*, 305(6846), 152-6.
- Herold, J., & Waldron, I. (1985). Part-time employment and women's health. *Journal of Occupational Medicine*, 27, 405-412.
- Hibbard, J. H., & Pope, C. R. (1992). Women's employment, social support and mortality. *Women & Health*, 18, 119-133.
- Hock, E., & DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants : The role of maternal employment. *Developmental Psychology*, 26(2), 285-291.
- Hock, E., Gnezda, M. T., & McBride, S. L. (1984). Mothers of infants : Attitudes toward employment and motherhood following birth of the first child. *Journal of Marriage and the family*, (May), 425-431.

- Houston, B. K., Cates, D. S., & Kelly, K. E. (1992). Job stress, psychological strain, and physical health problems in women employed full-time outside the home and homemakers. *Women & Health, 19*, 1-26.
- Joesch, J. M. (1994). Children and the timing of women's paid work after childbirth : A further specification of the relationship. *Journal of Marriage and the family, 56*(2), 429-440.
- Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry, 150*, 662-673.
- Knibiehler, Y. (1997). *La révolution maternelle. Femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945*. Paris: Perrin.
- Krieger, N., & Fee, E. (1994). Man-made medicine and women's health: The biopolitics of sex-gender and race-ethnicity. In N. Krieger & E. Fee (Eds.), *Women's Health, Politics and Power: Essays on Sex-Gender Medicine and Public Health* (pp. 11-29). Amityville, N.Y: Baywood.
- Kumar, R. (1990). An overview of postpartum psychiatric disorders. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs, 1*(3), 351-8.
- Kumar, R., & Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *British Journal of Psychiatry, 144*, 35-47.
- Leathers, S. J., Kelley, M. A., & Richman, J. A. (1997). Postpartum depressive symptomatology in new mothers and fathers: parenting, work, and support. *J Nerv Ment Dis, 185*(3), 129-39.
- Lennon, M. C., Wasserman, G., & Allen, R. (1991). Infant care and wives depressive symptoms. *Women & Health, 17*(2), 1-23.
- Lepage, L. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Unpublished M.Sc. Thesis, Université de Montréal, Montréal.
- Lewis, G., & Sloggett, A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment : Record linkage study. *British Medical Journal, 317*, 1283-1286.
- Llewellyn, A. M., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 26-32.
- Lynch, J. W., Kaplan, G. A., & Salonen, J. T. (1997). Why do poor people behave poorly ? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science & Medicine, 44*(6), 819-819.
- Malenfant, R. (1993). Le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite : à la recherche d'un consensus. *Sociologie et sociétés, 25*, 61-76.
- Manzano, J., Righetti-Veltema, M., & Conne Perreard, E. (1997). Le syndrome de la dépression du pré-partum : résultats d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. *Psychiatrie de l'enfant, 40*(2), 533-552.
- Margolis, M. (1993). Putting mothers on the pedestal. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 120-134). Toronto: Oxford University Press.

- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44, 901-910.
- Marshall, K. (1999). L'emploi après la naissance d'un enfant. *Perspective, Statistique Canada*, 11(20-29).
- Martikainen, P. (1995). Women's employment, marriage, motherhood and mortality : a test of the multiple roel and role accumulation hypotheses. *Social Sciences and Medicine*, 40(2), 199-212.
- Mauthner, N. S. (1993). Towards a feminist understanding of postnatal depression. *Feminism & Psychology*, 3, 350-355.
- Mauthner, N. S. (1998). 'It's a women's cry for help' : A relational perspective on postnatal depression. *Feminism & Psychology*, 8(3), 352-355.
- May, M. (1993). Bread before roses : American workingmen, labour unions, and the family wage. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* . Toronto: Oxford University Press.
- Mayberry, L. J., & Affonso, D. D. (1993). Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health Care Women Int*, 14(2), 201-11.
- Mc Dowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. New-York: Oxford University Press.
- McVeigh, C. (1997). Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *Clinical Nursing Research*, 6(4), 335-348.
- Mercier, L. (1990). Le quotidien et le partage des tâches. In D. Lemieux (Ed.), *Familles d'aujourd'hui* (pp. 143-155). Québec: IQRC.
- Messing, K., Seifert, A. M., & Elabidi, D. (1999). Une analyse du travail des préposées à l'accueil pendant la restructuration des services de santé. *Recherches féministes*, 12(2), 85-108.
- Moisan, M. (1997). Les hommes et l'utilisation du congé parental au Québec : faits saillants d'une recherche. *Lien social et politiques-RIAC*, 37, 111-119.
- Moss, P., Bolland, G., Foxman, R., & Owen, C. (1987). The division of household work during the transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 71-86.
- Mueller, R. (1996). *Basic principles of structural equation modeling. An introduction to LISREL and EQS*. New-York: Springer-Verlag.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G., & Jones, P. (1995). Childbirth : Life event or start of a long term difficulty ? *British Journal of Psychiatry*, 166, 595-600.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry*, 33(3), 543-61.
- Murray, L., & Cartwright, W. (1993). The role of obstetric factors in postpartum depression. *Journal of Infant and Reproductive Psychology*, 11, 215-219.
- Murray, L., & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*, 77(2), 99-101.

- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996a). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev*, 67(5), 2512-26.
- Murray, L., Hipwell, A., Hooper, R., Stein, A., & Cooper, P. (1996b). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*, 37(8), 927-35.
- Neter, E., Collins, N. L., Lobel, M., & Dunkel-Schetter, C. (1995). Psychosocial predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women. *Womens Health*, 1(1), 51-75.
- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry*, 59(Suppl 2), 34-40.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- O'Hara, M. W., & Zekoski, E. M. (1988). Postpartum depression : A comprehensive review. In R. Kumar & I. F. Brockington (Eds.), *Motherhood and mental illness* (pp. 17-63). London: Wright.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991a). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *J Abnorm Psychol*, 100(1), 63-73.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991b). Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*, 48(9), 801-6.
- O'Hara, M. W., Zekoski, E. M., Philipps, L. H., & Wright, E. J. (1990). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*, 99(1), 3-15.
- Olson, A. L., & DiBrigida, L. A. (1994). Depressive symptoms and work role satisfaction in mothers of toddlers. *Pediatrics*, 94, 363-367.
- Paquette, G. (1998). *La récente remise en question des hommes quant à la paternité : questionnaire élaboré à la lumière des revendications du mouvement des femmes et des nouvelles pratiques des rapports de sexe*. Unpublished Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
- Pascual, L., Haynes, O. M., Galperin, C. G., & Bornstein, M. H. (1995). Psychosocial determinants of whether and how much new mothers work. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 26(3), 314-330.
- Powell, S. S., & Drotar, D. (1992). Postpartum depressed mood - The impact of daily hassles. *J Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 13, 255-266.
- Power, C., Manor, O., & Matthews, S. (1999). The duration and timing of exposure : Effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 89(7), 1059-1065.

- Préjean, M. (1994). *Sexes et pouvoir: la construction sociale des corps et des émotions*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Pritchard, D. B., & Harris, B. (1996). Aspects of perinatal psychiatric illness. *Br J Psychiatry*, 169(5), 555-62.
- Pugliesi, K. (1992). Women and mental health: Two traditions of feminist research. *Women & Health*, 19, 43-68.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reifman, A., Biernat, M., & Lang, E. (1991). Stress, social support and health in married professional women with small children. *Psychology of Women Quarterly*, 15, 431-445.
- Repetti, R. L., Matthews, K. A., & Waldron, I. (1989). Employment and women's health: Effects of employment on women's mental and physical health. *American Psychologist*, 44, 1394-1401.
- Rich, A. (1980). *Naitre d'une femme*. Paris: Denoël-Gonthier.
- Rindfuss, R. R., Brewster, K. L., & Kavee, A. L. (1996). Women, work and children : Behavioral and attitudinal change in the United States. *Population and Development Review*, 22(3), 457-482.
- Romito, P. (1990). *La naissance du premier enfant*. Paris: Delachaux & Niestlé.
- Romito, P. (1994). Work and health in mothers of young children. *Int J Health Serv*, 24(4), 607-28.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M. J., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy : psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine*, 49, 1651-1661.
- Rosenberg, H. (1993). Motherwork, stress and depression: The costs of privatized social reproduction. In B. Fox (Ed.), *Family patterns, gender relations* (pp. 245-256). Toronto: Oxford University Press.
- Rosenfield, S. (1992). The costs of sharing : wives' employment and husbands' mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 215-225.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1995). Does employment affect health ? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 230-243.
- Roux, P. (1999). *Couple et égalité. Un ménage impossible*. Lausanne: Réalités sociales.
- Sable, M. R., Spencer, J. C., Stockbauer, J. W., Schramm, W. F., Howell, V., & Herman, A. A. (1997). Pregnancy wantedness and adverse pregnancy outcomes: Differences by race and medicaid status. *Family Planning Perspectives*, 29, 76-81.
- Salamon, E. D., & Robinson, B. W. (1987). Doing what comes naturally ? Theories on the acquisition of gender. In E. D. Salamon & B. W. Robinson (Eds.), *Gender Roles* (pp. 5-38). Toronto: Methuen.

- Saurel-Cubizolles, M. J., Blondel, B., Lelong, N., & Romito, P. (1997). Violence conjugale après une naissance. *Contracept Fertil Sex*, 25(2), 159-64.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Ancel, P. Y., & Lelong, N. (2000). Unemployment and psychological distress one year after childbirth in France. *J Epidemiol Community Health*, 54(3), 185-91.
- Saurel-Cubizolles, M. J., Romito, P., Escribà-Agüir, V., Lelong, N., Pons, R. M., & Ancel, P. Y. (1999). Returning to work after childbirth in France, Italy and Spain. *European Sociological Review*, 15(2), 179-194.
- Schaper, A. M., Rooney, B. L., Kay, N. R., & Silva, P. D. (1994). Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *J Reprod Med*, 39(8), 620-4.
- Séguin, L., Goulet, L., & Saurel-Cubizolles, M. J. (1995). *Santé des femmes dans l'année après une naissance et emploi*. Protocole de recherche .
- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loïselle, J. (1999). Socio-environmental factors and postnatal depressive symptomatology: a longitudinal study. *Women Health*, 29(1), 57-72.
- Shinn, M., Wong, N. W., Simko, P. A., & Ortiz-Torres, B. (1989). Promoting the well-being of working parents : Coping, social support, and flexible job schedules. *American Journal of Community Psychology*, 17(1), 31-55.
- Shroeder, K. A., Blood, L. L., & Maluso, D. (1992). An intergenerational analysis of expectations for women's career and family roles. *Sex Roles*, 26, 273-291.
- Sommerfeld, D. P. (1989). The origins of mother blaming : Historical perspectives on Childhood and motherhood. *Infant Mental Health Journal*, 10(1), 14-24.
- Sorensen, G., & Verbrugge, L. M. (1987). Women, work and health. *American Review of Public Health*, 8, 235-251.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria : Rationale and responsibility. *Archives of General Psychiatry*, 36, 773-782.
- Statistique Canada. (1997). *Indicateurs économiques de l'égalité entre les sexes: Rapport commandé par les ministres fédérale, provinciaux et territoriaux responsables de la condition féminine*.
- Statistique Canada. (1998). *Enquête sociale générale : temps moyen consacré aux activités selon le sexe*.
- Statistique Canada. (1999). *Enquête sur la population active : population active, occupée et en chômage*.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *J Nerv Ment Dis*, 186(7), 420-4.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L., & Seeman, T. (1997). Health psychology : What is an unhealthy environment and how does it get under the skin ? *Annu. Rev. Psychol.*, 48, 411-447.



- Tessier, R., Beaudry, J., & Savoie, G. (1992). *Influence des facteurs psycho-sociaux associés au double statut des mères-travailleuses sur leur santé physique et leur bien-être psychologique*. Rapport de recherche. Montréal: Université du Québec à Montréal.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes : Where are we ? What next ? *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 53-79.
- Vandelac, L. (1985b). Le New Deal des rapport hommes-femmes : big deal ! In L. Vandelac (Ed.), *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- Vandelac, L. (1985c). Problématique, ce travail domestique... In L. Vandelac (Ed.), *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique* (pp. 23-68). Montréal: Editions Saint-Martin.
- Vandelac, L. (Ed.). (1985). *Du travail et de l'amour. Les dessous de la production domestique*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- Wadsworth, M. E. J. (1997). Health inequalities in the life course perspective. *Social Science & Medicine*, 44(6), 859-869.
- Waldron, I., & Herold, J. (1986). Employment, attitudes toward employment, and women's health. *Women & Health*, 11(1), 79-98.
- Waldron, I., & Jacobs, J. A. (1989). Effects of multiple roles on women's health. Evidence from a national longitudinal study. *Women & Health*, 15(1), 3-19.
- Waldron, I., Weiss, C. C., & Hughes, M. E. (1998). Interacting effects of multiple roles on women's health. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 216-236.
- Walker, M. E., Wasserman, S., & Wellman, B. (1993). Statistical models for social support networks. *Sociological Methods & Research*, 22(1), 71-98.
- Walther, V. N. (1997). Postpartum depression: a review for perinatal social workers. *Soc. Work Health Care*, 24(3-4), 99-111.
- Walzer, S. (1997). Contextualizing the employment decisions of new mothers. *Qualitative Sociology*, 20(2), 211-227.
- Warner, R., Appleby, L., Whitton, A., & Faragher, B. (1996). Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry*, 168(5), 607-11.
- Weatherhall, R., Joshi, H., & Macran, S. (1994). Double burden or double blessing? Employment, motherhood and mortality in the longitudinal study of England and Wales. *Social Science & Medicine*, 38, 285-297.
- Weitzman, L. J. (1979). Sex roles socialisation. In J. Freeman (Ed.), *Women, a feminist perspective* (pp. 153-216): Mayfield Publishing.
- Wenk, D., & Garrett, P. (1992). Having a baby : Some predictions of maternal employment around childbirth. *Gender & Society*, 6(1), 49-65.

- West, C., & Zimmerman, D. H. (1991). Doing gender. In J. Lorber & S. A. Farrell (Eds.), *The social construction of gender* (pp. 13-37). Londres: Sage.
- Wetzel, J. W. (1994). Depression: Women-at-risk. *Social Work in Health Care*, 19(3-4), 85-108.
- Whiffen, V. E. (1991). The comparison of postpartum with non-postpartum depression: a rose by any other name. *J Psychiatry Neurosci*, 16(3), 160-5.
- Whiffen, V. E., & Gotlib, I. H. (1993). Comparison of postpartum and nonpostpartum depression: clinical presentation, psychiatric history, and psychosocial functioning. *J Consult Clin Psychol*, 61(3), 485-94.
- Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy Societies*. London: Routledge.
- Wilson, L. M., Reid, A. J., Midmer, D. K., Biringer, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154(6), 785-799.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

ANNEXES

---

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRES

# SANTÉ DES FEMMES APRÈS UNE NAISSANCE: PREMIÈRE ENTREVUE

BONJOUR CE QUESTIONNAIRE EST D'UNE DURÉE DE 30 À 45 MINUTES.

ESSAYEZ DE CHOISIR PARMIS LES RÉPONSES OFFERTES CELLES QUI CONVIENNENT LE MIEUX A VOTRE SITUATION. IL N'Y A PAS DE BONNES OU MAUVAISES RÉPONSES.

SI VOUS AVEZ DES DOUTES IMPORTANTS, INDIQUEZ-NOUS LE.

CERTAINES QUESTIONS VOUS SEMBLERONT PEUT-ÊTRE RÉPÉTITIVES MAIS NOUS AIMERIONS QUE VOUS PRENIEZ LA PEINE DE RÉPONDRE À CHACUNE D'ENTRE ELLES.

VOUS ÊTES LIBRE DE RÉPONDRE OU NON À CHACUNES DES QUESTIONS.

CETTE RECHERCHE RESPECTE L'ANONYMAT ET LA CONFIDENTIALITÉ DES PARTICIPANTES.

VOTRE PARTICIPATION NOUS EST PRÉCIEUSE POUR LA RÉUSSITE DE CETTE RECHERCHE.

MERCI BEAUCOUP!

## À REMPLIR PAR L'ENQUÊTRICE

Ne rien inscrire dans cette colonne

1. Numéro de l'enquêtrice: _____	V1	□□□
2. Numéro de référence: _____	V2	□□□□
3. Date de l'entrevue: _____	V3	□□□□□□□□
4. Hôpital: _____	V4	□



**SECTION 2: LES AUTRES ENFANTS**

Ne rien inscrire dans cette colonne

12. À part votre bébé, combien avez-vous eu d'enfants? (*Indiquez le nombre*):

\_\_\_\_\_

V17   

*Si vous n'avez pas d'autres enfants, allez à la question 14*

13. Mis à part le bébé, quel âge ont vos autres enfants? Considérez tous les enfants, en incluant ceux de votre conjoint qui habitent avec vous. *Commencez par la première colonne et poursuivez avec les autres colonnes si elles s'appliquent à votre cas. Commencez par les plus jeunes enfants.*

Âge des enfants qui résident avec vous	S'agit-il d'un enfant dont la garde est partagée? (oui ou non)	Si en garde partagée, nbr de jour par mois avec vous
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		

V18

V19

V20

V21

V22

V23

V24

V25

V26

S'il y a des commentaires, veuillez les mettre: (*en indiquant le numéro du cas*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SECTION 3: L'EMPLOI

Ne rien inscrire dans cette colonne

14. Quelle est votre opinion par rapport aux propositions suivantes (*encerclez le chiffre correspondant à votre réponse*)

Proposition	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
La maternité est une façon importante de s'épanouir comme femme	1	2	3	4
Une carrière ou un emploi m'apporte beaucoup de satisfaction personnelle	1	2	3	4
Si j'avais à choisir entre le travail à temps plein ou le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison	1	2	3	4
Je ne regretterais pas de retarder ma carrière pour rester à la maison avec mes enfants	1	2	3	4
Ma vie serait incomplète sans un emploi	1	2	3	4

V28

V29

V30

V31

V32

15. Avez-vous travaillé pendant la grossesse? (*Même si peu de temps, à un moment quelconque de la grossesse. Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui *Allez à la question 20*

V33



**Pour les femmes sans emploi au cours de la grossesse**

Ne rien inscrire dans cette colonne

16. Actuellement, êtes-vous: (*encerclez votre réponse*)

1. Femme au foyer ou sans emploi et non à la recherche d'emploi
2. À la recherche d'un emploi
3. Étudiante
4. Autre (*précisez*): \_\_\_\_\_

V34

17. Avez-vous travaillé dans l'année précédant cette grossesse? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non *Allez à la question 38*

1. Oui

V35

18. Quel travail faisiez-vous? \_\_\_\_\_

V36

19. Pour quelle raison avez-vous arrêté? (*Encerclez votre réponse*)

1. Fin de contrat ou travail temporaire
2. Congédiement, renvoi
3. Démission (*spécifiez la raison*) \_\_\_\_\_
7. Autre (*spécifiez*): \_\_\_\_\_

V37

*Allez à la question 38*

**Pour les femmes qui ont eu un emploi au cours de la grossesse**

Si vous avez eu **plus d'un emploi** au cours de votre grossesse, veuillez identifier les emplois par un numéro.

*CONDITIONS D'EMPLOI*

20. Quel était votre titre d'emploi? (*en détail*): \_\_\_\_\_

V38

21. Pouvez-vous décrire les tâches que vous faisiez? (*en détail*): \_\_\_\_\_

22. Dans quel département travailliez-vous? (*Si applicable*) \_\_\_\_\_

23. Dans quel type d'établissement travaillez-vous?

1. Manufacture
2. Établissement de santé
3. Établissement d'éducation
4. Dans la vente ou les services
5. Dans la fonction publique
6. À domicile
7. Autre (*spécifiez*) \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V39

□ □ □ □ □

24. Quel est le nom de l'établissement pour lequel vous travaillez?

\_\_\_\_\_

25. Quel était votre statut? (*Encerclez votre réponse*)

1. Salariée
2. Contractuelle (à contrat)
3. Sur appel, suppléante
4. Travailleuse autonome
5. Employeur
6. Autre (*spécifiez*) \_\_\_\_\_

V40

□

26. Combien d'heures, en moyenne, avez-vous travailler par semaine?

\_\_\_\_\_

V41

□ □ □ □ □

27. Durant votre grossesse, avez-vous travaillé d'une façon régulière à toutes les semaines (avant votre congé lié à votre maternité)?

0. Non

1. Oui

Si non, combien de temps avez-vous travailler? \_\_\_\_\_ Semaines

Ou \_\_\_\_\_ Mois

V42

□

V43

□ □

28. Combien êtes-vous d'employés dans votre lieu de travail (*Encerclez votre réponse*)

1. 1 à 19 employés
2. 20 à 99 employés
3. 100 ou plus employés

V44

□

29. Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet établissement?

\_\_\_\_\_

V45

□ □ □ □ □

30. Est-ce que votre travail vous plaisait? (*Encerclez votre réponse*)

1. Beaucoup
2. Moyennement
3. Pas beaucoup
4. Pas du tout

V46

□

**TRAVAIL ET GROSSESSE**

Ne rien inscrire dans cette  
colonne

31. Comment votre supérieur a-t-il réagi quand il a su que vous étiez enceinte?  
(Encerclez votre réponse)

1. Bien
2. En partie bien, en partie mal
3. Mal
4. Pas de réaction
5. Il ne sait pas, je ne l'ai pas informé
6. Je n'ai pas d'employeur

V47

32. La grossesse a-t-elle eu un effet négatif sur votre travail? (Encerclez votre réponse)

0. Non
1. Oui, congédiement, renvoi
2. Oui, non renouvellement de contrat
3. Oui, moindre avancement
4. Oui, changement de poste non souhaité
5. Oui, primes non reçues
6. Oui, autre (spécifiez): \_\_\_\_\_

V48

33. Pensez-vous que votre travail a eu un effet négatif sur votre grossesse? (Encerclez votre réponse)

0. Non
1. Oui

V49

Si oui, pourquoi? \_\_\_\_\_

V50

34. A quelle semaine de grossesse avez-vous arrêté votre travail ( si vous ne savez pas, inscrivez la date)?  
\_\_\_\_\_

V51

35. Pour quelle raison vous êtes-vous arrêtée de travailler à ce moment-là? (Encerclez votre réponse)

1. Retrait préventif (CSST)
2. Congé de maternité (assurance-chômage)
3. Problèmes de santé
4. Congédiement, renvoi
5. Démission
6. Fin de contrat, manque de travail
7. Autre (spécifiez): \_\_\_\_\_

V52

36. Depuis votre départ du travail, avez-vous eu ou aurez-vous un revenu lié à votre situation sur le marché du travail? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui (*indiquez le pourcentage de votre revenu*) : \_\_\_\_\_

Si oui, de quelle(s) source(s)? (*plusieurs réponses sont possibles*)

1. CSST

2. Assurance-chômage

3. Congés annuels payés

4. Congé de maladie payé

5. Suppléments de revenus (primes d'assurance, etc.)

6. Autre (*spécifiez*): \_\_\_\_\_

37. Après votre congé de maternité, pensez-vous demander un congé parental? (*Incluant les 10 semaines rémunérées par l'assurance-chômage*) (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui

2. Je n'y ai pas encore pensé

3. Je ne connais pas cette possibilité

4. Autre (*Précisez*) : \_\_\_\_\_

Si oui, combien de temps? (*En semaines*): \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V53

V54

V55

V56

V57

V58

V59

V60

V61

V62

V63

### Projets en matière d'emploi

38. Dans les 12 prochains mois, est-ce que vous envisagez de travailler (ou de retourner travailler)? (*Encerclez votre réponse*)

1. Oui, certainement *Allez à la question 39 puis à la question 42*

2. Je voudrais, mais je ne suis pas sûre de pouvoir le faire

*Allez à la question 39 puis à la question 41*

3. Non *Allez à la question 40*

4. Je ne sais pas *Allez à la question 41*

V64

*Si vous avez répondu 1 ou 2:*

Quel âge aura votre enfant lorsque vous comptez reprendre le travail?

\_\_\_\_\_ mois

39. Pour quelle(s) raison(s) avez répondu que vous envisagiez retourner travailler au cours des 12 prochains mois? (*Encerclez votre/vos choix*)

1. Raisons financières.
2. J'aime le travail que je fais.
3. Je n'aime pas rester à la maison tout le temps.
4. Je n'ai jamais pensé que je pourrais m'arrêter de travailler.
5. Pour préserver des avantages ou de l'ancienneté à mon travail
6. Autre (*spécifiez*): \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V65   
 V66   
 V67   
 V68   
 V69   
 V70

Si vous avez choisi plus d'un item, quel est la **principale raison** (*inscrivez le chiffre de 1 à 6*) \_\_\_\_\_

V71

#### A LA QUESTION 38

Si vous avez répondu: 1- oui

Allez à la question 42

Si vous avez répondu: 2- Je voudrais mais je ne suis pas sûre de pouvoir le faire

Allez à la question 41

Si vous avez répondu 3 -non

Allez à la question 40

40. Pour quelle(s) raison(s) avez répondu que vous n'envisagiez pas retourner travailler au cours des 12 prochains mois? (*Encerclez le ou les numéros correspondant à votre réponse*)

1. Je préfère rester avec le bébé.
2. Je n'aime pas du tout mon travail.
3. J'ai perdu mon travail, je n'ai pas de travail.
4. Mon conjoint ne veut pas que je travaille.
5. Je n'ai pas une très bonne santé.
6. Mon bébé n'a pas une bonne santé
7. J'ai une trop grande charge de travail à la maison avec les autres enfants
8. Il n'y a pas de mode de garde acceptable pour l'enfant.
9. Je n'ai jamais pensé que je pourrais travailler en ayant un (ou des) enfant (s)
10. Je prévois travailler lorsque le(s) enfant(s) sera(ont) plus vieux
11. Les frais de garde et de transport sont trop élevés pour que cela vaille la peine de travailler
12. Je désire veiller à l'éducation de mes enfants
13. Autre (*spécifiez*): \_\_\_\_\_

V72   
 V73   
 V74   
 V75   
 V76   
 V77   
 V78   
 V79   
 V80   
 V81   
 V82   
 V83   
 V84

Si vous avez choisi plus d'un item, quel est la **principale raison** (*inscrivez le chiffre de 1 à 13 correspondant à votre réponse*) \_\_\_\_\_

V85

Allez à la question 42

41. Si vous n'êtes pas sûre de pouvoir retourner au travail (2) ou si vous ne savez pas, pour quelle(s) raison(s)? (Encerclez le ou les chiffres correspondant à votre réponse)

1. Emploi non garanti
2. Pas de mode de garde assuré
3. Un salaire peut suffire dans notre ménage
4. J'aurais envie de rester à la maison
5. Cela dépend de mon état de santé
6. Cela dépend de l'état de santé du bébé
7. Mon conjoint ne veut pas que je travaille.
8. Autre (spécifiez): \_\_\_\_\_

Si vous avez choisi plus d'un item, quel est la principale raison (inscrivez le chiffre de 1 à 8 correspondant à votre réponse): \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V86   
 V87   
 V88   
 V89   
 V90   
 V91   
 V92   
 V93

V94

42. Pour vous, quel est le mode de garde idéal pour un bébé de moins d'un an dont les parents travaillent? (Encerclez vos réponses. Plusieurs réponses possibles.)

1. Garderie (pouponnière)
2. Garderie en milieu familial
3. Garderie au travail
4. Gardienne à la maison
5. Quelqu'un de la famille
6. Bonne d'enfants (qui couche à la maison)
7. Un des deux parents
8. Autre (précisez): \_\_\_\_\_

V95   
 V96   
 V97   
 V98   
 V99   
 V100   
 V101   
 V102

Si vous ne retournez pas travailler, allez à la question 44.

43. Si vous retournez travailler, quels modes de garde pensez-vous utiliser?

1. Garderie
2. Garderie en milieu familial
3. Garderie au travail
4. Gardienne à la maison
5. Quelqu'un de la famille
6. Bonne d'enfant (qui couche à la maison)
7. Un des deux parents
8. Autre (précisez): \_\_\_\_\_
9. Je ne sais pas encore

V103   
 V104   
 V105   
 V106   
 V107   
 V108   
 V109   
 V110   
 V111

#### SECTION 4: SITUATION CONJUGALE

44. Êtes-vous mariée? (Encerclez votre réponse)

0. Non
1. Oui

V112

45. Avez-vous un conjoint (ami, chum)? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui

Si oui, celui-ci est-il le père de l'enfant qui vient de naître?

0. Non

1. Oui

Si oui, vivez-vous avec votre conjoint?

0. Non

1. Oui

Si non, vivez-vous avec un autre adulte?

0. Non

1. Oui Indiquez son lien avec vous: \_\_\_\_\_

Si vous ne vivez pas avec un conjoint, allez à la question 53

**Votre conjoint, ami**

46. Quel est le statut de votre conjoint? (*Encerclez votre réponse*)

1. En emploi

2. Chômeur

3. Assisté social

4. Accidenté du travail (CSST)

5. Etudiant

6. Retraité

7. Autre (*spécifiez*): \_\_\_\_\_

47. Quel emploi, métier ou profession exerce-t-il? (*Précisez, même si chômeur, assisté social ou retraité*) \_\_\_\_\_

48. Pense-t-il prendre un congé parental pour s'occuper de l'enfant?

0. Non

1. Oui

2. Cela lui a été refusé

3. Ne s'applique pas (Pas en emploi)

4. Autre (*Précisez*): \_\_\_\_\_

Si oui, pour combien de temps? (*En semaines*): \_\_\_\_\_

49. Pendant la grossesse, diriez-vous que votre relation de couple a été.

1. Très bonne

2. Bonne

3. Assez bonne

4. Moyenne

5. Difficile

6. Très difficile

Ne rien inscrire dans cette colonne

V113

V114

V115

V116

V117

V118

V119

V120

V121

V122

V123

## Travail ménager

Ne rien inscrire dans cette colonne

50. Au cours de la grossesse, qui a accompli les tâches suivantes? (*Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse*)

Tâches	Vous toujours	Vous le plus souvent	Vous et votre conjoint	Le conjoint le plus souvent	Le conjoint toujours	Une autre personne	La tâche n'est pas faite ou pas à faire
Les achats (commissions)	1	2	3	4	5	6	7
La préparation des repas	1	2	3	4	5	6	7
La vaisselle	1	2	3	4	5	6	7
Le rangement	1	2	3	4	5	6	7
Le ménage	1	2	3	4	5	6	7
Le lavage	1	2	3	4	5	6	7
Le repassage	1	2	3	4	5	6	7
Les soins aux enfants	1	2	3	4	5	6	7
Faire les comptes	1	2	3	4	5	6	7
Les réparations dans la maison	1	2	3	4	5	6	7

V124

V125

V126

V127

V128

V129

V130

V131

V132

V133

51. Est-ce que le partage des tâches ménagères représente une source de tension ou de dispute avec votre conjoint? (*Encerclez votre réponse*)

0. Jamais
1. Rarement
2. Parfois
3. Régulièrement
4. Souvent

V134

52. Maintenant que le bébé est là, pensez-vous que votre conjoint fera ... de travail ménager qu'auparavant (*Encerclez votre réponse*)

1. Plus
2. Autant
3. Moins
4. Je ne sais pas

V135



## SECTION 5: LES ÉVÉNEMENTS DE VIE AU COURS DE LA GROSSESSE

Ne rien inscrire dans cette colonne

53. Parmi les événements et les problèmes suivants, dites s'ils sont survenus au **COURS** de votre grossesse:

*SI L'ÉVÉNEMENT N'EST PAS SURVENU OU S'IL EST NON PERTINENT AVEC VOTRE SITUATION, ENCERCLEZ 0, PAR CONTRE, S'IL EST SURVENU, INDIQUEZ LE NIVEAU DE PRÉOCCUPATION.*

PROBLÈMES	Non Présent	Niveau de préoccupation					
		Nul	Faible	Moyen	Important	Très important	
PROBLÈME DE SANTÉ DE L'ENFANT À NAÎTRE	0	1	2	3	4	5	V136 <input type="checkbox"/>
PROBLÈME DE SANTÉ (VOTRE SANTÉ)	0	1	2	3	4	5	V137 <input type="checkbox"/>
PROBLÈME DE SANTÉ DE VOTRE CONJOINT	0	1	2	3	4	5	V138 <input type="checkbox"/>
PROBLÈME DE SANTÉ DES AUTRES ENFANTS	0	1	2	3	4	5	V139 <input type="checkbox"/>
PROBLÈME DE SANTÉ D'UN PROCHE	0	1	2	3	4	5	V140 <input type="checkbox"/>
PROBLÈMES SÉRIEUX D'ARGENT	0	1	2	3	4	5	V141 <input type="checkbox"/>
PROBLÈMES AVEC LE LOGEMENT	0	1	2	3	4	5	V142 <input type="checkbox"/>

ÉVÉNEMENTS	Non Présent	Niveau de préoccupation				
		Nul	Faible	Moyen	Important	Très important
PROBLÈMES À VOTRE TRAVAIL	0	1	2	3	4	5
PROBLÈMES AU TRAVAIL DE VOTRE CONJOINT	0	1	2	3	4	5
SÉPARATION, DIVORCE	0	1	2	3	4	5
MORT/PERTE D'UN PROCHE	0	1	2	3	4	5
DÉMÉNAGEMENT	0	1	2	3	4	5
ÉPISODE D'AGRESSION AU TRAVAIL	0	1	2	3	4	5

Ne rien inscrire dans cette colonne

V143

V144

V145

V146

V147

V148

Est-ce que d'autres événements importants sont survenus au cours de votre grossesse?  
(Encerclez votre réponse)

- 0. Non
- 1. Oui

V149

Si oui, précisez lesquels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V150

**SECTION 6: VOTRE ÉTAT DE SANTÉ**

**Au cours de la grossesse**

54. Quel est votre poids habituel, avant la grossesse? \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ Kg

V151

55. Quel a été votre gain de poids au cours de la grossesse? \_\_\_\_\_ lbs  
ou \_\_\_\_\_ Kg

V152

56. Quelle est votre grandeur? \_\_\_\_\_ Pi \_\_\_\_\_ po  
ou \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ cm

V153

57. Comparativement aux autres femmes enceintes, diriez-vous que votre santé pendant la grossesse a été en général ( <i>encerclez votre réponse</i> )	Ne rien inscrire dans cette colonne
1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Moyenne 5. Mauvaise	V154 <input type="checkbox"/>
58. De façon générale, au cours de votre grossesse, diriez-vous que vous étiez une femme ( <i>Encerclez votre réponse</i> )	
1. Très heureuse 2. Plutôt heureuse 3. Pas très heureuse	V155 <input type="checkbox"/>
59. Au sujet du moment de votre grossesse, diriez-vous que: ( <i>Encerclez votre réponse</i> )	
1. C'était une grossesse désirée à ce moment-ci 2. Vous vouliez un enfant mais plus tôt 3. Vous vouliez un enfant mais plus tard 4. Vous ne vouliez pas cette grossesse	V156 <input type="checkbox"/>
60. Pour cette grossesse, pouvez-vous indiquer:	
Le nombre total d'échographies: _____	V157 <input type="checkbox"/>
Le nombre total de visites prénatales ( <i>à l'exclusion des échographies</i> ):	
Chez le médecin: _____	V158 <input type="checkbox"/>
Chez la sage-femme: _____	V159 <input type="checkbox"/>
A quel mois de la grossesse la première visite a-t-elle eu lieu? (Médecin ou sage-femme) _____ Mois	V160 <input type="checkbox"/>
Avez-vous suivi des cours prénataux ( <i>encerclez votre réponse</i> )	
0. Non 1. Oui	V161 <input type="checkbox"/>
Combien de rencontres avez-vous suivi: _____	V162 <input type="checkbox"/>
Avez-vous participé à d'autres programmes prénataux?	
0. Non 1. Oui	V163 <input type="checkbox"/>
Si oui, le(s) quel(s)?	
1. OLO (oeuf, lait, orange) 2. DDM, Dispensaire diététique de Montréal 3. PIPP, Programme intégré préventif prénatal 4. Autre (Précisez) : _____	V164 <input type="checkbox"/>

61. Avez-vous eu les problèmes suivants au cours de votre grossesse?

Problèmes	Non	Oui	Je ne sais pas
Retard de croissance intra-utérine (bébé trop petit lors des échographies)	0	1	2
Hypertension artérielle	0	1	2
Diabète	0	1	2
Pertes sanguines	0	1	2
Anémie	0	1	2
État dépressif	0	1	2
Début de travail prématuré	0	1	2
Nausées et vomissements importants	0	1	2

Ne rien inscrire dans cette colonne

V165

V166

V167

V168

V169

V170

V171

V172

Avez-vous eu d'autres problèmes de santé au cours de votre grossesse? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui Lesquels: \_\_\_\_\_

V173

V174

62. Au cours de votre grossesse, avez-vous pris les médicaments suivants? (encerclez)

Médicaments	Non	Moins d'une fois par semaine	A toutes les semaines
Tranquillisants	0	1	2
Somnifères	0	1	2
Anti-dépresseurs	0	1	2

V176

V177

V178

63. Durant votre grossesse, avez-vous bu des boissons alcooliques?

0. Non *Allez à la question 66*

1. Oui

V179

64. Durant votre grossesse, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool?

1. Chaque jour

2. De 4 à 6 fois par semaine

3. De 2 à 3 fois par semaine

4. Une fois par semaine

5. Moins qu'une fois par semaine

V180

65. Durant votre grossesse, combien de verres d'alcool preniez-vous habituellement lorsque vous buviez? (Indiquez le nombre) (Un verre équivaut à une bouteille de bière, un verre de vin ou 1 oz et demi de spiritueux)

V181

66. Durant votre grossesse, avez-vous pris des drogues?

0. Non

Allez à la question 67

1. Oui

Si oui, lesquelles parmi les suivantes? Et à quelle fréquence?

1. Marijuana, haschisch \_\_\_\_\_ Indiquer le chiffre correspondant  
 2. Cocaïne ou crack \_\_\_\_\_ (1- Moins d'une fois par mois  
 3. LSD (acide) \_\_\_\_\_ 2- 1 à 3 fois par mois  
 4. Speed \_\_\_\_\_ 3- Une fois par semaine  
 5. Héroïne \_\_\_\_\_ 4- Plus d'une fois par semaine)

Ne rien inscrire dans cette colonne

V182   
 V183   
 V184   
 V185   
 V186   
 V187

67. Avez-vous été hospitalisée au cours de votre grossesse? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui

Si oui, pour combien de jours au total? \_\_\_\_\_

Pour quelle(s) raison(s)? \_\_\_\_\_

V188   
 V189

V190

68. Au cours de la grossesse, avez-vous fumé? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui

Si oui indiquez le nombre de cigarettes par jour

Lors du premier trimestre? \_\_\_\_\_ (nbr de cigarettes par jour)

Lors du second trimestre? \_\_\_\_\_ (nbr de cigarettes par jour)

Lors du troisième trimestre? \_\_\_\_\_ (nbr de cigarettes par jour)

V191   
 V192   
 V193   
 V194

### Avant la grossesse

69. Avant la grossesse, fumiez-vous? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui (indiquez le nombre de cigarettes par jour) \_\_\_\_\_

V195   
 V196

70. Avant votre grossesse, aviez-vous les problèmes suivants? (Encerclez)

Problèmes	Non	Oui
Diabète	0	1
Hypertension artérielle	0	1
Maladie cardiaque	0	1
Problèmes rénaux	0	1
Épilepsie	0	1

V197   
 V198   
 V199   
 V200   
 V201

Aviez-vous d'autres problèmes de santé? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui (spécifiez) \_\_\_\_\_

V202   
 V203

71. Avez-vous déjà eu un des problèmes suivants? (Encerclez vos réponses)

1. Problème d'infertilité du couple

Oui

Non

2. Fausse couche, grossesse ectopique

Oui

Non

3. Enfant mort-né

Oui

Non

V204   
 V205   
 V206

72. Au cours de l'année précédent votre grossesse, aviez-vous les malaises suivants?  
(Encerclez le chiffre correspondant à votre réponse)

Malaises	Non	Occasionnellement	Souvent
Maux de tête	0	1	2
Mal au dos	0	1	2
Mal aux jambes	0	1	2
Mal aux épaules	0	1	2

Aviez-vous d'autres malaises? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui (précisez) \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V207

V208

V209

V210

V211

V212

## SECTION 7: L'ACCOUCHEMENT

73. Quelle était la date prévue d'accouchement? \_\_\_\_\_

V213

74. Vous a-t-on fait une césarienne? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui, en urgence

2. Oui, prévue *Allez à la question 77*

V214

75. Au cours de l'accouchement, avez-vous vécu les situations suivantes? (Encerclez)

Situations	Non	Oui	Je ne sais pas
Accouchement provoqué	0	1	2
Soluté pour accélérer le travail	0	1	2
Monitoring foetal	0	1	2
Anesthésie épidurale	0	1	2
Anesthésie générale	0	1	2
Forceps	0	1	2
Épisiotomie	0	1	2
Déchirure	0	1	2
Révision utérine (aller chercher des morceaux de placenta)	0	1	2
Hémorragie	0	1	2

V215

V216

V217

V218

V219

V220

V221

V222

V223

V224

Avez-vous vécu d'autres situations au cours de l'accouchement? (*Encerclez votre réponse*)

- 0. Non
- 1. Oui (*précisez*) \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V225   
V226

76. Durant l'accouchement, combien d'heures a duré le travail en tout? *Calculez à partir du moment où les contractions étaient aux 5 minutes* \_\_\_\_\_ Hres

V227

77. Quelle(s) personne(s) étai(en)t avec vous durant l'accouchement?

- 1. Conjoint
- 2. Mère
- 3. Autre membre de la famille ou de la belle-famille
- 4. Ami(e)
- 5. Autre
- 6. Aucune

V227

78. Trouvez-vous que vous avez reçu un bon soutien pendant l'accouchement de la part des médecins et infirmières? (*Encerclez votre réponse*)

Intervenants	Très bon	Bon	Moyen	Plutôt mauvais	Mauvais
Médecins	1	2	3	4	5
Infirmières	1	2	3	4	5

V229

V230

79. Comment nourrissez-vous votre bébé **actuellement**? (*Encerclez votre réponse*)

- 1. Allaitement au sein exclusivement
- 2. Allaitement au sein et biberon
- 3. Biberon

V231

Si vous n'allaites pas, avez-vous essayé de le nourrir au sein? (*Encerclez votre réponse*)

- 0. Non
- 1. Oui

V232

**SECTION 8: ÉTAT DE SANTÉ AU MOMENT DE L'ENTREVUE**

80. En vous comparant à d'autres femmes qui viennent d'accoucher, diriez-vous que votre santé actuelle est de façon générale (*Encerclez votre réponse*)

- 1. Excellente
- 2. Très bonne
- 3. Bonne
- 4. Moyenne
- 5. Mauvaise

V233





87. Quelle est votre langue maternelle? (Il s'agit de la première langue apprise durant l'enfance) (Encerclez votre réponse)

1. Français
2. Anglais
3. Autre

Ne rien inscrire dans cette colonne

V250

88. Actuellement, quelle est la langue parlée le plus fréquemment à la maison? (Encerclez votre réponse)

1. Français
2. Anglais
3. Autre

V251

89. De combien de pièces disposez-vous (en excluant la salle de bain et le garage)?

---

V252

90. Combien de personnes en tout vivent dans ce logement (y compris le bébé)?

---

V253

91. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

1. Cours primaire
2. 7<sup>ème</sup> année ou secondaire I
3. 8<sup>ème</sup> année ou secondaire II
4. 9<sup>ème</sup> année ou secondaire III
5. 10<sup>ème</sup> année ou secondaire IV
6. 11<sup>ème</sup> année ou secondaire V
7. Etudes partielles dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale
8. Diplôme ou certificat d'études dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale
9. Etudes partielles à l'Université (sans diplôme)
10. Certificat(s), Baccalauréat(s), Maîtrise(s) ou Doctorat acquis

V254

92. Quel a été approximativement votre **revenu familial** total l'an dernier?

1. 0 - 9 999\$
2. 10 000 - 14 999\$
3. 15 000 - 19 999\$
4. 20 000 - 24 999\$
5. 25 000 - 29 999\$
6. 30 000 - 34 999\$
7. 35 000 - 39 999\$
8. 40 000 - 49 999\$
9. 50 000 et plus

V255

**SECTION 10: INFORMATIONS POUR LE SUIVI DU 2E QUESTIONNAIRE**

Ne rien inscrire dans cette colonne

À remplir par l'enquêtrice une fois l'entrevue terminée

93. La femme a-t-elle répondu facilement au questionnaire?

	Faible		Moyenne		Grande		
Spontanéité	1	2	3	4	5	V256	<input type="checkbox"/>

	Faible		Moyenne		Grande		
Forme physique	1	2	3	4	5	V257	<input type="checkbox"/>

	Faible		Moyenne		Grande		
Hésitation à aborder certains sujets	1	2	3	4	5	V258	<input type="checkbox"/>

Lesquels: \_\_\_\_\_

V259

94. Comment la femme a-t-elle réagi à l'annonce des questionnaires postaux à 7 et 12 mois?

1. Bien
2. Moyennement
3. Mal

V260

95. Réponse probable à 7 mois?

0. Non
1. Plutôt non
2. Plutôt oui
3. Oui

V261

COMMENTAIRES (S'il s'agit d'une situation particulière)

---



---



---



---



---

Université de Montréal  
Faculté de médecine  
Département de médecine  
sociale et préventive



## **SANTÉ DES FEMMES APRÈS UNE NAISSANCE**

DEUXIÈME QUESTIONNAIRE



1996-1997

**SECTION 1: IDENTIFICATION**Ne rien inscrire dans  
cette colonne

1. Numéro de questionnaire \_\_\_\_\_

V1 2. Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
jour / mois / annéeV2 

3. Hôpital où vous avez accouché \_\_\_\_\_

V3 4. Date de l'accouchement \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
jour / mois / annéeV4 **SECTION 2: PREMIÈRES SEMAINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT**5. Combien de jours êtes-vous restée  
à l'hôpital après votre accouchement \_\_\_\_\_V5 6. La durée du séjour vous a-t-elle semblé (*Encerclez votre réponse*)

1. Trop courte
2. Correcte
3. Trop longue

V6 7. Le bébé a-t-il reçu des soins spécialisés (incubateur, soins intensifs ou  
d'autres) (*Encerclez votre réponse*)

0. Non
1. Oui

V7 

Si oui, pour quelles raisons? \_\_\_\_\_

V8 8. Êtes-vous rentrée chez vous avec votre bébé ? (*Encerclez votre réponse*)

1. Oui
0. Non

V9 

Si non, à quel âge votre bébé est-il rentré à la maison?

(En semaines) \_\_\_\_\_

V10

9. Durant les deux premières semaines avec le bébé, après la sortie de l'hôpital, avez-vous reçu une aide particulière pour le travail ménager, les soins du bébé ou ceux aux autres enfants? (*Encerclez votre réponse*)

0. Aucune aide particulière
1. Oui, un peu d'aide
2. Oui, une aide assez importante
3. Oui, une aide très importante

Si oui, qui vous a fourni cette aide? (*Encerclez votre réponse*)

1. Votre conjoint
2. Votre mère
3. Un(e) ami(e)
4. Une personne rémunérée
5. Autre(précisez) \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V11

V12

### SECTION 3: SANTÉ ET COMPORTEMENT DU BÉBÉ

10. Actuellement allaitez-vous votre bébé?

1. Oui partiellement
2. Oui, complètement
0. Non

V13

Si vous n'allaites pas, avez-vous déjà nourri votre bébé au sein?

0. Non
1. Oui

V14

Si oui, quand avez-vous cessé de lui donner le sein? (Inscrivez l'âge du bébé) \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ semaines

V15

11. Sur l'échelle suivante, où placez-vous votre bébé? (*Encerclez votre réponse*)

De très facile (1) à très difficile (5)

1

2

3

4

5

V16

12. Depuis sa sortie de l'hôpital (après votre accouchement), diriez-vous que la santé de votre bébé a été (*Encerclez votre réponse*)

1. Excellente
2. Très bonne
3. Bonne
4. Moyenne
5. Mauvaise

V17

13. Depuis sa sortie de l'hôpital, a-t-il eu des problèmes de santé?

0. Non

1. Oui (précisez) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V18

V19

14. Depuis sa sortie de l'hôpital (après votre accouchement) votre bébé a-t-il été hospitalisé? (Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui

Si oui, combien de fois? \_\_\_\_\_

Pour quelle(s) raison(s)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

V20

V21

V22

15. Actuellement, votre bébé se réveille-t-il la nuit?(Encerclez votre réponse)

0. Non

1. Oui, parfois

2. Oui, toutes les nuits ou presque

Si oui, en moyenne combien de fois par nuit? \_\_\_\_\_

V23

V24

**SECTION 4: VOS AUTRES ENFANTS À CHARGE**

Si vous n'avez pas d'autres enfants à la maison, passez à la question 20

16. Mis à part votre bébé, où sont vos autres enfants habituellement au cours de la journée? Considérez tous vos enfants à charge, c'est à dire ceux qui habitent avec vous en incluant ceux de votre conjoint. Indiquez d'abord l'âge de l'enfant et cochez les cases appropriées pour chaque enfant

Âge de l'enfant (Ans ou mois)	À la maison avec vous	En milieu de la famille avec quelqu'un de la famille	À l'extérieur de la maison (comme la garderie...)	À l'école	Au travail

V25

V26

V27

V28

V29

17. À part votre bébé, vos autres enfants ont-ils des problèmes de santé chroniques ou des handicaps? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non  
1. Oui

Si oui, précisez:

- ① l'âge actuel de l'enfant ou des enfants \_\_\_\_\_  
② quel(s) problème(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ne rien inscrire  
dans cette colonne

V30

V31

V32

18. À part votre bébé, vos autres enfants ont-ils des problèmes de comportement? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non  
1. Oui

Si oui, précisez l'âge actuel de l'enfant ou des enfants \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V33

V34

19. Les réactions de vos autres enfants à la présence du bébé ont-elles été pour vous une source de préoccupations ou de peine?

0. Non  
1. Oui

V35

### SECTION 5: VOTRE SITUATION CONJUGALE

20. Avez-vous un conjoint, un "chum" ou un ami stable?

0. Non ☞ *Passez à la question 2*  
1. Oui

V36

- ① Si vous avez un conjoint, un "chum" ou un ami stable,  
Est-ce le même que lors de votre accouchement ?

0. Non  
1. Oui

V37

Vivez-vous avec lui?

0. Non ☞ *Passez à la question 2*  
1. Oui ☞ *Passez à la question 21*

V38

- ② Si vous n'avez pas de conjoint ou vous ne vivez pas avec lui,  
vivez-vous avec un autre adulte? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non  
1. Oui

V39

Si oui, quel est son lien avec vous? \_\_\_\_\_

☞ *Passez à la question 29*

V40

21. Depuis la naissance de votre bébé, diriez-vous que la relation avec votre conjoint est

1. Comme avant
2. Meilleure qu'avant
3. Moins bonne qu'avant

Ne rien inscrire dans cette colonne

V41

22. Actuellement, votre conjoint préfère-t-il que: (*Encerclez votre réponse*)

1. Vous restiez à la maison
2. Vous ayez un emploi à plein temps
3. Vous ayez un emploi à temps partiel
4. Cela lui est égal
5. Vous ne savez pas

V42

### Soins des enfants

23. Chez vous, qui accomplit les tâches suivantes? (*Cochez la case appropriée pour chaque tâche*)

Tâches	Vous toujours	Vous le plus souvent	Vous et votre conjoint	Votre conjoint le plus souvent	Votre conjoint toujours	Une autre personne	Ne s'applique pas
Préparer les repas du bébé							
Faire boire ou manger le bébé							
Se lever la nuit pour le bébé / les autres enfants							
Changer les couches du bébé							
Donner le bain au bébé							
Accompagner le bébé / les autres enfants chez le médecin							
Accompagner le bébé / les autres enfants à la garderie / l'école							
S'occuper des autres enfants							

V43

V44

V45

V46

V47

V48

V49

V50



24. Souhaiteriez-vous que votre conjoint participe davantage aux soins de votre bébé?

0. Non  
1. Oui

Ne rien inscrire dans cette colonne

V51

25. Votre conjoint joue-t-il avec votre bébé ? (Encerclez votre réponse)

0. Non  
1. Rarement  
2. Parfois  
3. Souvent

V52

### Tâches domestiques

26. Chez vous, qui accomplit les tâches suivantes concernant le travail ménager? (Cochez la case appropriée pour chaque tâche)

Tâches	Vous toujours	Vous le plus souvent	Vous et votre conjoint	Votre conjoint le plus souvent	Votre conjoint toujours	Une autre personne	Ne s'applique pas
Les achats (commissions)							
La préparation des repas							
La vaisselle							
Le rangement							
Le ménage							
Le lavage							
Le repassage							
Faire les comptes							
Les réparation dans la maison							

V53

V54

V55

V56

V57

V58

V59

V60

V61

27. Le partage des tâches ménagères représente-t-il une source de tension ou de dispute avec votre conjoint? (Encerclez votre réponse)

0. Jamais  
1. Rarement  
2. Parfois  
3. Régulièrement  
4. Souvent

V62

Ne rien  
inscrire dans  
la colonne

28. La naissance de votre bébé a-t-elle modifié la participation de votre conjoint aux tâches ménagères? (*Encerclez votre réponse*)

V63

0. Non
1. Oui, il participe plus
2. Oui, il participe moins

29. Y a-t-il des moments de la journée qui sont vraiment à vous? (*Encerclez votre réponse*)

V64

1. Souvent
2. De temps en temps
3. Rarement
4. Jamais

### SECTION 6: ÉVÉNEMENTS DE VIE DEPUIS L'ACCOUCHEMENT

30. Parmi les problèmes, si l'événement n'est pas survenu **depuis votre accouchement** ou ne s'applique pas à votre situation, cochez non présent; par contre, s'il est survenu, indiquez le niveau de préoccupation en cochant la case appropriée pour chaque problème

Problèmes	Non présent	Niveau de préoccupation					
		Nul	Faible	Moyen	Important	Très important	
Problèmes de santé du bébé							V65 <input type="checkbox"/>
Problèmes de votre santé							V66 <input type="checkbox"/>
Problèmes de santé de votre conjoint							V67 <input type="checkbox"/>
Problèmes de santé des autres enfants							V68 <input type="checkbox"/>
Problèmes de santé d'un proche							V69 <input type="checkbox"/>
Problèmes sérieux d'argent							V70 <input type="checkbox"/>
Problèmes avec le logement							V71 <input type="checkbox"/>
Problèmes à votre travail							V72 <input type="checkbox"/>
Problèmes au travail de votre conjoint							V73 <input type="checkbox"/>
Séparation, divorce							V74 <input type="checkbox"/>
Mort /perte d'un proche							V75 <input type="checkbox"/>
Déménagement							V76 <input type="checkbox"/>
Épisode d'agression au travail							V77 <input type="checkbox"/>

D'autres événements importants sont-ils survenus depuis votre accouchement? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non  
1. Oui

Si oui, précisez le(s)quel(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cette colonne

V78

V79

## SECTION 7: VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

31. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général: (*Encerclez votre réponse*)

1. Excellente  
2. Très bonne  
3. Bonne  
4. Moyenne  
5. Mauvaise

V80

32. De façon générale, diriez-vous que vous êtes une femme:

1. Très heureuse  
2. Plutôt heureuse  
3. Pas très heureuse

V81

33. Vos menstruations (règles) sont-elles revenues? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non  
1. Oui, de façon irrégulière  
2. Oui, de façon régulière

V82

34. Êtes-vous enceinte actuellement? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non  
1. Oui

V83

35. Depuis votre accouchement, avez-vous été hospitalisée ?

0. Non  
1. Oui, pour combien de jours au total? \_\_\_\_\_  
pour quelle(s) raison(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V84

V85

V86

36. Parmi les problèmes suivants, dites ceux que vous avez eus ou que vous avez présentement depuis votre sortie de l'hôpital (après l'accouchement) en fonction du degré d'inconfort qu'ils entraînent? (Cochez la case appropriée pour chaque problème)

Ne rien inscrire dans cette colonne

Problèmes	Vous n'avez pas eu ce problème	Vous avez eu ce problème, mais vous ne l'avez plus	Vous avez ce problème actuellement avec un inconfort modéré	Vous avez ce problème actuellement avec un inconfort important	
Douleurs à l'épisiotomie ou à la déchirure					V87 <input type="checkbox"/>
Douleurs suite à la césarienne					V88 <input type="checkbox"/>
Perte involontaire d'urine					V89 <input type="checkbox"/>
Perte involontaire de selle ou de gaz					V90 <input type="checkbox"/>
Constipation					V91 <input type="checkbox"/>
Hémorroïdes					V92 <input type="checkbox"/>
Varices					V93 <input type="checkbox"/>
Rapports sexuels douloureux					V94 <input type="checkbox"/>
Manque de désir sexuel					V95 <input type="checkbox"/>
Mal au dos					V96 <input type="checkbox"/>
Mal aux jambes					V97 <input type="checkbox"/>
Maux de tête					V98 <input type="checkbox"/>
Grande fatigue					V99 <input type="checkbox"/>
Manque de sommeil					V100 <input type="checkbox"/>
Difficultés à s'endormir ou réveils précoces					V101 <input type="checkbox"/>
Problèmes de poids: vous avez grossi					V102 <input type="checkbox"/>
Problèmes de poids: vous avez maigri					V103 <input type="checkbox"/>
Problèmes à l'estomac ou aux intestins (douleurs, brûlures, coliques)					V104 <input type="checkbox"/>
Grippe, rhume, bronchite					V105 <input type="checkbox"/>
Infections urinaires					V106 <input type="checkbox"/>
Infections vaginales					V107 <input type="checkbox"/>

Si vous avez d'autres problèmes de santé, précisez-les: \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans  
cette colonne

V108

37. Indiquez si les propositions suivantes s'appliquent à vous, **au cours du dernier mois.** (*Encerclez votre réponse*)

A) Avez-vous été capable de vous concentrer sur ce que vous faisiez?

V109

0. Non

1. Oui

B) Avez-vous perdu beaucoup de sommeil à cause de vos soucis?

V110

0. Non

1. Oui

C) Vous êtes-vous sentie utile?

V111

0. Non

1. Oui

D) Vous êtes-vous sentie capable de prendre des décisions?

V112

0. Non

1. Oui

E) Vous êtes-vous sentie constamment sous pression?

V113

0. Non

1. Oui

F) Avez-vous eu l'impression que vous n'arriviez pas à surmonter vos difficultés?

V114

0. Non

1. Oui

G) Avez-vous trouvé du plaisir dans vos activités quotidiennes?

V115

0. Non

1. Oui

H) Avez-vous été capable de faire face à vos problèmes?

V116

0. Non

1. Oui

I) Vous êtes-vous sentie triste ou déprimée?

V117

0. Non

1. Oui

J) Avez-vous perdu confiance en vous?

V118

0. Non

1. Oui

K) Avez-vous pensé que vous ne valez rien? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui

L) Tout bien considéré, avez-vous été plutôt contente? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui

38. Fumez-vous actuellement? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui (Indiquez le nombre de cigarettes par jour) \_\_\_\_\_

39. Depuis votre retour à la maison, avez-vous reçu:

① une ou plusieurs visites d'une infirmière du CLSC ou de l'hôpital

0. Non

1. Oui, combien de fois \_\_\_\_\_

② un ou plusieurs appels téléphoniques d'une infirmière du CLSC ou de l'hôpital

0. Non

1. Oui, combien de fois \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire  
dans cette  
colonne

V119

V120

V121

V122

V123

## SECTION 8: EMPLOI

40. Quelle est votre opinion par rapport aux propositions suivantes? (*Cochez la case appropriée pour chaque proposition*)

Propositions	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Tout à fait en désaccord
La maternité est une façon importante de s'épanouir comme femme				
Une carrière ou un emploi m'apporte beaucoup de satisfaction personnelle				
Si j'avais à choisir entre le travail à temps plein ou le fait de rester à la maison avec mes enfants, je désirerais rester à la maison				
Je ne regretterais pas de retarder ma carrière pour rester à la maison avec mes enfants				
Ma vie serait incomplète sans un emploi				

V124

V125

V126

V127

V128

41. Depuis la naissance de votre bébé, avez-vous (re)commencé à travailler? (Encerchez votre réponse)

0. Non ☞ **Passez à la question 77**  
1. Oui

Ne rien inscrire dans cette colonne

V129

**Pour celles qui travaillent à l'extérieur de la maison actuellement**

42. Quand avez-vous (re)commencé à travailler? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
jour / mois / année

V130 |  |  |  |  |  |  |

43. Avez-vous le même employeur que pendant votre grossesse?

1. Oui  
2. Je ne travaillais pas pendant la grossesse ☞ **Passez à la question 45**  
0. Non

V131

Si non, ① pourquoi? \_\_\_\_\_

V132 |  |  |  |  |

② Êtes-vous satisfaite de ce changement? (Encerchez votre réponse)

1. Oui  
0. Non

V133

44. S'il s'agit du même employeur, occupez-vous le même poste? (Encerchez votre réponse)

1. Oui ☞ **Passez à la question 51**  
0. Non

V134

Si non, ① pourquoi? \_\_\_\_\_

V135 |  |  |  |  |

② Êtes-vous satisfaite de ce changement? (Encerchez votre réponse)

1. Oui  
0. Non

V136

**Emploi actuel**

45. Quel est votre titre d'emploi? (En détail) \_\_\_\_\_

V137 |  |  |  |  |

46. Pouvez-vous décrire les tâches que vous faites? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ne rien inscrire  
dans cette colonne47. Dans quel type d'établissement travaillez-vous? (*Encerclez votre réponse*)

1. Manufacture
2. Établissement de santé
3. Établissement d'éducation
4. Dans la vente ou les services
5. Dans la fonction publique
6. À domicile
7. Autre (précisez) \_\_\_\_\_

V138     

48. Quel est le nom de l'établissement pour lequel travaillez-vous?

\_\_\_\_\_

49. Combien êtes-vous d'employés dans l'établissement (ou la compagnie) pour lequel vous travaillez ? (*Encerclez votre réponse*)

1. 1 à 19 employées
2. 20 à 99 employés
3. 100 employés et plus

50. Quel est votre statut? (*Encerclez votre réponse*)

1. Salariée
2. Contractuelle (à contrat)
3. Sur appel, suppléante
4. Travailleuse autonome
5. Employeur
6. Autre (précisez) \_\_\_\_\_

V139   

51. Actuellement, combien d'heures, en moyenne, travaillez-vous par semaine?

\_\_\_\_\_

V140   

52. Actuellement, êtes-vous dans la situation de travail que vous souhaitez?

1. Oui
2. Non, nombre d'heures insuffisant
3. Non, nombre d'heures trop élevé
4. Non, je préférerais ne pas travailler
5. Non, autre(s) raison(s)

V141



Conditions de travail actuelles

53. Travaillez-vous principalement à votre domicile? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui ☞ *Passez à la question 55*

Ne rien inscrire  
dans cette  
colonne

V142

54. Quelle est la durée moyenne de trajet entre votre domicile et votre travail?

- pour vous rendre au travail : \_\_\_\_\_ hres \_\_\_\_\_ min

- pour revenir à la maison : \_\_\_\_\_ hres \_\_\_\_\_ min

V143

V144

55. En général, pour votre travail, devez-vous être en position debout?

0. Non

1. Moins de 2 heures par jour

2. Entre 2 et 6 heures par jour

3. Plus de 6 heures par jour

V145

56. Pour votre travail, devez-vous porter ou déplacer des charges lourdes?

0. Non

1. Occasionnellement

2. Régulièrement

3. Toujours

V146

57. Pour votre travail, devez-vous travailler à la chaîne ? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Une partie de temps de travail

2. Tout le temps de travail

V147

58. En général, pour votre travail, devez-vous travailler sur un ordinateur?

0. Non

1. Moins de 2 heures par jour

2. De 2 à 6 heures par jour

3. Plus de 6 heures par jour

V148

59. En général, pour votre travail, êtes-vous dans un lieu où la température est:

0. Normale

1. Trop chaude

2. Trop froide

3. Parfois trop chaude et parfois trop froide

V149

60. Pour votre travail, devez-vous manipuler des produits chimiques?

0. Non

1. Oui

Si oui, lesquels \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire  
dans cette colonne

V150

V151

61. Aux questions suivantes, cochez la case appropriée pour chaque situation

Situations	Non	Oui
Votre travail implique-t-il des moments de précipitation, d'urgence ou de faire plusieurs choses en même temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre travail implique-t-il un effort mental ou psychique intense?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre travail est-il répétitif ou monotone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estimez-vous que votre travail exige un niveau élevé de qualification?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pouvez-vous interrompre votre travail pour aller aux toilettes en dehors des pauses réglementaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant le temps de travail, pouvez-vous donner un appel téléphonique personnel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant votre temps de travail, pouvez-vous recevoir une visite personnelle de 10 minutes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendant votre temps de travail, pouvez-vous quitter pour une demi-heure votre poste pour des motifs personnels sans prévenir votre supérieur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V152

V153

V154

V155

V156

V157

V158

V159

62. En cas de besoin, pouvez-vous arriver un peu plus tard ou partir un peu plus tôt de votre travail? (*Encerclez votre réponse*)

0. Non

1. Oui

Si oui, le faites-vous? (*Encerclez votre réponse*)

0. Jamais

1. Parfois (moins de 2 fois par mois)

2. Fréquemment (2-3 fois par mois)

Lorsque vous le faites, cela crée-t-il des problèmes?

0. Pas de problème

1. Personne ne fait de remarque, mais cela ne gêne

2. Le supérieur ou les collègues font des remarques

V160

V161

V162

Ne rien inscrire  
dans cette  
colonne

63. Quand vous avez (re)commencé à travailler, comment vos supérieurs vous

ont-ils accueilli? (*Encercler votre réponse*)

1. Bien
2. Plutôt bien
3. Plutôt mal
4. Mal
9. Ne s'applique pas

V163

64. Quand vous avez (re)commencé à travailler, comment vos collègues vous ont-

ils accueilli? (*Encercler votre réponse*)

1. Bien
2. Plutôt bien
3. Plutôt mal
4. Mal
9. Ne s'applique pas

V164

65. Par rapport aux revenus que vous aviez avant votre congé de maternité:

(*Encercler votre réponse*)

1. Vous gagnez le même montant
2. Vous gagnez moins d'argent
3. Vous gagnez plus d'argent
4. Je ne travaillais pas pendant la grossesse

V165

66. Dans l'ensemble, la période où vous êtes restée à la maison pour cette

naissance vous a-t-elle semblé: (*Encercler votre réponse*)

1. Trop courte
2. Correcte
3. Trop longue

V166

67. Pendant cette période, avez-vous eu un revenu lié à votre situation sur le  
marché du travail?

0. Non, pourquoi \_\_\_\_\_
1. Oui

V167

Si oui, ① Pouvez-vous indiquer le pourcentage

de votre revenu auquel vous aviez droit? \_\_\_\_\_

V168

Ne rien  
inscrire dans  
cette colonne

② De quelle(s) source(s) ce revenu provenait-il? (*Encerclez votre réponse*)

1. Assurance-chômage

V169

2. CSST

V170

3. Revenus de vacances

V171

4. Revenus de maladies

V172

5. Suppléments de revenus (primes d'assurances, ...)

V173

6. Autres (précisez) \_\_\_\_\_

V174

68. Quels ont été vos sentiments au moment où vous avez commencé à travailler?

(*Encerclez votre réponse*)

V175

1. Très contente

2. Plutôt contente

3. Des sentiments contradictoires

4. Plutôt triste

5. Très triste

69. Par rapport à votre intérêt pour votre travail avant la naissance : (*Encerclez votre réponse*)

V176

1. Votre travail actuel vous intéresse moins

2. Votre travail actuel vous intéresse autant

3. Votre travail actuel vous intéresse plus

4. Je ne travaillais pas pendant la grossesse

70. Quand vous avez commencé à travailler, votre bébé se réveillait-il encore la nuit?

(*Encerclez votre réponse*)

V177

0. Non

1. Oui, parfois

2. Oui, toutes les nuits ou presque

Si oui, combien de fois par nuit se réveillait-il, en moyenne? \_\_\_\_\_

V178

71. Lorsque vous avez repris le travail, allaitiez-vous encore votre bébé? (*Encerclez votre réponse*)

V179

0. Non

1. Oui, partiellement

2. Oui, complètement

72. Quelqu'un de votre entourage vous a-t-il dit, ou vous fait comprendre, que ce serait mieux de ne pas travailler ou de reprendre plus tard?  
(Cochez la case appropriée pour chaque personne possible)

Ne rien inscrire dans cette colonne

Personne de l'entourage	Non	Oui
Votre conjoint		
Un membre de votre famille ou de votre belle famille		
Une de vos amies ou connaissances		
Vos collègues ou vos supérieurs		
La gardienne ou le personnel de la garderie		
Le pédiatre ou un autre médecin		

V180

V181

V182

V183

V184

V185

73. Quel est votre principal mode de garde pour votre bébé pendant vos heures de travail? (Encercler votre réponse)

V186

1. Garderie
2. Garderie en milieu familial
3. Garderie au travail
4. Gardienne à la maison
5. Quelqu'un de la famille
6. Bonne d'enfant (qui couche à la maison)
7. Autre (précisez) \_\_\_\_\_

74. Avez-vous eu ou avez-vous actuellement, de la difficulté à trouver un mode de garde qui convienne à vos besoins? (Encercler votre réponse)

V187

1. Beaucoup de difficulté
2. Assez de difficulté
3. Peu de difficulté
4. Pas de difficulté du tout

75. Avez-vous changé de mode de garde depuis que vous avez (re)commencé à travailler? (Encercler votre réponse)

V188

0. Non
1. Oui, indiquez le nombre de fois \_\_\_\_\_

76. Actuellement, à propos du mode de garde, êtes-vous :

V189

1. Très satisfaite
2. Assez satisfaite
3. Peu satisfaite
4. Pas satisfaite du tout

Si vous n'êtes pas satisfaite, indiquez le(s) motif(s) de cette insatisfaction :

V190

☛ **Passez à la question 83**

**Pour celles qui ne travaillent pas à l'extérieur de la maison actuellement**

 Ne rien inscrire  
dans cette  
colonne

 77. Quelle est votre situation actuelle? (*Encerclez la réponse qui convient le mieux à votre situation*)
V191 

1. Femme au foyer ou sans emploi
2. Salariée, en congé parental
3. Salariée, en congé de maladie
4. Salariée, en vacances
5. Salariée, en disponibilité
6. Contractuelle ou travailleuse autonome; n'a pas encore repris
7. A la recherche d'emploi
8. Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

 78. Êtes-vous dans la situation que vous souhaitez? (*Encerclez votre réponse*)
V192 

1. Oui
2. Non, je voudrais travailler à temps partiel
3. Non, je voudrais travailler à temps plein

 79. Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous eu un revenu lié à votre situation sur le marché du travail? (*Encerclez votre réponse*)
V193 

2. Je n'y avait pas droit parce que je ne travaillais pas pendant la grossesse
0. Non, précisez les raisons \_\_\_\_\_

1. Oui

Si oui,

- ① Inscrivez le pourcentage de votre revenu de travail habituel auquel vous avez eu droit (de 0 à 100%) \_\_\_\_\_

V194 
 ② D'où provient ce revenu? (*Encerclez votre ou vos réponses d'abord et*)

Indiquez le nombre de semaines pour chacune de vos réponses)

1. Assurance-chômage \_\_\_\_\_ semaines
2. CSST \_\_\_\_\_ semaines
3. Revenus de vacances \_\_\_\_\_ semaines
4. Revenus de maladies \_\_\_\_\_ semaines
5. Suppléments de revenus (primes d'assurances, ...) \_\_\_\_\_ semaines
6. Autres (précisez) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ semaines

V195 V196 V197 V198 V199 V200

Ne rien inscrire dans  
cette colonne

80. Allez-vous (re)commencer à travailler (*Encerclez votre réponse*)

1. Oui ☞ **Passez à la question ①**  
 0. Non ☞ **Passez à la question ②**  
 2. Je ne sais pas ☞ **Passez à la question ②**

V201 

① Si **oui**, quel âge aura votre bébé lorsque vous allez  
(re)commencer à travailler (en mois) \_\_\_\_\_

V202 

☞ **Passez à la question 83**

② Si **non** ou si "**je ne sais pas**", quelle est votre situation?

V203 

1. Je suis femme au foyer  
 2. J'ai démissionné  
 3. J'ai été congédiée  
 4. Mon emploi ou mon contrat n'a pas été renouvelé  
 5. Autre (précisez)

\_\_\_\_\_

81. Si vous ne (re)commencez pas à travailler, cette situation est-elle  
liée, de près ou de loin, à votre état de santé? (*Encerclez votre réponse*)

V204 

0. Non  
 1. Oui, précisez: \_\_\_\_\_

82. Si vous ne (re)commencez pas à travailler, cette situation est-elle  
liée, de près ou de loin, à l'état de santé de votre bébé?

V205 

0. Non  
 1. Oui, précisez: \_\_\_\_\_

### SECTION 9: ENVIRONNEMENT ET SOUTIEN SOCIAL

83. De combien de pièces disposez-vous dans votre logement en  
excluant la salle de bain et le garage?

V206 

\_\_\_\_\_

84. Combien de personnes en tout vivent dans ce logement, y compris  
votre bébé

V207 

\_\_\_\_\_

85. Indiquez la fréquence avec laquelle ces situations se sont appliquées à vous au cours de la dernière semaine (Cochez la case appropriée pour chaque situation)

- ↙ Très rarement = moins d'un jour par semaine;  
 Occasionnellement = 1 à 2 jours par semaine;  
 Assez souvent = 3 à 4 jours par semaine;  
 Fréquemment, tout le temps = 5 à 7 jours par semaine;

Ne rien inscrire dans cette colonne

Situations	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment tout le temps	
J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas					V207 <input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit					V208 <input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas me remonter le moral même avec l'aide de ma famille ou des mes amis					V209 <input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres					V210 <input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais					V211 <input type="checkbox"/>
Je me suis sentie déprimée					V212 <input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort					V213 <input type="checkbox"/>
J'ai été confiante en l'avenir					V214 <input type="checkbox"/>
J'ai pensé que ma vie était un échec					V215 <input type="checkbox"/>
Je me suis sentie craintive					V216 <input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a pas été bon					V217 <input type="checkbox"/>
J'ai été heureuse					V218 <input type="checkbox"/>
J'ai parlé moins que d'habitude					V219 <input type="checkbox"/>
Je me suis sentie seule					V220 <input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi					V221 <input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie					V222 <input type="checkbox"/>
J'ai eu des crises de larmes					V223 <input type="checkbox"/>
Je me suis sentie triste					V224 <input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas					V225 <input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain					V226 <input type="checkbox"/>



## RÉSEAU DE SOUTIEN SOCIAL

⌘ Dans cette section, l'utilisation des prénoms des personnes que vous connaissez a pour simple objectif de vous aider à les reconnaître et de nous permettre d'identifier le sexe des personnes. Le questionnaire étant anonyme, cela ne brime pas l'anonymat ces personnes.

Pour cette section, veuillez considérer toutes les personnes de votre entourage, ceci inclut votre conjoint, les membres de votre famille et de votre belle-famille, vos ami(e)s, ainsi que les professionnels comme les médecins, les infirmières, etc.

A1. Si vous aviez **besoin** pour vous, pour votre bébé ou un autre membre de votre famille de **quelque chose** (meubles, de l'argent, des vêtements, de la nourriture) ou d'une **aide pour faire des tâches** (garder les enfants, faire des commissions ou du ménage, etc.), quelle(s) personne(s) pourrait(ent) vous aider? (*Inscrivez les prénoms et leur lien avec vous*)

---



---



---

A2. Durant les **deux dernières semaines**, vous est-il arrivé d'avoir **besoin** de quelque chose comme des meubles, de l'argent, des vêtements, de la nourriture ou d'une aide pour faire des tâches comme de garder les enfants, faire des commissions ou du ménage? (*Encerclez votre réponse*)

1. Non
2. Oui
3. Je ne me souviens pas

Si oui, vous est-il arrivé de ne trouver personne pour vous aider?

1. Jamais
2. 1 à 2 fois
3. 3 à 4 fois
4. Plus de 4 fois

B1. Si vous aviez **besoin de vous confier, de parler de choses intimes et personnelles** vous concernant comme femme, épouse ou mère, à quelle(s) personne(s) pourriez-vous en parler? (*Inscrivez les prénoms et leur lien avec vous*)

---



---

B2. Durant les **deux dernières semaines**, vous est-il arrivé d'avoir **besoin de vous confier, de parler de choses intimes et personnelles?** (*Encerclez votre réponse*)

1. Non
2. Oui
3. Je ne me souviens pas

Si oui, vous est-il arrivé de ne trouver personne ?

1. Jamais
2. 1 à 2 fois
3. 3 à 4 fois
4. Plus de 4 fois

C1. Si vous aviez **besoin pour vous, pour votre bébé ou un autre membre de votre famille d'informations, de conseils ou d'être guidée** et éclairée dans une situation quelconque, quelle(s) personne(s) pourrait(ent) vous aider? (*Inscrivez les prénoms et leur lien avec vous*)

---

---

---

C2. Durant les **deux dernières semaines**, vous est-il arrivé d'avoir besoin, pour vous, pour votre bébé ou un autre membre de votre famille **d'informations, de conseils ou d'être guidée** et éclairée dans une situation quelconque? (*Encerclez votre réponse*)

1. Non
2. Oui
3. Je ne me souviens pas

Si oui, vous est-il arrivé de ne trouver personne ?

1. Jamais
2. 1 à 2 fois
3. 3 à 4 fois
4. Plus de 4 fois

D1. Si vous aviez **besoin** de sentir ou de vous faire dire que vous avez de bonnes idées, que vous avez bien fait d'agir comme vous l'avez fait, quelle(s) personne(s) pourraient vous le dire ou vous le faire sentir? (*Inscrivez les prénoms et leur lien avec vous*)

---

---

D2. Durant les **deux dernières semaines**, vous est-il arrivé d'avoir **besoin** que quelqu'un vous dise ou vous fasse sentir que vous avez bien fait d'agir comme vous l'avez fait? (*Encerclez votre réponse*)

1. Non
2. Oui
3. Je ne me souviens pas

Si oui, vous est-il arrivé de ne trouver personne ?

1. Jamais
2. 1 à 2 fois
3. 3 à 4 fois
4. Plus de 4 fois

E1. Si vous aviez **besoin** de faire des **activités** comme de sortir, de jaser, de faire de sport, de vous changer les idées, d'avoir de la visite ou de rendre visite à quelqu'un, avec quelle(s) personne(s) pourriez-vous faire ces activités? (*Inscrivez les prénoms et leur lien avec vous*)

---

---

E2. Durant les **deux dernières semaines**, vous est-il arrivé d'avoir **besoin** de quelqu'un avec qui sortir, jaser, faire du sport, vous changer les idées, recevoir à la maison ou visiter?

1. Non
2. Oui
3. Je ne me souviens pas

Si oui, vous est-il arrivé de ne trouver personne ?

1. Jamais
2. 1 à 2 fois
3. 3 à 4 fois
4. Plus de 4 fois

F1. Parmi les gens de votre **entourage**, quelles personnes vous dérangent, vous agacent, vous mettent à l'envers, font que vous vous sentez pire (mal, triste, agressive) après les avoir vues ou leur avoir parlé? (*Inscrivez les prénoms et leur lien avec vous*)

---

---

---

F2. Pour chacune de ces personnes, combien de fois avez-vous eu des échanges négatifs, des conflits, au cours des **deux dernières semaines**? (*inscrivez le nombre de fois au total en chiffre absolu*)

---

G1. Y a-t-il quelqu'un en particulier à qui vous pouvez vous confier et avec qui vous pouvez parler de vos problèmes personnels? (*Encerclez votre réponse*)

- 1. Non
- 2. Oui

Si oui, inscrivez son prénom et son lien avec vous:

---

G2. Y a-t-il quelqu'un d'autre? (*Inscrivez les prénoms et leur lien avec vous*)

---

---



MERCI BEAUCOUP, MADAME, POUR VOTRE COLLABORATION.



## ANNEXE 2 : ANALYSES DESCRIPTIVES SUPPLÉMENTAIRES

**CALCUL DE PUISSANCE (1- $\beta$ )**  
(Modèles de régression logistique)

$\alpha$  = 0,05 (bilatéral)  
OR = 2,00 (minimal détectable)

P <sub>o</sub>	Groupe 2 (n=142) Vs Groupe 1 (n=163)	Groupe 3 (n=112) Vs Groupe 1 (n=163)	Groupe 4 (n=30) Vs Groupe 1 (n=163)
0,01	0,04	0,05	0,03
0,05	0,23	0,24	0,12
0,10	0,44	0,44	0,20
0,20	0,67	0,66	0,29
0,25	0,73	0,71	0,32
0,30	0,77	0,75	0,33
0,40	0,79	0,77	0,33
0,50	0,78	0,76	0,30
0,60	0,73	0,70	0,25
0,75	0,57	0,52	0,14

GROUPE 1 = Travailleuses en congé

GROUPE 2 = Travailleuses ayant repris le travail

GROUPE 3 = Femmes au foyer

GROUPE 4 = Travailleuses à la recherche d'un emploi

ASSOCIATIONS BIVARIÉES ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES, DE LEUR ENVIRONNEMENT, ET LE SCORE À L'ÉCHELLE DE SYMPTÔMES DÉPRESSIFS (CES-D)

N : 407 (ensemble des répondantes)	Score moyen (95% IC)	p
<b>CARACTERISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES</b>		
<i>Niveau de scolarité</i>		<b>0,001</b>
Collégial ou Universitaire	11,49 (10,47 - 12,51)	
Secondaire	14,69 (12,51-16,16)	
<i>Age</i>	( <i>pearson corr.</i> ) : -0,06	0,178
<i>Perception de l'état de santé physique</i>		<b>0,000</b>
Excellente, très bonne ou bonne	11,89 (10,44 - 12,27)	
Moyenne ou mauvaise	17,70 (14,56 - 20,85)	
<i>Désir de grossesse</i>		<b>0,005</b>
Désirée	11,82 (10,82 - 12,81)	
Non-désirée ou voulue plus tard	14,75 (12,80 - 16,71)	
<b>CARACTERISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT</b>		
<i>Présence d'un conjoint</i>		<b>0,001</b>
Vit avec un conjoint	12,08 (11,17 - 12,99)	
Vit sans conjoint	17,35 (13,81 - 20,89)	
<i>Revenu familial</i>		<b>0,000</b>
Rev. égal/plus élevé que le seuil	11,62 (10,61 - 12,64)	
Revenu sous le seuil de pauvreté	12,72 (10,56 - 14,89)	
60% du seuil de pauvreté	17,55 (14,64 - 20,46)	
<i>Nombre d'enfants</i>		0,322
Un enfant	12,92 (11,62 - 14,23)	
Deux enfants	12,88 (11,34 - 14,43)	
Trois enfants	11,09 (8,66 - 13,53)	
Quatre enfants ou plus	9,47 (5,67 - 13,27)	
<i>Soutien social</i>		
Nb. personnes dans le réseau de soutien :	( <i>pearson corr.</i> ) : -0,14	<b>0,003</b>
Nb. type d'aide manqué lors d'un besoin ressenti :	( <i>pearson corr.</i> ) : 0,447	<b>0,000</b>
<i>Stresseurs</i>		
Pas de stresseurs qualifiés d'importants	9,55 (8,64 - 10,47)	<b>0,000</b>
Stresseurs importants	16,89 (15,34 - 18,44)	
Nb. de personnes en conflits :	( <i>pearson corr.</i> ) : 0,176	<b>0,000</b>
Bébé en excellente, t.b. ou b. santé	12,29 (11,39 - 13,19)	<b>0,004</b>
Santé moyenne ou mauvaise	18,94 (13,16 - 24,76)	

ASSOCIATIONS BIVARIÉES ENTRE LES CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES, DE LEUR ENVIRONNEMENT, ET LE RAPPORT À L'EMPLOI

CARACTÉRISTIQUES DES NOUVELLES MÈRES

<u>Niveau de scolarité</u>	<i>Niveau secondaire ou moins % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	21,5 (35)	34,69	<b>0,000</b>
Travailleuses ayant repris le travail	28,9 (41)		
Femmes au foyer	54,5 (61)		
Femmes à la recherche d'un emploi	40,0 (12)		
<u>Age</u>	<i>Age moyen (95% IC)</i>		<i>p</i>
Travailleuses en congé	29,48 (28,79 – 30,16)	5,08	<b>0,003</b>
Travailleuses ayant repris le travail	29,05 (28,27 – 29,83)		
Femmes au foyer	27,27 (26,23 – 28,30)		
Femmes à la recherche d'un emploi	28,70 (26,67 – 30,73)		
<u>Perception de l'état de santé physique</u>	<i>Santé moyenne ou mauvaise % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	7,4 (12)	11,97	<b>0,007</b>
Travailleuses ayant repris le travail	12,0 (17)		
Femmes au foyer	15,2 (17)		
Femmes à la recherche d'un emploi	16,7 (5)		
<u>Désir de grossesse</u>	<i>Grossesse non désirée % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	19,0 (31)	5,89	0,117
Travailleuses ayant repris le travail	22,5 (32)		
Femmes au foyer	32,1 (36)		
Femmes à la recherche d'un emploi	43,3 (13)		

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT

<u>Présence d'un conjoint</u>	<i>Vit sans conjoint % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	4,3 (7)	29,92	<b>0,000</b>
Travailleuses ayant repris le travail	4,2 (6)		
Femmes au foyer	18,8 (21)		
Femmes à la recherche d'un emploi	20,0 (6)		
<u>Qualité de la relation conjugale<sup>1</sup></u>	<i>Relation mauvaise ou s'étant détériorée % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	10,4 (16)	5,89	0,117
Travailleuses ayant repris le travail	19,4 (26)		
Femmes au foyer	18,9 (17)		
Femmes à la recherche d'un emploi	21,7 (5)		

<sup>1</sup> Pour les femmes vivant avec un conjoint uniquement



<u>Revenu familial</u>	<i>60% du seuil de pauvreté % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	1,8 (3)	83.53	<b>0,000</b>
Travailleuses ayant repris le travail	5,6 (8)		
Femmes au foyer	35,8 (39)		
Femmes à la recherche d'un emploi	34,5 (10)		
<u>Nombre d'enfants</u>	<i>Trois enfants ou plus % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	10,4 (17)	25.39	<b>0,000</b>
Travailleuses ayant repris le travail	13,4 (19)		
Femmes au foyer	30,4 (34)		
Femmes à la recherche d'un emploi	3,3 (1)		
<u>Soutien social</u>	<i>Nombre de pers. dans le réseau (95% IC)</i>		<i>p</i>
Travailleuses en congé	7,58 (7,07 – 8,10)		<b>0,009</b>
Travailleuses ayant repris le travail	7,65 (7,00 – 8,31)		
Femmes au foyer	6,68 (6,18 – 7,18)		
Femmes à la recherche d'un emploi	5,93 (5,06 – 6,81)		
	<i>Nombre de types d'aide manqué (95% IC)</i>		<i>p</i>
Travailleuses en congé	0,93 (0,74 – 1,12)		<b>0,000</b>
Travailleuses ayant repris le travail	1,19 (0,96 – 1,42)		
Femmes au foyer	1,46 (1,14 – 1,79)		
Femmes à la recherche d'un emploi	2,07 (1,42 – 2,72)		
<u>Stresseurs</u>	<i>Stresseur important % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	36,8 (60)	11.43	<b>0,010</b>
Travailleuses ayant repris le travail	36,6 (52)		
Femmes au foyer	45,5 (51)		
Femmes à la recherche d'un emploi	66,7 (20)		
	<i>Nombre de personnes en conflits (95% IC)</i>		<i>p</i>
Travailleuses en congé	0,87 (0,71 – 1,02)		<b>0,024</b>
Travailleuses ayant repris le travail	1,23 (1,05 – 1,42)		
Femmes au foyer	0,96 (0,75 – 1,16)		
Femmes à la recherche d'un emploi	0,97 (0,61 – 1,33)		
	<i>Bébé ayant une santé moyenne ou mauvaise % (n)</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
Travailleuses en congé	1,8 (3)	3.51	0.319
Travailleuses ayant repris le travail	5,6 (8)		
Femmes au foyer	5,4 (6)		
Femmes à la recherche d'un emploi	3,3 (1)		

ASSOCIATIONS ENTRE LES VARIABLES INDEPENDANTES

		Scol. <sup>a</sup>	Age <sup>b</sup>	Santé <sup>a</sup>	Désir gross. <sup>c</sup>	Prés. Conj. <sup>c</sup>	Revenu <sup>a</sup>	Nb. enfants <sup>a</sup>	Nb. pers.rés. <sup>b</sup>	Nb.aide manqué <sup>b</sup>	Stress-eurs <sup>c</sup>	Nb. conflits <sup>b</sup>
Age <sup>a</sup>	Coeff	-0,148										
	p	0,002*										
Santé <sup>b</sup>	Coeff	0,045	0,008									
	p	0,361	0,064									
Désir gross. <sup>c</sup>	Coeff	0,003	0,019	0,002								
	p	0,283	0,685	0,329								
Prés. Conj. <sup>c</sup>	Coeff	0,031	0,069	0,003	0,033							
	p	0,000*	0,146	0,391	0,000*							
Revenu <sup>a</sup>	Coeff	0,32	-0,191	0,005	0,012	0,16						
	p	0,000*	0,000*	0,921	0,025*	0,000*						
Nb.enfants <sup>a</sup>	Coeff	-0,12	-0,239	0,06	0,007	0,007	-0,097					
	p	0,017*	0,000*	0,137	0,118	0,118	0,082					
Nb.pers. rés. <sup>b</sup>	Coeff	-0,028	-0,031	-0,096	0,039	0,039	-0,183	0,071				
	p	0,000*	0,518	0,042*	0,412	0,412	0,000*	0,135				
Nb.aide.manq. <sup>b</sup>	Coeff	0,085	-0,024	0,150	0,153	0,153	0,151	0,041	0,090			
	p	0,073	0,610	0,002*	0,001*	0,001*	0,001*	0,392	0,059			
Stresseurs <sup>c</sup>	Coeff	0,005	0,021	0,02	0,024	0,024	0,025	0,001	0,081	0,228		
	p	0,103	0,660	0,002*	0,001*	0,001*	0,001*	0,442	0,087	0,000*		
Nb. conflits <sup>b</sup>	Coeff	-0,092	-0,081	0,086	0,011	0,011	-0,010	0,064	0,30	0,17	0,118	
	p	0,051	0,085	0,070	0,824	0,824	0,831	0,179	0,000*	0,012*	0,012*	
Santé bb <sup>a</sup>	Coeff	0,048	0,027	0,213	0,014	0,014	0,058	0,004	-0,082	0,162	0,013	-0,011
	p	0,343	0,563	0,014*	0,082	0,082	0,331	0,927	0,084	0,001*	0,024*	0,816

<sup>1</sup>Pearson (2 var. continues), Tau B (2 var. ordinales), Coeff d'incertitude (var. nominales entre elles ou avec ordinales), Eta (var. continues et nominales) ou coeff. de Spearman (var. continues et ordinales).

<sup>a</sup> Variable ordinale

<sup>b</sup> Variable continue

<sup>c</sup> Variable nominale

ANNEXE 3 : NOTES SUR LE CODAGE DES VARIABLES SUR LE PARTAGE DES TÂCHES

TÂCHES DOMESTIQUES ET SOINS AU NOURRISSON : NOTES SUR CODAGE

---

Partage des tâches domestiques

		(Vous tjrs) (v.+souv) (égal) (c.+souv) (conj.tjrs)					
		1	2	3	4	5	(6) (7)
Tâches quotidiennes : (x 2)	T2V54 (repas) T2V55 (vaisselle) T2V56 (rangement)	10	8	6	4	2	0 0
Tâches hebdomadaires : (x1)	T2V53 (achats) T2V57 (ménage) T2V58 (lavage) T2V59 (repassage)	5	4	3	2	1	0 0

Score pour chacune des tâches : FV53x, FV54x. etc...

Addition : FV53x+ FV54x+ (...) = **FV53z**

Variable de pondération : **ftachm\_p**

Chacune des tâches valides (de 1 à 5) se voient attribuer : 2 lorsque quotidiennes, 1 lorsqu'hebdomadaires. On leur attribue 0 lorsque non-valide (réponses 6 ou 7). = T2V53p, T2V54p. etc.  $ftachm\_p = T2V53p + T2V54p + etc.$

$Taches2 = FV53z / ftachm\_p =$  Variable continue comprise entre 5 (F. Tjrs) et 1 (H. Tjrs).

Variables catégorielles :

TACH2\_C3 =  
 1 à 2,4 = (H. fait plus de la moitié)  
 2,5 à 3,4 = (partage égalitaire)  
 3,5 à 4,4 = (F. fait la majorité)  
 4,5 à 5 = (F fait la quasi-totalité).

TACH2CAT =  
 1 (score 4,5 à 5) = F fait la quasi-totalité  
 0 = Autres

## Partage des soins au nourrisson

(Vous tjrs) (v.+souv) (égal) (c.+souv) (conj.tjrs)

	1	2	3	4	5	(6)	(7)
Tâches quotidiennes : T2V43 (repas bb)	10	8	6	4	2	0	0
T2V44 (manger bb)							
T2V45 (nuit bb)							
T2V46 (couches bb)							
T2V47 (bain bb)							

Score pour chacune des tâches : FV43x, FV44x, etc...

Addition : FV43x+ FV44x+ (...) = **Fsoinbb**

Variable de pondération : **Pond\_bb**

Chacune des tâches valides (de 1 à 5) se voient attribuer : 2 On leur attribue 0 lorsque non-valide (réponses 6 ou 7). = T2V43p, T2V44p, etc.  $Pond\_bb = T2V43p + T2V44p + etc.$

**Soins2** = Fsoinbb / Pond-bb = Variable continue comprise entre 5 (F. Tjrs) et 1 (H. Tjrs).

Variables catégorielles :

SOIN2\_C3 =  
1 à 2,4 = (H. fait plus de la moitié)  
2,5 à 3,4 = (partage égalitaire)  
3,5 à 4,4 = (F. fait la majorité)  
4,5 à 5 = (F fait la quasi-totalité).

SOIN2CAT =  
1 (score 4,5 à 5) = F fait la quasi-totalité  
0 = autres