

Recherche quantitative originale

Indicateurs de santé mentale chez les femmes autochtones enceintes au Canada : résultats de l'Enquête sur l'expérience de la maternité

Chantal Nelson, Ph. D. (1,2); Karen M. Lawford, Ph. D. (3); Victoria Otterman, B.A. (1); Elizabeth K. Darling, Ph. D. (4)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

[Diffuser cet article sur Twitter](#)

Résumé

Introduction. On dispose de peu de recherches sur la santé mentale chez les femmes autochtones enceintes, ce qui nous a conduit à examiner dans cette étude la prévalence de la dépression post-partum (DPP) et ses déterminants, en tenant compte des antécédents de dépression chez les femmes non autochtones et autochtones du Canada.

Méthodologie. L'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM) est une enquête nationale portant sur l'expérience et les pratiques des femmes canadiennes préalablement à la conception et jusqu'aux premiers mois de la maternité. On a calculé, à l'aide de la méthode de correction Mantel-Haenszel, les estimations du risque pour les facteurs de prédiction de la DPP en se basant sur les rapport de cotes de l'analyse de régression ajustée. L'analyse a été menée auprès de femmes s'étant auto-identifiées comme autochtones (Inuites, Métisses ou membres des Premières Nations vivant hors réserve) ou comme non autochtones.

Résultats. La prévalence d'antécédents de dépression était plus élevée chez les femmes s'étant auto-identifiées comme membre des Premières Nations vivant hors réserve ou métisses que chez les femmes non autochtones, les femmes inuites offraient la plus faible prévalence d'antécédents de dépression autodéclarée. Les femmes autochtones avaient une prévalence plus élevée de DPP que les femmes non autochtones. La présence d'antécédents de dépression n'était pas un facteur de prédiction de DPP chez les femmes inuites et métisses, mais s'est révélée en être un chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et chez les femmes non autochtones. Un nombre disproportionnellement plus élevé de femmes autochtones que de femmes non autochtones ont déclaré avoir été victimes de violence.

Conclusion. Notre étude a montré que les facteurs usuels de prédiction de DPP que sont l'anxiété, les événements stressants de la vie pendant la grossesse, un faible niveau de soutien social et des antécédents de dépression étaient bien présents chez les femmes non autochtones mais que, à l'exception du nombre d'événements stressants chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, ces facteurs n'étaient pas associés à la DPP chez les femmes autochtones. Ces résultats incitent à développer la sensibilité des indicateurs de santé mentale pour les femmes autochtones.

Mots-clés : *dépression postpartum, autochtone, grossesse, santé mentale*

Points saillants

- La prévalence d'antécédents de dépression était plus forte chez les femmes métisses et celles des Premières Nations que chez les femmes non autochtones, les femmes inuites offrant quant à elles la prévalence la plus faible.
- Dans l'ensemble, la prévalence de dépression post-partum était plus élevée chez les femmes inuites, métisses et des Premières Nations que chez les femmes non autochtones.
- Un nombre disproportionnellement plus élevé de femmes autochtones que de femmes non autochtones ont déclaré avoir été victimes de violence.

Introduction

L'Association canadienne pour la santé mentale estime que jusqu'à 20 % des nouvelles mères souffrent de dépression post-partum (DPP)¹. La dépression prénatale est le principal facteur de prédiction de la DPP². Elle est associée à un mauvais fonctionnement maternel et à de moins bons résultats à la naissance, en particulier des taux de naissance prématurée plus élevés et des taux accrus d'accouchement par césarienne³⁻⁵. Les facteurs de prédiction de la DPP les plus reconnus sont l'anxiété, les problèmes conjugaux, les événements stressants de la vie pendant la grossesse, le manque de soins prénataux, l'instabilité du

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Institut de recherche sur la santé des populations, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario), Canada
3. Department of Gender Studies, Queen's University, Kingston (Ontario), Canada
4. Département de l'obstétrique et de la gynécologie, Faculté des sciences de la santé, Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance: Chantal Nelson, Section de la santé maternelle et infantile, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, 726-A2, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-404-7720; courriel : chantal.nelson@canada.ca.

conjoint et le faible niveau de soutien social⁴. Étant donné les potentiels effets négatifs de la DPP sur la femme et son enfant, il est important connaître la prévalence et les facteurs de prédiction de la DPP afin de mettre en œuvre des mesures préventives et d'aider les professionnels de la santé à s'assurer que les personnes les plus susceptibles de souffrir de DPP bénéficient d'un soutien approprié².

Au Canada, on désigne par « peuples autochtones » les peuples premiers d'Amérique du Nord et leurs descendants, en les répartissant en trois groupes : les Premières Nations, les Métis et les Inuits⁶. Comparer l'état de santé des femmes autochtones et celui des femmes non autochtones impose de tenir compte du contexte des déterminants de la santé découlant de l'histoire de la colonisation et des séquelles des pensionnats indiens, notamment le statut socioéconomique, les conditions d'éducation et d'emploi, les réseaux de soutien social, l'environnement physique et l'accès à des services de santé⁷. Les déterminants sociaux de la santé rendent de nombreuses femmes autochtones plus vulnérables que les autres femmes canadiennes en matière de santé. Parallèlement, il est important de souligner la résilience des peuples autochtones et de reconnaître en particulier la valeur des pratiques prometteuses en usage à l'échelle du pays pour réduire les disparités en matière de santé maternelle et infantile⁸. Malheureusement, on dispose de peu de descriptions précises des disparités en matière de santé vécues par les femmes autochtones, par manque d'identificateurs normalisés pour les Premières Nations, les Métis et les Inuits dans les bases de données d'enregistrement, d'utilisation des soins de santé et de surveillance.

Même s'il a été prouvé que les femmes autochtones présentent des niveaux plus élevés de symptômes de DPP que les femmes non autochtones^{2,8}, la prévalence des facteurs de prédiction de DPP n'a jusqu'à présent pas été bien décrite. Pour combler cette lacune dans la recherche en santé mentale périnatale chez les femmes autochtones, nous examinons dans cette étude la prévalence de la DPP et de ses déterminants ainsi que d'autres indicateurs de santé mentale (dont des antécédents de dépression) chez les femmes des Premières Nations habitant hors réserve, les Métisses et les Inuites au Canada.

Méthodologie

L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité (EEM) élaborée par l'Agence

de la santé publique du Canada est une enquête nationale portant sur l'expérience et les pratiques des femmes canadiennes préalablement à la conception et jusqu'aux premiers mois de la maternité. Son principal objectif est d'obtenir des données sur l'expérience de la grossesse, de l'accouchement et de la période suivant l'accouchement chez les femmes canadiennes.

Pouvaient participer à l'enquête les mères de 15 ans et plus ayant donné naissance à un seul bébé vivant au Canada entre le 1^{er} novembre 2005 et le 15 mai 2006 et vivant avec leur enfant au moment de la collecte des données. Ont été exclues les mères âgées de moins de 15 ans au moment de la naissance, les mères des Premières nations vivant dans une réserve, les femmes vivant dans un institut et toute femme ayant eu une naissance multiple (p. ex. des jumeaux), ayant accouché d'un enfant mort-né, dont l'enfant est décédé de mortalité infantile ou encore ne vivant plus avec son enfant⁹. Un échantillon aléatoire stratifié de 8542 femmes a été sélectionné sans remplacement, à partir des naissances récentes répertoriées dans une base d'échantillonnage tirée du recensement. Au total, 6421 femmes ont répondu de manière suffisante au questionnaire pour être sélectionnées comme répondantes pour la cohorte de l'étude EEM⁹. On a utilisé des poids d'échantillonnage et des strates de second niveau supplémentaires, basés sur la langue maternelle et le statut d'Autochtone de la mère⁹, ce qui a permis que ces 6421 répondantes soient représentatives de 76 508 femmes, soit un échantillon qu'on peut considérer comme représentatif à l'échelle du pays. Les entrevues ont été réalisées principalement par téléphone, entre le 23 octobre 2006 et le 31 janvier 2007. La plupart des femmes (96,9 %) ont été interrogées entre cinq et neuf mois après leur accouchement, l'intervalle de temps total s'échelonnant entre 5 et 14 mois. Les entrevues ont eu lieu en anglais, en français et dans 13 autres langues non officielles⁹.

Notre analyse excluait les femmes n'ayant pas déclaré leur appartenance ethnique et a porté sur les femmes auto-identifiées comme membres des Premières Nations hors réserve (2,5 %, n = 1435), comme Métisses (2,5 %, n = 1456) ou comme Inuites (0,5 %, n = 239) ainsi que les femmes qui ne s'étaient pas identifiées comme Autochtones, ce qui implique qu'elles s'identifiaient comme non-Autochtones (94,5 %, n = 55 405).

Les variables en santé mentale étaient le score sur l'Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg (EDPE), des antécédents de dépression, le stress perçu, le nombre d'événements stressants, des antécédents de violence subie, le niveau de soutien social et la consommation de drogues et d'alcool durant la grossesse. On a considéré que les femmes présentaient des symptômes de DPP lorsque leur score sur l'EDPE était égal ou supérieur à 13. Si les femmes avaient répondu positivement à la question « Avant votre grossesse, vous avait-on déjà prescrit des antidépresseurs ou avez-vous reçu un diagnostic de dépression? », elles ont été considérées comme ayant des antécédents de dépression. On a aussi posé aux femmes une série de questions relatives au stress : on leur a demandé de penser à la quantité de stress dans leur vie au cours des 12 mois précédant la naissance de leur bébé et elles devaient répondre par « pas stressant », « plutôt stressant » ou « très stressant ». Conformément aux définitions proposées par Dzakpasu et ses collaborateurs¹⁰ et Kingston et ses collaborateurs¹¹, un stress élevé a été défini comme le fait de vivre trois événements stressants ou plus (décès d'un membre de la famille ou d'un ami, déménagement, changement de situation professionnelle ou résidentielle, divorce, problèmes relationnels, stress financier, altercations physiques, prison, consommation d'alcool ou de drogues) au cours des 12 mois ayant précédé la naissance du bébé. On a aussi posé aux femmes une série de dix questions, portant en particulier sur la violence physique ou sexuelle et les menaces de violence, afin de déterminer si elles avaient été victimes de violence. Une réponse positive à l'une de ces questions a été considérée comme un signe de violence subie, conformément à l'étude de Daoud et ses collaborateurs¹². La présence de soutien social a été déterminée par la question suivante : « pendant votre grossesse, à quelle fréquence avez-vous reçu du soutien alors vous en aviez besoin? » Si elles avaient répondu « jamais », on a considéré qu'elles n'avaient bénéficié d'aucun soutien social, si elles avaient répondu « rarement » ou « parfois », on a considéré qu'elles avaient bénéficié d'un soutien social faible et si elles avaient répondu « souvent » ou « tout le temps », on a considéré qu'elles avaient bénéficié de soutien social. Si les femmes avaient fourni une autre réponse que « ne buvait pas à ce moment ou a cessé de boire » à la question « Après vous être rendu compte que vous étiez enceinte, à quelle fréquence avez-vous consommé des

boissons alcoolisées? », on a considéré qu'elles avaient consommé de l'alcool durant leur grossesse. Si les femmes avaient fourni une réponse positive à la question « Après vous être rendu compte que vous étiez enceinte, avez-vous consommé des drogues illicites? », on a considéré qu'elles avaient consommé des drogues durant leur grossesse.

Les caractéristiques sociodémographiques sont l'âge (autodéclaré), l'état matrimonial, l'éducation et l'activité professionnelle. On a créé une variable intitulée « seuil de faible revenu » (SFR) à l'aide d'un ensemble de critères utilisés par Statistique Canada pour déterminer le seuil de revenu en deçà duquel une famille consacrerait vraisemblablement une plus grande part de son revenu à la nourriture, au logement et à l'habillement qu'une famille moyenne au Canada. On a divisé cette variable en deux catégories, « au niveau ou en dessous du SFR » et « au-dessus du SFR ». Les catégories définissant l'état matrimonial sont : célibataire ou jamais mariée, mariée, en union de fait, divorcée, séparée, veuve ou sans réponse. On a défini l'éducation à partir du plus haut niveau de scolarité atteint, selon les catégories suivantes : niveau inférieur aux études secondaires, études secondaires et un peu d'études postsecondaires, études postsecondaires et enfin diplôme universitaire.

Les caractéristiques liées à la grossesse sont la parité (primipares ou multipares), la première visite en soins prénataux (premier trimestre ou plus tard), la planification ou non de la grossesse et le tabagisme. La planification ou non de la grossesse a été définie à partir de la réponse à la question « En repensant au moment juste avant de devenir enceinte, diriez-vous que vous vouliez être enceinte...? » Si les femmes avaient répondu « plus tard » ou « pas du tout », on a considéré leur grossesse comme non planifiée, et si elles avaient répondu « avant » ou « à ce moment-là » on a considéré que leur grossesse avait été planifiée. Enfin, si les femmes avaient répondu « quotidiennement » ou « occasionnellement » à la question « Au cours des trois derniers mois de votre grossesse avez-vous fumé quotidiennement, occasionnellement ou pas du tout? », on a considéré qu'elles avaient fumé durant leur grossesse.

Les données ont été analysées à l'aide de la version 21.0 de SPSS. On a obtenu des

estimations du risque relatif à partir du rapport de cotes de l'analyse de régression pondérée en utilisant la méthode de correction Mantel-Haenszel proposée par Zhang et Yu¹³. Cette méthode de correction s'est révélée valide pour obtenir une estimation représentative du risque relatif réel. Pour toutes les analyses, on a utilisé des poids d'échantillonnage et on a calculé la variance et les intervalles de confiance (IC) à 95 %. On a utilisé l'analyse univariée pour estimer les rapports de cotes et on a inclus dans le modèle Mantel-Haenszel toutes les variables présentant une association avec le résultat à $p < 0,05$ pour calculer le risque relatif ajusté. Les modèles ont été ajustés pour tenir compte des variables significatives pour la grossesse, pour la santé mentale et pour les variables socio-économiques (l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, l'activité professionnelle, le SFR, la parité, le délai pour les soins prénataux, la planification ou non de la grossesse, le tabagisme durant la grossesse, des antécédents de dépression, de la violence subie, le stress et le soutien social). Nous avons calculé les risques relatifs ajustés pour tous les groupes autochtones (les femmes non autochtones constituant le groupe de référence) et pour toutes les variables psychosociales et de santé mentale. Nous avons ensuite stratifié notre analyse en quatre groupes (non-Autochtones, Premières Nations hors réserve, Métisses et Inuites) afin de comparer les femmes atteintes de DPP et les autres (qui ont constitué le groupe de référence).

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Il existe des différences entre femmes autochtones et femmes non autochtones en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Dans l'ensemble, les femmes des Premières Nations, métisses et inuites étaient plus jeunes, davantage susceptibles d'être célibataires, avaient un niveau d'études moins élevé et étaient davantage susceptibles de déclarer être au niveau ou en dessous du seuil de faible revenu (SFR) que les femmes non autochtones (tableau 1).

Antécédents de dépression et dépression post-partum

La prévalence d'antécédents de dépression était plus élevée chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et les femmes métisses que chez les femmes

non autochtones (respectivement 22,1 % et 28,8 % contre 17,8 %), les femmes inuites offrant quant à elles la prévalence la plus faible, soit 9,4 %. Comparativement aux femmes non autochtones, et après prise en compte des variables de confusion potentielles, les femmes inuites se sont révélées davantage susceptibles d'avoir souffert préalablement de dépression (risque relatif ajusté 1,9; IC à 95 % : 1,5 à 2,5) et les femmes métisses moins susceptibles (risque relatif ajusté 0,8; IC à 95 % : 0,7 à 0,9). Aucune différence n'a été relevée chez les femmes des Premières Nations habitant hors réserve (risque relatif ajusté 1,0; IC à 95 % : 0,9 à 1,2).

Dans l'ensemble, la prévalence de DPP (calculée à partir du nombre de femmes ayant déclaré des symptômes de dépression selon l'EDPE) était plus élevée chez les femmes des Premières Nations habitant hors réserve, les Métisses et les Inuites (respectivement 12,9 %, 9,1 % et 10,6 %) que chez les femmes non autochtones (5,6 %) (tableau 1). Cependant, après ajustement pour tenir compte des facteurs de confusion, aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée pour la DPP entre les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, les Métisses et les Inuites et les femmes non autochtones (tableau 2).

Lorsqu'on compare les femmes n'étant pas atteintes de DPP à celles qui en présentaient des symptômes (données stratifiées selon l'appartenance ethnique), on observe que les femmes non autochtones et les femmes des Premières Nations habitant hors réserve atteintes de DPP étaient davantage susceptibles d'avoir des antécédents de dépression, ce qui n'est pas le cas chez les femmes métisses. Nous ne pouvons présenter de données pour les femmes inuites en raison des faibles effectifs (tableau 3).

Violence

Un nombre disproportionnellement plus élevé de femmes autochtones que de femmes non autochtones ont déclaré avoir été victimes de violence : la prévalence de violence subie était de 19,6 % pour les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, de 12,0 % pour les femmes métisses, de 26,4 % pour les femmes inuites et de 5,5 % pour les femmes non autochtones.

TABEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et de santé mentale d'un échantillon de répondantes autochtones et non autochtones à l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM)

Variables	Non-Autochtones	Inuits	Métis	Premières Nations hors réserve	Valeur p
	(%, IC à 95 %)	(%, IC à 95 %)	(%, IC à 95 %)	(%, IC à 95 %)	
	n = 55 405	n = 239	n = 1456	n = 1435	
Variabes sociodémographiques					
Groupe d'âge					< 0,01
15 à 19 ans	1,9 (1,7–2,0)	13,4 (9,2–18,9)	7,3 (6,0–8,9)	11,7 (10,1–13,7)	
20 à 24 ans	12,0 (11,7–12,3)	38,1 (30,7–46,7)	26,3 (23,7–29,1)	25,2 (22,9–28,2)	
25 à 29 ans	32,1 (31,7–32,6)	30,5 (23,9–38,4)	30,7 (28,0–33,7)	31,8 (29,3–35,2)	
30 à 34 ans	35,0 (34,6–35,5)	13,0 (8,8–18,4)	25,3 (22,7–28,0)	21,1 (18,1–22,8)	
35 à 39 ans	15,7 (15,4–16,0)	5,0 (2,6–8,8)	8,0 (6,6–9,5)	8,7 (7,3–10,5)	
40 à 44 ans	3,1 (2,9–3,2)	0	1,4 (0,9–2,2)	1,5 (1,0–2,3)	
45 à 49 ans	<1	0	1,0 (0,5–1,6)	0	
État matrimonial					< 0,01
Célibataire, jamais mariée	6,6 (6,4–6,9)	–	15,5 (13,6–17,7)	25,7 (23,2–28,5)	
Mariée	62,5 (61,8–63,1)	–	51,3 (47,7–55,2)	27,0 (24,3–29,8)	
Union de fait	29,1 (28,6–29,5)	–	30,5 (27,7–33,4)	40,9 (37,7–44,4)	
Divorcée ou séparée	1,7 (1,6–1,8)	–	1,7 (1,1–2,5)	6,5 (5,2–7,9)	
Plus haut niveau de scolarité atteint					< 0,01
Inférieur aux études secondaires	6,7 (6,5–6,9)	51,9 (43,2–61,9)	13,5 (11,6–15,5)	28,4 (25,7–31,3)	
Études secondaires et un peu d'études postsecondaires	19,4 (19,0–19,7)	27,2 (21,0–34,7)	39,4 (36,2–42,7)	34,9 (31,9–38,1)	
Études postsecondaires	39,6 (39,0–40,1)	14,2 (9,9–19,9)	33,1 (30,2–36,2)	30,2 (27,5–33,2)	
Diplôme universitaire	34,2 (33,7–34,7)	4,2 (2,0–7,7)	14,1 (12,2–16,1)	6,3 (5,0–7,7)	
Situation professionnelle					< 0,01
Occupe un emploi	83,6 (82,8–84,3)	51,5 (42,8–61,4)	76,5 (72,1–81,2)	59,2 (54,9–62,9)	
Parité					< 0,01
Primipare	45,5 (45,0–46,1)	25,5 (19,5–32,8)	45,3 (41,9–48,9)	47,8 (43,8–51,0)	
Soins prénataux					< 0,01
Première visite prénatale au 1 ^{er} trimestre	96,6 (95,9–97,5)	91,2 (86,9–96,9)	92,9 (86,2–96,1)	93,8 (87,9–96,9)	
Planification de la grossesse					
Grossesse planifiée	74,4 (73,2–74,8)	53,9 (42,8–62,8)	53,4 (48,7–56,2)	55,4 (49,9–58,7)	
Seuil de faible revenu					< 0,01
Au niveau ou en dessous du SFR	13,9 (13,5–14,2)	36,0 (28,8–44,4)	28,6 (25,9–31,5)	47,0 (43,6–50,7)	
Au-dessus du SFR	79,5 (78,8–80,3)	36,4 (29,2–44,9)	62,7 (58,7–66,9)	37,4 (34,3–40,7)	
Données manquantes	6,6 (6,4–6,9)	27,6 (21,4–35,1)	8,6 (7,2–10,3)	15,5 (13,6–17,7)	
Variabes relatives à la santé mentale					
Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg					< 0,01
Symptômes de DPP	5,6 (5,4–5,8)	10,6 (6,8–15,4)	9,1 (7,6–10,8)	12,9 (11,1–14,9)	
Antécédents de dépression					< 0,01
Antécédents de dépression	17,8 (17,4–18,1)	9,4 (5,9–14,2)	28,8 (25,9–31,4)	22,1 (19,7–24,7)	
Stress perçu					< 0,01
Plutôt stressée	45,3 (44,7–45,9)	45,6 (37,4–55,0)	44,0 (40,6–47,5)	47,1 (44,0–51,2)	
Très stressée	12,2 (11,9–12,4)	13,4 (9,2–18,9)	16,0 (14,1–18,3)	16,0 (14,0–18,2)	
Nombre d'événements stressants					< 0,01
Élevé (3 événements ou plus)	8,5 (8,3–8,7)	24,3 (18,4–31,4)	24,6 (22,1–27,3)	25,3 (22,8–28,0)	
Violence					< 0,01
A subi de la violence	5,5 (5,2–5,6)	26,4 (20,3–33,7)	12,0 (10,2–13,8)	19,6 (17,4–22,0)	

Suite à la page suivante

TABEAU 1 (suite)
Caractéristiques sociodémographiques et de santé mentale d'un échantillon de répondantes autochtones et non autochtones à l'Enquête sur l'expérience de la maternité (EEM)

Variables	Non-Autochtones (%, IC à 95 %)	Inuits (%, IC à 95 %)	Métis (%, IC à 95 %)	Premières Nations hors réserve (%, IC à 95 %)	Valeur p
	n = 55 405	n = 239	n = 1456	n = 1435	
Fréquence des actes de violence					< 0,01
Une fois	42,9 (29,9–32,9)	55,6 (42,4–71,5)	35,4 (29,6–42,1)	40,3 (34,8–46,4)	
Plus d'une fois	57,1 (55,3–59,0)	44,4 (32,8–58,9)	64,6 (56,6–73,4)	59,7 (53,0–67,0)	
Soutien social					< 0,01
Pas de soutien social	< 1	4,2 (2,0–7,7)	2,1 (1,4–2,9)	0	
Peu de soutien social	8,9 (8,6–9,1)	15,3 (11,1–21,6)	7,4 (6,0–8,8)	13,0 (11,3–15,1)	
Consommation d'alcool					< 0,01
A consommé de l'alcool durant la grossesse	12,0 (11,7–12,3)	4,2 (2,0–7,7)	6,1 (4,9–7,5)	3,9 (2,9–5,1)	
Consommation de drogues					< 0,01
A consommé des drogues durant la grossesse	1,0 (0,9–1,1)	6,8 (3,8–10,9)	6,9 (5,6–8,3)	1,9 (1,3–2,8)	
Tabagisme					< 0,01
A fumé durant la grossesse	8,2 (7,9–8,4)	44,4 (36,3–53,6)	16,6 (14,5–18,8)	12,1 (10,5–14,2)	

Abréviations : DPP, dépression post-partum; IC, intervalle de confiance; SFR, seuil de faible revenu.

Remarques : Tous les groupes ne totalisent pas 100 % en raison de l'arrondissement et des informations manquantes.

– : données supprimées en raison des faibles effectifs (< 5).

TABEAU 2
Associations non ajustées des indicateurs de santé mentale chez les femmes autochtones et non autochtones

	Inuits		Métis		Premières Nations hors réserve	
	RR non ajusté (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)	RR non ajusté (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)	RR non ajusté (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)
Échelle de dépression post-partum d'Édimbourg						
Pas de DPP	1	1	1	1	1	1
Symptômes de DPP	0,8 (0,5–1,4)	0,7 (0,2–1,6)	1,3 (1,0–1,8)	0,9 (0,4–1,8)	2,1 (1,7–2,8)	1,8 (1,0–3,2)
Antécédents de dépression						
Pas d'antécédents de dépression	1	1	1	1	1	1
Antécédents de dépression	1,8 (1,2–1,6)	1,9 (1,5–2,5)	1,4 (1,1–1,8)	0,8 (0,7–0,9)	0,8 (0,6–1,0)	1,0 (0,9–1,2)
Stress perçu						
Pas stressée	1	1	1	1	1	1
Plutôt stressée	0,5 (0,3–0,9)	0,8 (0,3–1,9)	0,9 (0,7–1,3)	0,9 (0,4–1,7)	0,6 (0,4–0,8)	0,8 (0,4–1,6)
Très stressée	1,4 (1,0–1,9)	0,8 (0,4–1,5)	1,0 (0,7–1,3)	0,9 (0,6–1,4)	0,6 (0,4–0,7)	0,9 (0,6–1,4)
Nombre d'événements stressants						
Faible (moins de 3 événements)	1	1	1	1	1	1
Élevé (3 événements ou plus)	1,6 (1,4–1,7)	1,8 (0,8–3,1)	1,6 (1,3–1,7)	3,0 (1,7–5,3)	1,9 (1,6–2,4)	2,2 (1,3–3,9)
Violence						
N'a pas subi de violence	1	1	1	1	1	1
A subi de la violence	3,6 (2,4–4,4)	4,3 (1,9–7,3)	0,8 (0,6–1,0)	1,3 (0,7–2,4)	1,2 (1,0–1,5)	2,8 (1,7–4,8)
Soutien social						
Pas de soutien social	1,5 (0,3–6,3)	1,9 (0,3–4,3)	0,4 (0,1–1,8)	1,1 (0,2–2,5)	0,4 (0,1–1,3)	0,7 (0,4–1,3)
Peu de soutien social	5,9 (4,4–8,1)	4,2 (1,6–6,7)	0,7 (0,5–1,0)	0,6 (0,3–1,2)	0,8 (0,6–1,0)	1,2 (0,8–2,1)
Soutien social	1	1	1	1	1	1
Tabagisme						
N'a pas fumé	1	1	1	1	1	1
A fumé durant la grossesse	3,4 (2,4–4,5)	4,8 (4,0–5,8)	0,9 (0,7–1,2)	1,5 (0,8–1,8)	1,5 (1,3–1,6)	1,6 (1,3–1,9)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DPP, dépression post-partum; RR, risque relatif; SFR, seuil de faible revenu.

Remarque : Groupe de référence : femmes non autochtones.

^a Ajusté pour l'âge, l'état matrimonial, la situation professionnelle, le SFR, la parité, la date des premiers soins prénataux, la planification ou non de la grossesse, la consommation d'alcool, la consommation de drogues et l'usage du tabac durant la grossesse.

TABEAU 3
Déterminants de la dépression post-partum chez les femmes autochtones et non autochtones

	Non-Autochtones		Métis		Premières Nations hors réserve	
	RR non ajusté (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)	RR non ajusté (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)	RR non ajusté (IC à 95 %)	RR ajusté ^a (IC à 95 %)
Antécédents de dépression						
Pas d'antécédents de dépression	1	1	1	1	1	1
Antécédents de dépression	2,1 (1,7–2,5)	2,5 (1,8–3,5)	1,8 (1,0–2,6)	0,4 (0,2–0,7)	6,7 (5,2–8,0)	4,4 (1,4–8,6)
Stress perçu						
Pas stressée	1	1	1	1	1	1
Plutôt stressée	4,1 (3,1–5,4)	7,6 (4,8–12,1)	1,0 (0,8–2,1)	0,7 (0,3–1,4)	^b	^b
Très stressée	2,4 (1,9–3,2)	2,9 (1,9–4,3)	0,7 (0,1–1,3)	0,5 (0,3–0,8)	^b	^b
Nombre d'événements stressants						
Faible (< 3 événements)	1	1	1	1	1	1
Élevé (≥ 3 événements)	1,4 (1,3–2,1)	1,7 (1,3–2,7)	2,6 (1,9–3,9)	1,1 (0,7–1,2)	1,3 (1,1–5,3)	2,3 (1,3–3,9)
Violence						
N'a pas subi de violence	1	1	1	1	1	1
A subi de la violence	1,3 (1,1–1,6)	2,1 (1,3–3,5)	4,7 (1,2–6,6)	1,0 (0,5–1,8)	0,6 (0,4–4,3)	0,6 (0,2–2,7)
Soutien social						
Pas de soutien social	6,2 (3,8–9,9)	3,1 (2,3–3,9)	3,6 (1,0–6,4)	1,1 (0,7–1,6)	0,5 (0,4–6,0)	0,6 (0,4–1,1)
Peu de soutien social	1,2 (1,0–1,5)	2,2 (2,0–3,1)	2,2 (0,8–5,1)	1,6 (0,8–4,1)	0,7 (0,1–2,3)	0,5 (0,3–1,1)
Soutien social	1	1	1	1	1	1
Tabagisme						
N'a pas fumé	1	1	1	1	1	1
A fumé durant la grossesse	1,5 (1,2–1,8)	1,3 (0,9–2,1)	1,0 (0,7–2,9)	2,5 (0,4–4,4)	3,7 (2,7–4,2)	2,4 (0,4–7,6)

Abréviations : IC, intervalle de confiance; DPP, dépression post-partum; RR, risque relatif; SFR, seuil de faible revenu.

Remarques : Groupe de référence : les femmes qui ne sont pas atteintes de DPP, stratifiées selon l'appartenance ethnique.

Les données pour les femmes inuites ne sont pas disponibles en raison de la faible valeur des données et la grande variance.

^a Ajusté pour l'âge, l'état matrimonial, la situation professionnelle, le SFR, la parité, la date des premiers soins prénataux, la planification ou non de la grossesse, la consommation d'alcool, la consommation de drogues et le tabagisme durant la grossesse.

^b Impossible à déterminer en raison d'une variance élevée.

Après ajustement pour les facteurs de confusion, les femmes des Premières Nations habitant hors réserve et les Inuites (risque relatif ajusté 2,8; IC à 95 % : 1,7 à 4,8 et risque relatif ajusté 4,3; IC à 95 % : 1,9 à 7,3) étaient davantage susceptibles d'avoir subi de la violence que les femmes non autochtones. Aucune différence importante en matière de violence autodéclarée n'a été mesurée entre les femmes métisses et les femmes non autochtones. Cependant, en examinant les déterminants de la DPP au sein des divers groupes ethniques, le fait d'avoir été victime de violence s'est révélé être un facteur de prédiction de la DPP chez les femmes non autochtones (risque relatif ajusté 2,1; IC à 95 % : 1,3 à 3,5) mais non chez les femmes des Premières Nations et métisses. Nous ne pouvons présenter de données pour les femmes inuites en raison d'estimations non fiables (effectifs trop faibles).

Soutien social

Dans l'ensemble, plus de la moitié des répondantes à l'enquête ont déclaré avoir

bénéficié de soutien social (56 %). Les femmes inuites sont celles qui ont présenté le plus bas taux de soutien social parmi toutes les catégories de femmes, tandis que la majorité des femmes non autochtones, des femmes des Premières Nations vivant hors réserve et des femmes métisses ont déclaré avoir bénéficié d'un soutien social la plupart du temps ou tout le temps.

Aucune différence importante n'a été détectée en matière de soutien social pour les femmes des Premières Nations vivant hors réserve ou les femmes métisses comparativement aux femmes non autochtones. Nous ne pouvons présenter de données pour les femmes inuites en raison d'estimations non fiables (effectifs trop faibles).

Stress perçu et événements stressants

Dans l'ensemble, toutes les femmes ont déclaré que la plupart de leurs journées au cours des 12 derniers mois s'étaient révélées plutôt stressantes (44 %) ou très stressantes (15 %). Les femmes des Premières

Nations habitant hors réserve et les femmes métisses et inuites ont fait état d'un nombre plus élevé d'événements stressants (plus de trois événements stressants) durant leur grossesse (respectivement 25,3 %, 24,6 %, 24,3 %) que les femmes non autochtones (8,5 %).

Aucune différence importante n'a été observée dans les niveaux perçus de stress durant la grossesse entre les femmes autochtones et les femmes non autochtones. Cependant, les femmes des Premières Nations habitant hors réserve se sont révélées davantage susceptibles de déclarer un nombre élevé d'événements stressants (plus de 3) (risque relatif ajusté 2,2, IC à 95 % : 1,3 à 3,9) que les femmes non autochtones (risque relatif ajusté 3,0, IC 95 % : 1,7 à 5,3). Les niveaux de stress perçu et le nombre d'événements stressants ont été considérés comme des facteurs de prédiction de la DPP chez les femmes, mais seul le nombre d'événements stressants s'est révélé un facteur de prédiction de la DPP chez les femmes des Premières Nations.

Analyse

Dans cette étude, la prévalence d'antécédents de dépression s'est révélée plus élevée chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et chez les femmes métisses que chez les femmes non autochtones, les femmes inuites étant celles qui ont fait état de la plus faible prévalence d'antécédents de dépression. Les femmes autochtones ont indiqué une prévalence plus élevée de DPP que les femmes non autochtones.

Une méta-analyse a révélé que les facteurs de prédiction les plus importants de DPP sont une dépression durant la grossesse, de l'anxiété durant la grossesse, des événements stressants durant la grossesse, de faibles niveaux de soutien social et des antécédents de dépression⁴. Ces facteurs de prédiction se sont bien révélés présents au sein de la population non autochtone de notre étude mais, à l'exception du nombre d'événements stressants chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, ils n'ont pas été associés à la DPP chez les femmes autochtones. Présenter des antécédents de dépression n'a pas été un facteur de prédiction de la DPP chez les femmes inuites et métisses dans notre échantillon, mais l'a été chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et chez les femmes non autochtones. Diverses études ont fait état d'un manque d'accès culturellement approprié à des soins pré- et post-nataux pour les femmes autochtones¹⁴⁻¹⁹ et ont montré que l'impact du traumatisme transgénérationnel sur les femmes autochtones, qui vivent à la fois du racisme et du sexisme, a des répercussions sur leur santé mentale. Même si nous sommes incapables d'identifier d'autres facteurs de prédiction que des antécédents de dépression, il est certain que divers facteurs contribuent à une prévalence plus élevée de la DPP chez les femmes autochtones, et ils ne doivent pas être négligés.

De nombreuses études ont établi un lien entre la violence et la DPP^{12,17,18}. La violence physique durant la grossesse semble être corrélée à un accouchement prématuré lorsqu'elle est associée à d'autres facteurs de prédiction, notamment le stress et certains comportements comme la toxicomanie¹². Les données de notre étude laissent penser que les femmes autochtones connaissent une prévalence plus élevée de violence et d'événements stressants durant leur grossesse que les femmes non autochtones,

mais nous n'avons pas tenu compte du lien entre consommation de drogue ou d'alcool et violence lors de l'ajustement pour les variables de confusion potentielles (données non présentées). La violence ne semble pas être un facteur de risque de DPP chez les femmes autochtones, mais elle est positivement associée dans notre étude à la DPP chez les femmes non autochtones. Quoi qu'il en soit, la prévalence élevée de violence déclarée par les femmes autochtones est préoccupante et doit être prise en compte.

Les dépistages prénataux et postnataux sont importants, car ils peuvent faciliter l'identification de facteurs de prédiction potentiels de DPP, permettre un diagnostic rapide et des interventions précoces en faveur de la femme et de son bébé². On peut certes utiliser les outils de dépistage normalisés, mais notre étude met en relief que les facteurs usuels de prédiction de DPP ne sont pas systématiquement présents au sein des populations autochtones. Diverses recherches ont montré que des niveaux inférieurs de soutien social sont associés à des taux supérieurs de DPP pendant la période postnatale, mais nous ne l'avons pas observé dans notre étude. Nous avons noté que les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, les femmes métisses et les femmes inuites ont fait état de niveaux de soutien social plus élevés que les femmes non autochtones, et que le fait de ne pas bénéficier de soutien social ou de bénéficier d'un soutien social faible s'est révélé un facteur de prédiction de DPP seulement chez les femmes non autochtones. Une étude réalisée par Leahy-Warren, McCarthy et Corcoran¹⁹ a montré qu'il était important de différencier les types de soutien social pour pouvoir prédire une DPP. Ils ont découvert que, dans la population générale, le soutien social fonctionnel et informel était fortement associé à la DPP : les femmes qui recevaient un soutien informationnel, instrumental, émotionnel ou de valorisation étaient moins susceptibles de présenter des symptômes de DPP. Comme aucune distinction n'existait dans notre étude entre les divers types de soutien social, nous n'avons pas pu vérifier si des différences dans le type de soutien social pourraient expliquer la présence d'un soutien social plus élevé déclaré par les femmes autochtones ou son absence de lien avec la DPP.

Une méta-analyse a établi un lien entre l'anxiété vécue durant la grossesse et des événements stressants et une DPP⁴. Une relation dose-effet a été constatée entre le

nombre d'événements stressants survenus durant l'année précédant la grossesse et le score moyen à l'EDPE. Même si nous avons observé des taux plus élevés d'événements stressants chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve, les femmes métisses et les femmes inuites, ces taux n'ont pu être associés à une augmentation significative du risque de DPP que chez les femmes des Premières Nations vivant hors réserve et chez les femmes non autochtones. Un facteur de protection a été observé chez les femmes métisses, facteur qui n'a pas pu être examiné chez les femmes inuites car les données n'ont fourni que des estimations peu fiables (en partie à cause des faibles effectifs).

Limites

Notre étude comporte certaines limites. Nous avons été restreints dans notre analyse de la présence de DPP chez les femmes inuites (tableau 3). En effet, les faibles effectifs ont donné lieu à un manque de fiabilité des estimations. De plus, étant donné la faible taille de l'échantillon de femmes inuites, nous n'avons pas pu vérifier si les différences dans les résultats et les facteurs de prédiction étaient bien réelles. Les variables n'ont été incluses dans l'analyse que lorsque leur coefficient de variation était inférieur à 33,3 %. Cependant, même si on peut considérer que nos mesures sont de bonne qualité, certaines données dans les sous-échantillons autochtones présentent une plus grande variabilité que dans l'échantillon non autochtone. Comme cette enquête a été menée hors réserves pour des raisons opérationnelles, nos résultats ne sont pas généralisables aux femmes vivant dans les réserves. Enfin, quoique l'EEM constitue une source de données d'une grande richesse sur la maternité des femmes canadiennes, elle ne recueille pas de détails sur la culture et sur d'autres indicateurs spécifiques des femmes des Premières Nations vivant hors réserve et des femmes métisses et inuites qui permettraient une analyse plus poussée.

Conclusion

Dans notre étude, la prévalence de DPP autodéclarée s'est révélée plus élevée chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones, bien qu'aucune différence statistique n'ait été trouvée après ajustement pour les facteurs de confusion. Cette information incite à tenter de mieux

connaître les indicateurs de santé mentale et les facteurs de prédiction chez les femmes autochtones. Les actions en santé publique devraient continuer à inclure des stratégies visant spécifiquement les Premières Nations, les Métis et les Inuits pour promouvoir une santé mentale positive dans un cadre intégrant les concepts de santé et de bien-être globaux avec leur dimension culturelle. Notre étude souligne l'importance de faire la promotion du dépistage et de la santé en tenant compte des différences culturelles, car nos données indiquent que les facteurs usuels de prédiction de la DPP ne sont pas pertinents pour les Inuites, les Métisses et les femmes des Premières Nations vivant hors réserve.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions et déclaration des auteures

CN a conçu le projet, analysé les données et rédigé la première ébauche du manuscrit, avec la participation de toutes les auteures. KML et EKD ont contribué à la conception du modèle d'étude, participé à l'analyse et l'interprétation des données et révisé le manuscrit après avoir fourni un contenu intellectuel et effectué un examen critique. VO a fourni un soutien lié à la rédaction et effectué un examen critique des données. Toutes les auteures ont participé à la discussion sur les résultats et fourni des commentaires sur le manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs et ne sont pas nécessairement représentatifs de la position du gouvernement du Canada.

Références

- Association canadienne pour la santé mentale. La dépression postnatale [Internet]. Toronto (Ont.) : Association canadienne pour la santé mentale; [page mise à jour en 2015; citée le 1er octobre 2015]. En ligne à : <https://cmha.ca/fr/documents/la-depression-postnatale>
- Lanes A, Kuk JL, Tamim H. Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11. doi: 10.1186/1471-2458-11-302.
- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol*. 2004;159(9):872-881.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-295. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006.
- Chung TKH, Lau TK, Yip ASK, Chiu HFK, Lee DTS. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med*. 2001;63(5):830-834.
- Affaires autochtones et du Nord Canada. Peuples et collectivités autochtones [Internet]. Ottawa (Ont.) : Affaires autochtones et du Nord Canada; [cité le 1er octobre 2015]. En ligne à : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100013785/1304467449155>
- Association des femmes autochtones du Canada. Les déterminants sociaux de la santé et les femmes autochtones du Canada [Internet]. 2007. En ligne à : <https://www.nwac.ca/wp-content/uploads/2015/05/2007-Social-Determinants-of-Health-and-Canada%20%80%99s-Aboriginal-Women-NWAC-Submission-to-WHO-Commission-FR.pdf>
- Conseil canadien de la santé. Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada. Toronto (Ont.) : Conseil canadien de la santé; 2011. En ligne à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/ccs-hcc/H174-23-2011-fra.pdf
- Dzakpasu S, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Duggan J, Neusy E. The Canadian maternity experiences survey: design and methods. *J Obstet Gynaecol Can*. 2008;30(3):207-216.
- Dzakpasu S, Fahey J, Kirby RS, et al. Contribution of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain to caesarean birth in Canada. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1). doi: 10.1186/1471-2393-14-106.
- Kingston D, Heaman M, Fell D, Dzakpasu S, Chalmers B. Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian maternity experiences survey. *Matern Child Health J*. 2012;16(1):158-168. doi: 10.1007/s10995-010-0732-2.
- Daoud N, Urquia ML, O'Campo P, et al. Prevalence of abuse and violence before, during, and after pregnancy in a national sample of Canadian women. *Am J Public Health*. 2012;102(10):1893-1901.
- Zhang J, Yu KF. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *J Am Med Assoc*. 1998;280(19):1690-1691.
- Beking D. Access to maternal health care for Native Canadians on reserves in northern Canada. *Interdisciplinary Journal of Health Sciences*. 2013;3(1). doi: 10.18192/riss-ijhs.v3i1.1449.
- Di Lallo S. Prenatal care through the eyes of Canadian Aboriginal women. *Nurs Women's Health*. 2014;18(1):40-46.
- Roy A, Thurston WE, the Voices and PHACES Study Team. Depression and mental health in pregnant Aboriginal women: key results and recommendations from the Voices and PHACES study (final report). Calgary (AB) : University of Calgary; 2015.
- Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, et al. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*. 2008;108(1-2):147-157.
- Bowen A, Muhajarine N. Prevalence of antenatal depression in women enrolled in an outreach program in Canada. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(4):491-498.
- Leahy-Warren P, McCarthy G, Corcoran P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *J Clin Nurs*. 2012;21:388-397. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x.