

Les troubles psychiques précoces du post-partum

Extrait de la publication

Les troubles psychiques précoces du post-partum

Extrait de la publication

Les troubles psychiques précoces du post-partum

Extrait de la publication

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

Les troubles psychiques précoces du post-partum

Sous la direction de
Cyrille Guillaumont

Mille et un bébés

DU CÔTÉ DES PARENTS

ères

Extrait de la publication

Les troubles psychiques précoces du post-partum

Sous la direction de
Cyrille Guillaumont

Mille et un bébés

DU CÔTÉ DES PARENTS

ères

Extrait de la publication

Les troubles psychiques précoces du post-partum

Sous la direction de
Cyrille Guillaumont

Mille et un bébés

DU CÔTÉ DES PARENTS

ères

Extrait de la publication

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2790-0
Première édition © Éditions érès 2002
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2790-0
Première édition © Éditions érès 2002
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2790-0
Première édition © Éditions érès 2002
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

<i>Cyrille Guillaumont</i>	
Avant-propos	7
<i>Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal</i>	
Le blues « sévère » en suites de couches est-il lié à l'allaitement et au contexte psychosocial ?	9
<i>Sylvie Arlot</i>	
Intérêt et pertinence des bilans neuroendocriniens en post-partum immédiat	29
<i>Mylène Hubin-Gayte et Lydie Ayissi</i>	
Dépression et dépressivité chez la jeune accouchée : influence de l'état du bébé	43
<i>Christine Rainelli et Nariman Baloutch</i>	
Vers une prévention précoce des dépressions du post-partum	59
<i>Groupe de travail de la société Marcé</i>	
La prévention des psychoses puerpérales est-elle possible ?	67

Table des matières

<i>Cyrille Guillaumont</i>	
Avant-propos	7
<i>Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal</i>	
Le blues « sévère » en suites de couches est-il lié à l'allaitement et au contexte psychosocial ?	9
<i>Sylvie Arlot</i>	
Intérêt et pertinence des bilans neuroendocriniens en post-partum immédiat	29
<i>Mylène Hubin-Gayte et Lydie Ayissi</i>	
Dépression et dépressivité chez la jeune accouchée : influence de l'état du bébé	43
<i>Christine Rainelli et Nariman Baloutch</i>	
Vers une prévention précoce des dépressions du post-partum	59
<i>Groupe de travail de la société Marcé</i>	
La prévention des psychoses puerpérales est-elle possible ?	67

Table des matières

<i>Cyrille Guillaumont</i>	
Avant-propos	7
<i>Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal</i>	
Le blues « sévère » en suites de couches est-il lié à l'allaitement et au contexte psychosocial ?	9
<i>Sylvie Arlot</i>	
Intérêt et pertinence des bilans neuroendocriniens en post-partum immédiat	29
<i>Mylène Hubin-Gayte et Lydie Ayissi</i>	
Dépression et dépressivité chez la jeune accouchée : influence de l'état du bébé	43
<i>Christine Rainelli et Nariman Baloutch</i>	
Vers une prévention précoce des dépressions du post-partum	59
<i>Groupe de travail de la société Marcé</i>	
La prévention des psychoses puerpérales est-elle possible ?	67

<i>Linda Morisseau</i>	
La prévention de la psychose puerpérale	69
<i>Jacques Dayan</i>	
Une expérience de prévention des psychoses puerpérales	73
<i>Élisabeth Darchis</i>	
Le blues du père	79
<i>Agnès Moreau</i>	
La crise de paternité	95
<i>François Sirol</i>	
Interruption du processus de paternité	107

<i>Linda Morisseau</i>	
La prévention de la psychose puerpérale	69
<i>Jacques Dayan</i>	
Une expérience de prévention des psychoses puerpérales	73
<i>Élisabeth Darchis</i>	
Le blues du père	79
<i>Agnès Moreau</i>	
La crise de paternité	95
<i>François Sirol</i>	
Interruption du processus de paternité	107

<i>Linda Morisseau</i>	
La prévention de la psychose puerpérale	69
<i>Jacques Dayan</i>	
Une expérience de prévention des psychoses puerpérales	73
<i>Élisabeth Darchis</i>	
Le blues du père	79
<i>Agnès Moreau</i>	
La crise de paternité	95
<i>François Sirol</i>	
Interruption du processus de paternité	107

Cyrille Guillaumont

Avant-propos

Le séjour en maternité est toujours un moment privilégié pour la mère et l'enfant mais aussi le père. Moments d'interactions précoces, moments d'échanges, d'apprentissage des uns et des autres, moments aussi où des troubles psychiques peuvent survenir. Moment de prévention très certainement, mais quels éléments peuvent permettre aux soignants de repérer, de prévenir la survenue de ces pathologies, quelquefois bruyantes et toujours angoissantes pour les parents et leur entourage ?

Parmi ces pathologies rencontrées, l'une se situe à la limite du normal et du pathologique, le post-partum blues ou syndrome dysphorique du post-partum. Celle-ci s'inscrit dans la normalité des émotions qui font suite à l'accouchement, pleurs et affects dépressifs se rencontrent dans 50 à 70 % des premiers

Cyrille Guillaumont, praticien hospitalier psychiatre, CHU d'Amiens, maternité Camille Desmoulins, 80054 Amiens cedex 1.

Cyrille Guillaumont

Avant-propos

Le séjour en maternité est toujours un moment privilégié pour la mère et l'enfant mais aussi le père. Moments d'interactions précoces, moments d'échanges, d'apprentissage des uns et des autres, moments aussi où des troubles psychiques peuvent survenir. Moment de prévention très certainement, mais quels éléments peuvent permettre aux soignants de repérer, de prévenir la survenue de ces pathologies, quelquefois bruyantes et toujours angoissantes pour les parents et leur entourage ?

Parmi ces pathologies rencontrées, l'une se situe à la limite du normal et du pathologique, le post-partum blues ou syndrome dysphorique du post-partum. Celle-ci s'inscrit dans la normalité des émotions qui font suite à l'accouchement, pleurs et affects dépressifs se rencontrent dans 50 à 70 % des premiers

Cyrille Guillaumont, praticien hospitalier psychiatre, CHU d'Amiens, maternité Camille Desmoulins, 80054 Amiens cedex 1.

Cyrille Guillaumont

Avant-propos

Le séjour en maternité est toujours un moment privilégié pour la mère et l'enfant mais aussi le père. Moments d'interactions précoces, moments d'échanges, d'apprentissage des uns et des autres, moments aussi où des troubles psychiques peuvent survenir. Moment de prévention très certainement, mais quels éléments peuvent permettre aux soignants de repérer, de prévenir la survenue de ces pathologies, quelquefois bruyantes et toujours angoissantes pour les parents et leur entourage ?

Parmi ces pathologies rencontrées, l'une se situe à la limite du normal et du pathologique, le post-partum blues ou syndrome dysphorique du post-partum. Celle-ci s'inscrit dans la normalité des émotions qui font suite à l'accouchement, pleurs et affects dépressifs se rencontrent dans 50 à 70 % des premiers

Cyrille Guillaumont, praticien hospitalier psychiatre, CHU d'Amiens, maternité Camille Desmoulins, 80054 Amiens cedex 1.

jours du post-partum. Élation, labilité de l'humeur, irritabilité, confusion avec oublis et insomnie accompagnent ces deux symptômes. Même s'il a été démontré que des symptômes sévères dans le cadre d'un post-partum blues pouvaient faire craindre la survenue d'une dépression postnatale à distance, la réassurance et l'accompagnement permettent que tout rentre dans l'ordre.

Mais d'autres troubles surviennent dans la période du post-partum immédiat, dans cette période qui suit l'accouchement, les premiers jours, voire les premières semaines. Troubles rendant plus problématiques le devenir de la mère et de son enfant et pouvant intéresser aussi le père de ce dernier.

C'est donc à l'occasion de la quatrième journée de la Société Marcé-francophone, journée dédiée à C. Kumar, que des soignants de maternité et de psychiatrie ont été rassemblés afin de réfléchir sur les troubles psychiques précoces du post-partum. Différents points ont été abordés : l'intensité du post-partum blues et ses raisons, le concept de dépressivité appliquée à la mère et son impact sur le bébé, la question des perturbations neuroendocriniennes, la prévention de la dépression postnatale et de la psychose puerpérale et les pathologies psychiques du côté du père ; ces points sont rapportés dans les articles qui suivent.

jours du post-partum. Élation, labilité de l'humeur, irritabilité, confusion avec oublis et insomnie accompagnent ces deux symptômes. Même s'il a été démontré que des symptômes sévères dans le cadre d'un post-partum blues pouvaient faire craindre la survenue d'une dépression postnatale à distance, la réassurance et l'accompagnement permettent que tout rentre dans l'ordre.

Mais d'autres troubles surviennent dans la période du post-partum immédiat, dans cette période qui suit l'accouchement, les premiers jours, voire les premières semaines. Troubles rendant plus problématiques le devenir de la mère et de son enfant et pouvant intéresser aussi le père de ce dernier.

C'est donc à l'occasion de la quatrième journée de la Société Marcé-francophone, journée dédiée à C. Kumar, que des soignants de maternité et de psychiatrie ont été rassemblés afin de réfléchir sur les troubles psychiques précoces du post-partum. Différents points ont été abordés : l'intensité du post-partum blues et ses raisons, le concept de dépressivité appliquée à la mère et son impact sur le bébé, la question des perturbations neuroendocriniennes, la prévention de la dépression postnatale et de la psychose puerpérale et les pathologies psychiques du côté du père ; ces points sont rapportés dans les articles qui suivent.

jours du post-partum. Élation, labilité de l'humeur, irritabilité, confusion avec oublis et insomnie accompagnent ces deux symptômes. Même s'il a été démontré que des symptômes sévères dans le cadre d'un post-partum blues pouvaient faire craindre la survenue d'une dépression postnatale à distance, la réassurance et l'accompagnement permettent que tout rentre dans l'ordre.

Mais d'autres troubles surviennent dans la période du post-partum immédiat, dans cette période qui suit l'accouchement, les premiers jours, voire les premières semaines. Troubles rendant plus problématiques le devenir de la mère et de son enfant et pouvant intéresser aussi le père de ce dernier.

C'est donc à l'occasion de la quatrième journée de la Société Marcé-francophone, journée dédiée à C. Kumar, que des soignants de maternité et de psychiatrie ont été rassemblés afin de réfléchir sur les troubles psychiques précoces du post-partum. Différents points ont été abordés : l'intensité du post-partum blues et ses raisons, le concept de dépressivité appliquée à la mère et son impact sur le bébé, la question des perturbations neuroendocriniennes, la prévention de la dépression postnatale et de la psychose puerpérale et les pathologies psychiques du côté du père ; ces points sont rapportés dans les articles qui suivent.

Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal

Le blues « sévère » en suites de couches est-il lié à l'allaitement et au contexte psychosocial ?

Introduction

La détresse psychologique de femmes en suites de couches appelé « post-partum blues » (bébé blues ou « baby blues ») a été décrite, surtout depuis les années soixante, comme un changement d'humeur transitoire qui se produit, durant un ou quelques jours, dans les tous premiers jours après l'accouchement. Selon Kumar (1994) dans une revue de littérature, sa prévalence varie de 13 à 43 % pour un

Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, chargée de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), INSERM, unité 149.

Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal

Le blues « sévère » en suites de couches est-il lié à l'allaitement et au contexte psychosocial ?

Introduction

La détresse psychologique de femmes en suites de couches appelé « post-partum blues » (bébé blues ou « baby blues ») a été décrite, surtout depuis les années soixante, comme un changement d'humeur transitoire qui se produit, durant un ou quelques jours, dans les tous premiers jours après l'accouchement. Selon Kumar (1994) dans une revue de littérature, sa prévalence varie de 13 à 43 % pour un

Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, chargée de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), INSERM, unité 149.

Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal

Le blues « sévère » en suites de couches est-il lié à l'allaitement et au contexte psychosocial ?

Introduction

La détresse psychologique de femmes en suites de couches appelé « post-partum blues » (bébé blues ou « baby blues ») a été décrite, surtout depuis les années soixante, comme un changement d'humeur transitoire qui se produit, durant un ou quelques jours, dans les tous premiers jours après l'accouchement. Selon Kumar (1994) dans une revue de littérature, sa prévalence varie de 13 à 43 % pour un

Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, chargée de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), INSERM, unité 149.

blues sévère et peut atteindre 80 % pour des symptômes isolés tels qu'une tendance inhabituelle à pleurer. Ces résultats varient selon la nature et le nombre de symptômes retenus pour décrire la présence de blues, les méthodes d'évaluation et les caractéristiques de la population étudiée.

Ces symptômes sont inhabituels pour les femmes qui en sont atteintes et très perturbants dans les blues sévères (Pitt, 1968 ; Kennerley et Gath, 1989). Kennerley et Gath décrivent dans *Maternity blues I* les symptômes du blues selon deux dimensions principales : un « blues primitif », le plus fréquent et une « hypersensibilité ». Ces auteurs ont défini un blues « sévère » (blues 1) lorsqu'une femme avait un nombre de symptômes de blues supérieur à la moyenne des femmes dans la population de référence (voir paragraphe « Méthodes »).

Que les symptômes du « baby blues » soient spécifiques à la période post-partum est encore un sujet de controverse (Levy, 1994 ; Lanzick *et al.*, 1992 ; Knight et Thirkettle, 1986 ; Kendell *et al.*, 1984). Néanmoins, comparé à un blues post-opératoire non post-partum, qui pourrait ressembler au stress d'un accouchement, ce qui semble spécifique du blues en suites de couches est son pic en fréquence entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement (Sutter *et al.*, 1997 ; Kennerley et Gath, 1989 ; Brockington, 1988 ; Kendell *et al.*, 1984 ; Stein, 1980 ; Pitt, 1973). La distribution des symptômes semble aussi différente (Iles *et al.*, 1989).

Comme pour l'hypomanie (Glover *et al.*, 1994), les femmes qui présentent un blues sévère en suites de couches ont une probabilité plus grande de présenter une dépression post-partum ultérieurement, en comparaison avec les femmes

blues sévère et peut atteindre 80 % pour des symptômes isolés tels qu'une tendance inhabituelle à pleurer. Ces résultats varient selon la nature et le nombre de symptômes retenus pour décrire la présence de blues, les méthodes d'évaluation et les caractéristiques de la population étudiée.

Ces symptômes sont inhabituels pour les femmes qui en sont atteintes et très perturbants dans les blues sévères (Pitt, 1968 ; Kennerley et Gath, 1989). Kennerley et Gath décrivent dans *Maternity blues I* les symptômes du blues selon deux dimensions principales : un « blues primitif », le plus fréquent et une « hypersensibilité ». Ces auteurs ont défini un blues « sévère » (blues 1) lorsqu'une femme avait un nombre de symptômes de blues supérieur à la moyenne des femmes dans la population de référence (voir paragraphe « Méthodes »).

Que les symptômes du « baby blues » soient spécifiques à la période post-partum est encore un sujet de controverse (Levy, 1994 ; Lanzick *et al.*, 1992 ; Knight et Thirkettle, 1986 ; Kendell *et al.*, 1984). Néanmoins, comparé à un blues post-opératoire non post-partum, qui pourrait ressembler au stress d'un accouchement, ce qui semble spécifique du blues en suites de couches est son pic en fréquence entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement (Sutter *et al.*, 1997 ; Kennerley et Gath, 1989 ; Brockington, 1988 ; Kendell *et al.*, 1984 ; Stein, 1980 ; Pitt, 1973). La distribution des symptômes semble aussi différente (Iles *et al.*, 1989).

Comme pour l'hypomanie (Glover *et al.*, 1994), les femmes qui présentent un blues sévère en suites de couches ont une probabilité plus grande de présenter une dépression post-partum ultérieurement, en comparaison avec les femmes

blues sévère et peut atteindre 80 % pour des symptômes isolés tels qu'une tendance inhabituelle à pleurer. Ces résultats varient selon la nature et le nombre de symptômes retenus pour décrire la présence de blues, les méthodes d'évaluation et les caractéristiques de la population étudiée.

Ces symptômes sont inhabituels pour les femmes qui en sont atteintes et très perturbants dans les blues sévères (Pitt, 1968 ; Kennerley et Gath, 1989). Kennerley et Gath décrivent dans *Maternity blues I* les symptômes du blues selon deux dimensions principales : un « blues primitif », le plus fréquent et une « hypersensibilité ». Ces auteurs ont défini un blues « sévère » (blues 1) lorsqu'une femme avait un nombre de symptômes de blues supérieur à la moyenne des femmes dans la population de référence (voir paragraphe « Méthodes »).

Que les symptômes du « baby blues » soient spécifiques à la période post-partum est encore un sujet de controverse (Levy, 1994 ; Lanzick *et al.*, 1992 ; Knight et Thirkettle, 1986 ; Kendell *et al.*, 1984). Néanmoins, comparé à un blues post-opératoire non post-partum, qui pourrait ressembler au stress d'un accouchement, ce qui semble spécifique du blues en suites de couches est son pic en fréquence entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement (Sutter *et al.*, 1997 ; Kennerley et Gath, 1989 ; Brockington, 1988 ; Kendell *et al.*, 1984 ; Stein, 1980 ; Pitt, 1973). La distribution des symptômes semble aussi différente (Iles *et al.*, 1989).

Comme pour l'hypomanie (Glover *et al.*, 1994), les femmes qui présentent un blues sévère en suites de couches ont une probabilité plus grande de présenter une dépression post-partum ultérieurement, en comparaison avec les femmes

n'ayant aucun trouble de l'humeur en suites de couches (Lane *et al.*, 1997 ; Fossey *et al.*, 1997 ; Cox *et al.*, 1982 ; Kendell *et al.*, 1981). Le blues sévère pourrait être un marqueur de risque ultérieur d'autres désordres affectifs (O'Hara, 1995). Très récemment, Henshaw (2001) a montré d'une part que le risque de dépression post-partum était trois fois plus grand chez les femmes qui avaient présenté un blues sévère en suites de couches et d'autre part que le risque de dépression post-partum était aussi augmenté si la femme avait eu des antécédents de dépression. Cependant, Gard et ses collaborateurs (1986) ont montré que le blues et la dépression post-partum subséquente étaient chacun associé à des facteurs différents et indépendants. Il faut donc être prudent avant d'établir un lien causal entre ces deux perturbations de l'humeur car il pourrait s'agir de troubles différents survenant successivement chez certaines personnes. Récemment, certains auteurs ont montré la difficulté de différencier en suites de couches le blues et une dépression postnatale débutante (Yamashita *et al.*, 2000).

L'étiologie du blues en suites de couches est probablement multifactorielle, avec des facteurs biologiques et psychologiques individuels et/ou réactionnels au stress de la naissance et des événements de vie (Taylor *et al.*, 1994 et 1996 ; O'Hara, 1995 ; Guedeney *et al.*, 1993 ; Okano et Nomura, 1992 ; Paykel *et al.*, 1980). L'étude des facteurs biologiques est développée dans d'autres parties de cet ouvrage et nous décrirons ici plus spécialement les facteurs psychosociaux liés aux scores élevés de blues et la relation possible entre le blues et l'allaitement maternel en suites de couches.

n'ayant aucun trouble de l'humeur en suites de couches (Lane *et al.*, 1997 ; Fossey *et al.*, 1997 ; Cox *et al.*, 1982 ; Kendell *et al.*, 1981). Le blues sévère pourrait être un marqueur de risque ultérieur d'autres désordres affectifs (O'Hara, 1995). Très récemment, Henshaw (2001) a montré d'une part que le risque de dépression post-partum était trois fois plus grand chez les femmes qui avaient présenté un blues sévère en suites de couches et d'autre part que le risque de dépression post-partum était aussi augmenté si la femme avait eu des antécédents de dépression. Cependant, Gard et ses collaborateurs (1986) ont montré que le blues et la dépression post-partum subséquente étaient chacun associé à des facteurs différents et indépendants. Il faut donc être prudent avant d'établir un lien causal entre ces deux perturbations de l'humeur car il pourrait s'agir de troubles différents survenant successivement chez certaines personnes. Récemment, certains auteurs ont montré la difficulté de différencier en suites de couches le blues et une dépression postnatale débutante (Yamashita *et al.*, 2000).

L'étiologie du blues en suites de couches est probablement multifactorielle, avec des facteurs biologiques et psychologiques individuels et/ou réactionnels au stress de la naissance et des événements de vie (Taylor *et al.*, 1994 et 1996 ; O'Hara, 1995 ; Guedeney *et al.*, 1993 ; Okano et Nomura, 1992 ; Paykel *et al.*, 1980). L'étude des facteurs biologiques est développée dans d'autres parties de cet ouvrage et nous décrirons ici plus spécialement les facteurs psychosociaux liés aux scores élevés de blues et la relation possible entre le blues et l'allaitement maternel en suites de couches.

n'ayant aucun trouble de l'humeur en suites de couches (Lane *et al.*, 1997 ; Fossey *et al.*, 1997 ; Cox *et al.*, 1982 ; Kendell *et al.*, 1981). Le blues sévère pourrait être un marqueur de risque ultérieur d'autres désordres affectifs (O'Hara, 1995). Très récemment, Henshaw (2001) a montré d'une part que le risque de dépression post-partum était trois fois plus grand chez les femmes qui avaient présenté un blues sévère en suites de couches et d'autre part que le risque de dépression post-partum était aussi augmenté si la femme avait eu des antécédents de dépression. Cependant, Gard et ses collaborateurs (1986) ont montré que le blues et la dépression post-partum subséquente étaient chacun associé à des facteurs différents et indépendants. Il faut donc être prudent avant d'établir un lien causal entre ces deux perturbations de l'humeur car il pourrait s'agir de troubles différents survenant successivement chez certaines personnes. Récemment, certains auteurs ont montré la difficulté de différencier en suites de couches le blues et une dépression postnatale débutante (Yamashita *et al.*, 2000).

L'étiologie du blues en suites de couches est probablement multifactorielle, avec des facteurs biologiques et psychologiques individuels et/ou réactionnels au stress de la naissance et des événements de vie (Taylor *et al.*, 1994 et 1996 ; O'Hara, 1995 ; Guedeney *et al.*, 1993 ; Okano et Nomura, 1992 ; Paykel *et al.*, 1980). L'étude des facteurs biologiques est développée dans d'autres parties de cet ouvrage et nous décrirons ici plus spécialement les facteurs psychosociaux liés aux scores élevés de blues et la relation possible entre le blues et l'allaitement maternel en suites de couches.

Population

Les femmes qui ont participé à notre étude ont été recrutées de façon systématique pendant une période donnée dans la maternité de deux hôpitaux de la banlieue parisienne, chacun desservant une population avec des statuts socio-économiques différents. Le taux de participation a été similaire dans les institutions. Le recrutement des sujets a été réalisé par une psychologue ne faisant pas partie du personnel de la maternité. Les critères d'inclusion étaient entre autres de pouvoir lire et écrire le français couramment pour comprendre et répondre aux auto-questionnaires et avoir accouché d'un enfant, unique et vivant, non transféré dans une unité de soins spéciaux. 136 femmes satisfaisaient les critères d'inclusion. Parmi elles, 18 n'ont pas pu participer à l'étude : 4 femmes ont refusé de participer et plusieurs femmes n'ont pas pu être vues par le chercheur pour des raisons autres (5 femmes sont parties de la maternité avant le troisième jour suites de couches sans l'accord du médecin mais avec un bébé en bonne santé, 9 femmes sont sorties pendant les week-ends). Au total, 118 femmes ont participé à l'étude et ont rempli des questionnaires. Parmi les 118 femmes qui ont participé, 16 n'ont pas rempli complètement le questionnaire et n'ont donc pas eu un score de blues. L'étude du blues a donc porté finalement sur 102 femmes. Les caractéristiques des femmes incluses et ayant participé à l'étude sont décrites dans un article déjà publié (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999). Parmi les femmes qui ont participé, les 16 femmes qui n'ont pas répondu au questionnaire du blues avaient tendance à avoir un niveau d'anxiété plus élevé que les femmes

Population

Les femmes qui ont participé à notre étude ont été recrutées de façon systématique pendant une période donnée dans la maternité de deux hôpitaux de la banlieue parisienne, chacun desservant une population avec des statuts socio-économiques différents. Le taux de participation a été similaire dans les institutions. Le recrutement des sujets a été réalisé par une psychologue ne faisant pas partie du personnel de la maternité. Les critères d'inclusion étaient entre autres de pouvoir lire et écrire le français couramment pour comprendre et répondre aux auto-questionnaires et avoir accouché d'un enfant, unique et vivant, non transféré dans une unité de soins spéciaux. 136 femmes satisfaisaient les critères d'inclusion. Parmi elles, 18 n'ont pas pu participer à l'étude : 4 femmes ont refusé de participer et plusieurs femmes n'ont pas pu être vues par le chercheur pour des raisons autres (5 femmes sont parties de la maternité avant le troisième jour suites de couches sans l'accord du médecin mais avec un bébé en bonne santé, 9 femmes sont sorties pendant les week-ends). Au total, 118 femmes ont participé à l'étude et ont rempli des questionnaires. Parmi les 118 femmes qui ont participé, 16 n'ont pas rempli complètement le questionnaire et n'ont donc pas eu un score de blues. L'étude du blues a donc porté finalement sur 102 femmes. Les caractéristiques des femmes incluses et ayant participé à l'étude sont décrites dans un article déjà publié (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999). Parmi les femmes qui ont participé, les 16 femmes qui n'ont pas répondu au questionnaire du blues avaient tendance à avoir un niveau d'anxiété plus élevé que les femmes

Population

Les femmes qui ont participé à notre étude ont été recrutées de façon systématique pendant une période donnée dans la maternité de deux hôpitaux de la banlieue parisienne, chacun desservant une population avec des statuts socio-économiques différents. Le taux de participation a été similaire dans les institutions. Le recrutement des sujets a été réalisé par une psychologue ne faisant pas partie du personnel de la maternité. Les critères d'inclusion étaient entre autres de pouvoir lire et écrire le français couramment pour comprendre et répondre aux auto-questionnaires et avoir accouché d'un enfant, unique et vivant, non transféré dans une unité de soins spéciaux. 136 femmes satisfaisaient les critères d'inclusion. Parmi elles, 18 n'ont pas pu participer à l'étude : 4 femmes ont refusé de participer et plusieurs femmes n'ont pas pu être vues par le chercheur pour des raisons autres (5 femmes sont parties de la maternité avant le troisième jour suites de couches sans l'accord du médecin mais avec un bébé en bonne santé, 9 femmes sont sorties pendant les week-ends). Au total, 118 femmes ont participé à l'étude et ont rempli des questionnaires. Parmi les 118 femmes qui ont participé, 16 n'ont pas rempli complètement le questionnaire et n'ont donc pas eu un score de blues. L'étude du blues a donc porté finalement sur 102 femmes. Les caractéristiques des femmes incluses et ayant participé à l'étude sont décrites dans un article déjà publié (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999). Parmi les femmes qui ont participé, les 16 femmes qui n'ont pas répondu au questionnaire du blues avaient tendance à avoir un niveau d'anxiété plus élevé que les femmes

répondantes (27 % versus 14 % ; $p = 0,10$) et leurs partenaires étaient plus souvent d'origine non-française (40 % versus 19 % ; $p < 0,05$). Le nombre de femmes non répondantes étant faible, le test statistique n'était pas significatif bien que la primiparité (56 % versus 39 %) et le manque d'activité professionnelle (20 % versus 7 %) semblait plus fréquent chez les femmes avec un questionnaire incomplet dans l'analyse. Aucune autre différence n'a été observée pour l'âge, l'état marital, le niveau d'études, ou la catégorie socioprofessionnelle. Ces différences entre répondantes et non-répondantes sont reprises plus avant dans cette analyse.

Méthodes

Les données proviennent des questionnaires remplis par les femmes à la maternité et des dossiers médicaux. Nous avons d'abord informé les femmes sur la recherche et sur les modalités de l'étude puis nous les avons invitées à participer. Elles ont été informées qu'elles avaient le droit d'accès aux données les concernant, conformément à la réglementation française, et qu'elles pouvaient décider de sortir de l'étude à n'importe quel moment. Nous avons choisi de recueillir nos données au plus proche du troisième jour post-partum, pour deux raisons : le pic de fréquence entre 3 et 5 jours et la durée moyenne des hospitalisations autour de 3 jours. L'âge des bébés dans notre étude a été finalement de $2,6 \pm 0,8$ jours. L'anonymat a été gardé pendant le recueil et l'analyse des données. Pendant nos contacts à la maternité, les femmes qui semblaient avoir un trouble d'humeur sévère et un besoin d'aide ont été dirigées

répondantes (27 % versus 14 % ; $p = 0,10$) et leurs partenaires étaient plus souvent d'origine non-française (40 % versus 19 % ; $p < 0,05$). Le nombre de femmes non répondantes étant faible, le test statistique n'était pas significatif bien que la primiparité (56 % versus 39 %) et le manque d'activité professionnelle (20 % versus 7 %) semblait plus fréquent chez les femmes avec un questionnaire incomplet dans l'analyse. Aucune autre différence n'a été observée pour l'âge, l'état marital, le niveau d'études, ou la catégorie socioprofessionnelle. Ces différences entre répondantes et non-répondantes sont reprises plus avant dans cette analyse.

Méthodes

Les données proviennent des questionnaires remplis par les femmes à la maternité et des dossiers médicaux. Nous avons d'abord informé les femmes sur la recherche et sur les modalités de l'étude puis nous les avons invitées à participer. Elles ont été informées qu'elles avaient le droit d'accès aux données les concernant, conformément à la réglementation française, et qu'elles pouvaient décider de sortir de l'étude à n'importe quel moment. Nous avons choisi de recueillir nos données au plus proche du troisième jour post-partum, pour deux raisons : le pic de fréquence entre 3 et 5 jours et la durée moyenne des hospitalisations autour de 3 jours. L'âge des bébés dans notre étude a été finalement de $2,6 \pm 0,8$ jours. L'anonymat a été gardé pendant le recueil et l'analyse des données. Pendant nos contacts à la maternité, les femmes qui semblaient avoir un trouble d'humeur sévère et un besoin d'aide ont été dirigées

répondantes (27 % versus 14 % ; $p = 0,10$) et leurs partenaires étaient plus souvent d'origine non-française (40 % versus 19 % ; $p < 0,05$). Le nombre de femmes non répondantes étant faible, le test statistique n'était pas significatif bien que la primiparité (56 % versus 39 %) et le manque d'activité professionnelle (20 % versus 7 %) semblait plus fréquent chez les femmes avec un questionnaire incomplet dans l'analyse. Aucune autre différence n'a été observée pour l'âge, l'état marital, le niveau d'études, ou la catégorie socioprofessionnelle. Ces différences entre répondantes et non-répondantes sont reprises plus avant dans cette analyse.

Méthodes

Les données proviennent des questionnaires remplis par les femmes à la maternité et des dossiers médicaux. Nous avons d'abord informé les femmes sur la recherche et sur les modalités de l'étude puis nous les avons invitées à participer. Elles ont été informées qu'elles avaient le droit d'accès aux données les concernant, conformément à la réglementation française, et qu'elles pouvaient décider de sortir de l'étude à n'importe quel moment. Nous avons choisi de recueillir nos données au plus proche du troisième jour post-partum, pour deux raisons : le pic de fréquence entre 3 et 5 jours et la durée moyenne des hospitalisations autour de 3 jours. L'âge des bébés dans notre étude a été finalement de $2,6 \pm 0,8$ jours. L'anonymat a été gardé pendant le recueil et l'analyse des données. Pendant nos contacts à la maternité, les femmes qui semblaient avoir un trouble d'humeur sévère et un besoin d'aide ont été dirigées

vers le psychologue ou le psychiatre attaché au service, après notre entretien de recherche.

Pour appréhender le blues en suites de couches avec une méthode applicable à un grand nombre de femmes, la méthode de l'auto-questionnaire rempli par la femme elle-même à la maternité est l'instrument le plus adapté (Glangeaud-Freudenthal, 1999). Plusieurs auto-questionnaires ont été conçus et/ou utilisés en suites de couches. Selon l'étude de Guillaumont (1992), le « Maternity Blues questionnaire » (Kennerley et Gath, 1989) détecte le blues de façon plus spécifique que des questionnaires sur la dépression en général comme le HAD ou d'autres questionnaires également utilisés en post-partum précoce (Pitt, 1968 ; York, 1990 ; Stein, 1980 ; Kendell *et al.*, 1981). Nous avons fait en collaboration avec Sutter et Guillaumont une traduction et une adaptation française du « Maternity Blues Questionnaire » (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1995). Cette échelle inclut 28 questions, chacune évaluée sur 5 points, variant de « beaucoup moins que d'habitude » à « beaucoup plus que d'habitude ». Elle prend en compte la perception de la femme de la présence d'un symptôme actuel et de l'intensité de cette modification de son humeur actuelle par rapport à son humeur habituelle. Nous avons défini le blues « sévère » par un score supérieur ou égal à 12/28, ce qui correspond à des scores supérieurs au 10^e percentile des scores de l'échantillon. Ce seuil est proche du seuil défini par Kennerley et Gath pour le « blues 1 » (score global au questionnaire supérieur au seuil de 45,7 % du score global, c'est-à-dire score > 12,8/28).

vers le psychologue ou le psychiatre attaché au service, après notre entretien de recherche.

Pour appréhender le blues en suites de couches avec une méthode applicable à un grand nombre de femmes, la méthode de l'auto-questionnaire rempli par la femme elle-même à la maternité est l'instrument le plus adapté (Glangeaud-Freudenthal, 1999). Plusieurs auto-questionnaires ont été conçus et/ou utilisés en suites de couches. Selon l'étude de Guillaumont (1992), le « Maternity Blues questionnaire » (Kennerley et Gath, 1989) détecte le blues de façon plus spécifique que des questionnaires sur la dépression en général comme le HAD ou d'autres questionnaires également utilisés en post-partum précoce (Pitt, 1968 ; York, 1990 ; Stein, 1980 ; Kendell *et al.*, 1981). Nous avons fait en collaboration avec Sutter et Guillaumont une traduction et une adaptation française du « Maternity Blues Questionnaire » (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1995). Cette échelle inclut 28 questions, chacune évaluée sur 5 points, variant de « beaucoup moins que d'habitude » à « beaucoup plus que d'habitude ». Elle prend en compte la perception de la femme de la présence d'un symptôme actuel et de l'intensité de cette modification de son humeur actuelle par rapport à son humeur habituelle. Nous avons défini le blues « sévère » par un score supérieur ou égal à 12/28, ce qui correspond à des scores supérieurs au 10^e percentile des scores de l'échantillon. Ce seuil est proche du seuil défini par Kennerley et Gath pour le « blues 1 » (score global au questionnaire supérieur au seuil de 45,7 % du score global, c'est-à-dire score > 12,8/28).

vers le psychologue ou le psychiatre attaché au service, après notre entretien de recherche.

Pour appréhender le blues en suites de couches avec une méthode applicable à un grand nombre de femmes, la méthode de l'auto-questionnaire rempli par la femme elle-même à la maternité est l'instrument le plus adapté (Glangeaud-Freudenthal, 1999). Plusieurs auto-questionnaires ont été conçus et/ou utilisés en suites de couches. Selon l'étude de Guillaumont (1992), le « Maternity Blues questionnaire » (Kennerley et Gath, 1989) détecte le blues de façon plus spécifique que des questionnaires sur la dépression en général comme le HAD ou d'autres questionnaires également utilisés en post-partum précoce (Pitt, 1968 ; York, 1990 ; Stein, 1980 ; Kendell *et al.*, 1981). Nous avons fait en collaboration avec Sutter et Guillaumont une traduction et une adaptation française du « Maternity Blues Questionnaire » (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1995). Cette échelle inclut 28 questions, chacune évaluée sur 5 points, variant de « beaucoup moins que d'habitude » à « beaucoup plus que d'habitude ». Elle prend en compte la perception de la femme de la présence d'un symptôme actuel et de l'intensité de cette modification de son humeur actuelle par rapport à son humeur habituelle. Nous avons défini le blues « sévère » par un score supérieur ou égal à 12/28, ce qui correspond à des scores supérieurs au 10^e percentile des scores de l'échantillon. Ce seuil est proche du seuil défini par Kennerley et Gath pour le « blues 1 » (score global au questionnaire supérieur au seuil de 45,7 % du score global, c'est-à-dire score > 12,8/28).

En plus de l'auto-questionnaire du blues et de celui de l'anxiété (Spielberger et Gorsuch, 1983), nous avons proposé aux femmes des questions concernant : leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs antécédents obstétricaux, le type d'allaitement du bébé. Les événements de vie stressants, positifs ou négatifs durant les trois ans précédents ont été décrits par les femmes dans une question ouverte. L'aide attendue pour les soins à l'enfant étaient évalués par des questions de l'étude de Saucier *et al.* (1989) sur une échelle en 5 points, allant de « aucune aide prévue » à « aide entièrement satisfaisante ». Les femmes vivant avec le père du bébé remplissaient aussi la traduction française (Baillargeon *et al.*, 1986) du questionnaire « Adaptation dyadique » (Spanier, 1976) qui évalue la qualité de l'entente dans le couple. Une mauvaise entente dans le couple correspond à des scores bas. Nous avons choisi le seuil de 107/151.

L'analyse statistique compare le pourcentage des femmes présentant des scores élevés de blues (scores ≥ 12) pour les différentes modalités de chaque facteur. Elle utilise le logiciel SAS, les associations entre deux variables sont testées par le test du Chi-2 et quand cela est nécessaire par le test exact de Fischer. Le test de Mantel-Haenszel a été utilisé pour contrôler les facteurs de confusion. Le seuil pour estimer la présence d'une association a été fixé à $p \leq 0,05$. Néanmoins, nous parlerons de « tendance » pour les résultats d'associations obtenus avec des valeurs de p entre 0,05 et 0,10.

En plus de l'auto-questionnaire du blues et de celui de l'anxiété (Spielberger et Gorsuch, 1983), nous avons proposé aux femmes des questions concernant : leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs antécédents obstétricaux, le type d'allaitement du bébé. Les événements de vie stressants, positifs ou négatifs durant les trois ans précédents ont été décrits par les femmes dans une question ouverte. L'aide attendue pour les soins à l'enfant étaient évalués par des questions de l'étude de Saucier *et al.* (1989) sur une échelle en 5 points, allant de « aucune aide prévue » à « aide entièrement satisfaisante ». Les femmes vivant avec le père du bébé remplissaient aussi la traduction française (Baillargeon *et al.*, 1986) du questionnaire « Adaptation dyadique » (Spanier, 1976) qui évalue la qualité de l'entente dans le couple. Une mauvaise entente dans le couple correspond à des scores bas. Nous avons choisi le seuil de 107/151.

L'analyse statistique compare le pourcentage des femmes présentant des scores élevés de blues (scores ≥ 12) pour les différentes modalités de chaque facteur. Elle utilise le logiciel SAS, les associations entre deux variables sont testées par le test du Chi-2 et quand cela est nécessaire par le test exact de Fischer. Le test de Mantel-Haenszel a été utilisé pour contrôler les facteurs de confusion. Le seuil pour estimer la présence d'une association a été fixé à $p \leq 0,05$. Néanmoins, nous parlerons de « tendance » pour les résultats d'associations obtenus avec des valeurs de p entre 0,05 et 0,10.

En plus de l'auto-questionnaire du blues et de celui de l'anxiété (Spielberger et Gorsuch, 1983), nous avons proposé aux femmes des questions concernant : leurs caractéristiques sociodémographiques, leurs antécédents obstétricaux, le type d'allaitement du bébé. Les événements de vie stressants, positifs ou négatifs durant les trois ans précédents ont été décrits par les femmes dans une question ouverte. L'aide attendue pour les soins à l'enfant étaient évalués par des questions de l'étude de Saucier *et al.* (1989) sur une échelle en 5 points, allant de « aucune aide prévue » à « aide entièrement satisfaisante ». Les femmes vivant avec le père du bébé remplissaient aussi la traduction française (Baillargeon *et al.*, 1986) du questionnaire « Adaptation dyadique » (Spanier, 1976) qui évalue la qualité de l'entente dans le couple. Une mauvaise entente dans le couple correspond à des scores bas. Nous avons choisi le seuil de 107/151.

L'analyse statistique compare le pourcentage des femmes présentant des scores élevés de blues (scores ≥ 12) pour les différentes modalités de chaque facteur. Elle utilise le logiciel SAS, les associations entre deux variables sont testées par le test du Chi-2 et quand cela est nécessaire par le test exact de Fischer. Le test de Mantel-Haenszel a été utilisé pour contrôler les facteurs de confusion. Le seuil pour estimer la présence d'une association a été fixé à $p \leq 0,05$. Néanmoins, nous parlerons de « tendance » pour les résultats d'associations obtenus avec des valeurs de p entre 0,05 et 0,10.

Résultats

L'âge, la parité et la catégorie socioprofessionnelle dans notre échantillon analysé (118 femmes) étaient similaires à ceux d'un échantillon national de femmes qui avaient accouché en France à la même époque que notre étude, en 1995 (Blondel *et al.*, 1997). Néanmoins, notre échantillon comportait un peu plus de femmes célibataires, qui vivaient seules, avaient un niveau d'études élevé et avaient travaillé durant la grossesse. Les fréquences des complications, des hospitalisations pendant la grossesse et de l'allaitement étaient similaires à celles de l'échantillon national. Les femmes qui avaient eu des césariennes et celles dont les bébés avaient un poids de naissance faible étaient sous-représentées dans notre échantillon, du fait de l'exclusion des femmes dont le bébé avait été transféré dans une unité de soins intensifs.

Facteurs sociaux et démographiques (tableau 1)

La fréquence du blues sévère n'est pas significativement différente en fonction de l'âge (cependant les scores sont plus élevés pour les très jeunes et les plus âgées), la parité, l'état marital, le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle de la mère. Elle est significativement plus élevée quand les femmes étaient au chômage durant la grossesse.

Résultats

L'âge, la parité et la catégorie socioprofessionnelle dans notre échantillon analysé (118 femmes) étaient similaires à ceux d'un échantillon national de femmes qui avaient accouché en France à la même époque que notre étude, en 1995 (Blondel *et al.*, 1997). Néanmoins, notre échantillon comportait un peu plus de femmes célibataires, qui vivaient seules, avaient un niveau d'études élevé et avaient travaillé durant la grossesse. Les fréquences des complications, des hospitalisations pendant la grossesse et de l'allaitement étaient similaires à celles de l'échantillon national. Les femmes qui avaient eu des césariennes et celles dont les bébés avaient un poids de naissance faible étaient sous-représentées dans notre échantillon, du fait de l'exclusion des femmes dont le bébé avait été transféré dans une unité de soins intensifs.

Facteurs sociaux et démographiques (tableau 1)

La fréquence du blues sévère n'est pas significativement différente en fonction de l'âge (cependant les scores sont plus élevés pour les très jeunes et les plus âgées), la parité, l'état marital, le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle de la mère. Elle est significativement plus élevée quand les femmes étaient au chômage durant la grossesse.

Résultats

L'âge, la parité et la catégorie socioprofessionnelle dans notre échantillon analysé (118 femmes) étaient similaires à ceux d'un échantillon national de femmes qui avaient accouché en France à la même époque que notre étude, en 1995 (Blondel *et al.*, 1997). Néanmoins, notre échantillon comportait un peu plus de femmes célibataires, qui vivaient seules, avaient un niveau d'études élevé et avaient travaillé durant la grossesse. Les fréquences des complications, des hospitalisations pendant la grossesse et de l'allaitement étaient similaires à celles de l'échantillon national. Les femmes qui avaient eu des césariennes et celles dont les bébés avaient un poids de naissance faible étaient sous-représentées dans notre échantillon, du fait de l'exclusion des femmes dont le bébé avait été transféré dans une unité de soins intensifs.

Facteurs sociaux et démographiques (tableau 1)

La fréquence du blues sévère n'est pas significativement différente en fonction de l'âge (cependant les scores sont plus élevés pour les très jeunes et les plus âgées), la parité, l'état marital, le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle de la mère. Elle est significativement plus élevée quand les femmes étaient au chômage durant la grossesse.

Allaitement

Dans notre étude, nous avons trouvé que sur l'ensemble de notre échantillon l'allaitement est beaucoup plus fréquent parmi les femmes avec un haut niveau d'études ($p < 0,001$) et une catégorie socioprofessionnelle – ou celle de leur partenaire – élevée (toutes les deux $p < 0,001$). Une étude épidémiologique réalisée en France en 1995 sur un échantillon de naissance très grand ($n = 12\ 179$ enfants) montre que l'allaitement au sein est plus fréquent chez les femmes plus âgées, ayant un niveau d'études plus élevé, une profession qualifiée, chez les femmes de nationalité étrangère et chez les femmes non fumeuses pendant la grossesse (Crost et Kaminski, 1998). Une autre étude a aussi analysé ces facteurs en liaison avec la durée de l'allaitement (Lelong *et al.*, 2000).

Les scores moyens de blues n'étaient statistiquement pas différents entre les groupes des femmes qui allaitaient et celles qui nourrissaient leur enfant totalement ou partiellement au biberon (respectivement $5,7 \pm 5,3$ et $4,5 \pm 4,5$). Cependant, il y avait plus de femmes avec des scores élevés de blues parmi celles qui allaitaient au sein que parmi les autres (tableau 1).

Environnement affectif et support

Les femmes qui attendaient peu d'aide ou aucune pour les soins à l'enfant avaient une tendance à présenter un blues sévère, plus souvent que des femmes qui prévoyaient une aide satisfaisante (tableau 1).

Allaitement

Dans notre étude, nous avons trouvé que sur l'ensemble de notre échantillon l'allaitement est beaucoup plus fréquent parmi les femmes avec un haut niveau d'études ($p < 0,001$) et une catégorie socioprofessionnelle – ou celle de leur partenaire – élevée (toutes les deux $p < 0,001$). Une étude épidémiologique réalisée en France en 1995 sur un échantillon de naissance très grand ($n = 12\ 179$ enfants) montre que l'allaitement au sein est plus fréquent chez les femmes plus âgées, ayant un niveau d'études plus élevé, une profession qualifiée, chez les femmes de nationalité étrangère et chez les femmes non fumeuses pendant la grossesse (Crost et Kaminski, 1998). Une autre étude a aussi analysé ces facteurs en liaison avec la durée de l'allaitement (Lelong *et al.*, 2000).

Les scores moyens de blues n'étaient statistiquement pas différents entre les groupes des femmes qui allaitaient et celles qui nourrissaient leur enfant totalement ou partiellement au biberon (respectivement $5,7 \pm 5,3$ et $4,5 \pm 4,5$). Cependant, il y avait plus de femmes avec des scores élevés de blues parmi celles qui allaitaient au sein que parmi les autres (tableau 1).

Environnement affectif et support

Les femmes qui attendaient peu d'aide ou aucune pour les soins à l'enfant avaient une tendance à présenter un blues sévère, plus souvent que des femmes qui prévoyaient une aide satisfaisante (tableau 1).

Allaitement

Dans notre étude, nous avons trouvé que sur l'ensemble de notre échantillon l'allaitement est beaucoup plus fréquent parmi les femmes avec un haut niveau d'études ($p < 0,001$) et une catégorie socioprofessionnelle – ou celle de leur partenaire – élevée (toutes les deux $p < 0,001$). Une étude épidémiologique réalisée en France en 1995 sur un échantillon de naissance très grand ($n = 12\ 179$ enfants) montre que l'allaitement au sein est plus fréquent chez les femmes plus âgées, ayant un niveau d'études plus élevé, une profession qualifiée, chez les femmes de nationalité étrangère et chez les femmes non fumeuses pendant la grossesse (Crost et Kaminski, 1998). Une autre étude a aussi analysé ces facteurs en liaison avec la durée de l'allaitement (Lelong *et al.*, 2000).

Les scores moyens de blues n'étaient statistiquement pas différents entre les groupes des femmes qui allaitaient et celles qui nourrissaient leur enfant totalement ou partiellement au biberon (respectivement $5,7 \pm 5,3$ et $4,5 \pm 4,5$). Cependant, il y avait plus de femmes avec des scores élevés de blues parmi celles qui allaitaient au sein que parmi les autres (tableau 1).

Environnement affectif et support

Les femmes qui attendaient peu d'aide ou aucune pour les soins à l'enfant avaient une tendance à présenter un blues sévère, plus souvent que des femmes qui prévoyaient une aide satisfaisante (tableau 1).

Entente entre les parents du bébé

Les 13 femmes qui avaient déclaré une relation difficile avec le père du bébé – soit qu’elles ne vivaient pas du tout avec lui, soit qu’elles vivaient avec lui mais dans une relation difficile (montrée par des scores bas au questionnaire d’ajustement dyadique) – avaient tendance à présenter plus souvent un blues sévère, en comparaison avec femmes vivant en couple avec une bonne entente avec le père du bébé (respectivement 24 % et 10 % de blues sévères ; $p = 0,09$).

Les résultats portant sur d’autres facteurs ont été exposés et analysés dans un article précédemment publié (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999).

Bilan

La discussion critique de la méthodologie de cette étude a été développée dans un article déjà paru (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999). Bien que la taille de notre échantillon soit similaire, voire plus grande, que celle de la plupart des études antérieures sur le blues maternel, les résultats des analyses statistiques devront être confirmés sur un échantillon plus grand avant de conclure à l’absence de relation. Cet article porte non pas sur les pleurs isolés qui sont assez communs durant les premiers jours après l’accouchement mais sur le blues sévère perturbant pour les femmes qui viennent d’accoucher. Le blues sévère a été défini (mais non diagnostiqué) par l’obtention d’un score supérieur ou égal au seuil de 12/28 sur l’échelle du

Entente entre les parents du bébé

Les 13 femmes qui avaient déclaré une relation difficile avec le père du bébé – soit qu'elles ne vivaient pas du tout avec lui, soit qu'elles vivaient avec lui mais dans une relation difficile (montrée par des scores bas au questionnaire d'ajustement dyadique) – avaient tendance à présenter plus souvent un blues sévère, en comparaison avec femmes vivant en couple avec une bonne entente avec le père du bébé (respectivement 24 % et 10 % de blues sévères ; $p = 0,09$).

Les résultats portant sur d'autres facteurs ont été exposés et analysés dans un article précédemment publié (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999).

Bilan

La discussion critique de la méthodologie de cette étude a été développée dans un article déjà paru (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999). Bien que la taille de notre échantillon soit similaire, voire plus grande, que celle de la plupart des études antérieures sur le blues maternel, les résultats des analyses statistiques devront être confirmés sur un échantillon plus grand avant de conclure à l'absence de relation. Cet article porte non pas sur les pleurs isolés qui sont assez communs durant les premiers jours après l'accouchement mais sur le blues sévère perturbant pour les femmes qui viennent d'accoucher. Le blues sévère a été défini (mais non diagnostiqué) par l'obtention d'un score supérieur ou égal au seuil de 12/28 sur l'échelle du

Entente entre les parents du bébé

Les 13 femmes qui avaient déclaré une relation difficile avec le père du bébé – soit qu’elles ne vivaient pas du tout avec lui, soit qu’elles vivaient avec lui mais dans une relation difficile (montrée par des scores bas au questionnaire d’ajustement dyadique) – avaient tendance à présenter plus souvent un blues sévère, en comparaison avec femmes vivant en couple avec une bonne entente avec le père du bébé (respectivement 24 % et 10 % de blues sévères ; $p = 0,09$).

Les résultats portant sur d’autres facteurs ont été exposés et analysés dans un article précédemment publié (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999).

Bilan

La discussion critique de la méthodologie de cette étude a été développée dans un article déjà paru (Glangeaud-Freudenthal *et al.*, 1999). Bien que la taille de notre échantillon soit similaire, voire plus grande, que celle de la plupart des études antérieures sur le blues maternel, les résultats des analyses statistiques devront être confirmés sur un échantillon plus grand avant de conclure à l’absence de relation. Cet article porte non pas sur les pleurs isolés qui sont assez communs durant les premiers jours après l’accouchement mais sur le blues sévère perturbant pour les femmes qui viennent d’accoucher. Le blues sévère a été défini (mais non diagnostiqué) par l’obtention d’un score supérieur ou égal au seuil de 12/28 sur l’échelle du

Tableau 1. Fréquence de blues sévères suivant les facteurs étudiés

	N	% Blues sévère (scores ≥ 12)	p
<i>Total</i>	102	13	
<i>Âge</i>			
≤ 24 ans	19	21	
25-29	37	5	
≥ 30	46	15	NS
<i>Parité</i>			
primipare	37	14	
multipare	65	12	NS
<i>Statut marital</i>			
non marié	45	11	
marié	57	14	NS
<i>Niveau d'éducation</i>			
études primaires	9	5	
études secondaires	32	9	
études supérieures	49	18	NS
<i>Emploi pendant la grossesse</i>			
ayant un emploi	78	13	
au chômage	7	43	
femme au foyer, étudiante, autres	17	0	$p < 0,02$
<i>Professions parmi les femmes ayant un emploi</i>			
travailleuses manuelles et employées	25	4	
professions intermédiaires et cadres	53	17	NS
<i>Allaitement</i>			
allaitement au biberon	48	4	
allaitement au sein	42	21	
allaitement mixte (biberon et sein)	11	9	$p < 0,005$
<i>Qualité de l'aide attendue pour les soins au bébé</i>			
pas d'aide ou aide insatisfaisante	15	27	
aide satisfaisante	84	10	$p = 0,09$

NS : non significatif.

Tableau 1. Fréquence de blues sévères suivant les facteurs étudiés

	N	% Blues sévère (scores ≥ 12)	p
<i>Total</i>	102	13	
<i>Âge</i>			
≤ 24 ans	19	21	
25-29	37	5	
≥ 30	46	15	NS
<i>Parité</i>			
primipare	37	14	
multipare	65	12	NS
<i>Statut marital</i>			
non marié	45	11	
marié	57	14	NS
<i>Niveau d'éducation</i>			
études primaires	9	5	
études secondaires	32	9	
études supérieures	49	18	NS
<i>Emploi pendant la grossesse</i>			
ayant un emploi	78	13	
au chômage	7	43	
femme au foyer, étudiante, autres	17	0	$p < 0,02$
<i>Professions parmi les femmes ayant un emploi</i>			
travailleuses manuelles et employées	25	4	
professions intermédiaires et cadres	53	17	NS
<i>Allaitement</i>			
allaitement au biberon	48	4	
allaitement au sein	42	21	
allaitement mixte (biberon et sein)	11	9	$p < 0,005$
<i>Qualité de l'aide attendue pour les soins au bébé</i>			
pas d'aide ou aide insatisfaisante	15	27	
aide satisfaisante	84	10	$p = 0,09$

NS : non significatif.

Tableau 1. Fréquence de blues sévères suivant les facteurs étudiés

	N	% Blues sévère (scores ≥ 12)	p
<i>Total</i>	102	13	
<i>Âge</i>			
≤ 24 ans	19	21	
25-29	37	5	
≥ 30	46	15	NS
<i>Parité</i>			
primipare	37	14	
multipare	65	12	NS
<i>Statut marital</i>			
non marié	45	11	
marié	57	14	NS
<i>Niveau d'éducation</i>			
études primaires	9	5	
études secondaires	32	9	
études supérieures	49	18	NS
<i>Emploi pendant la grossesse</i>			
ayant un emploi	78	13	
au chômage	7	43	
femme au foyer, étudiante, autres	17	0	$p < 0,02$
<i>Professions parmi les femmes ayant un emploi</i>			
travailleuses manuelles et employées	25	4	
professions intermédiaires et cadres	53	17	NS
<i>Allaitement</i>			
allaitement au biberon	48	4	
allaitement au sein	42	21	
allaitement mixte (biberon et sein)	11	9	$p < 0,005$
<i>Qualité de l'aide attendue pour les soins au bébé</i>			
pas d'aide ou aide insatisfaisante	15	27	
aide satisfaisante	84	10	$p = 0,09$

NS : non significatif.

questionnaire du blues, valeur proche de la définition de « Blues 1 » de Kennerley et Gath (1989).

La faible fréquence des scores de blues sévère (au seuil ≥ 12) dans notre étude comparée à celle observée dans d'autres études (Khatir *et al.*, 1996) peut être due à des différences d'échantillon et d'administration du questionnaire et au fait que 16 femmes non incluses dans l'analyse, n'ayant pas rempli complètement l'auto-questionnaire, avaient tendance à être plus anxieuses et avaient certaines caractéristiques pouvant être associées à un risque plus élevé de blues sévère. Ceci a pu entraîner une sous-estimation de la fréquence de scores élevés de blues.

Comme les investigateurs précédents (Kennerley et Gath, 1989 ; Pitt, 1973 ; O'Hara, 1995), nous n'avons pas détecté d'associations entre le blues sévère et les caractéristiques démographiques telles que le statut marital (mariée ou non), le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle. Plusieurs auteurs n'ont trouvé aucune différence dans le taux de blues selon que la femme travaillait ou non pendant la grossesse (Kennerley et Gath, 1989 ; O'Hara, 1995). Pour notre part, nous avons trouvé un niveau de blues sévère beaucoup plus élevé chez les femmes au chômage que chez celles qui ont pu travailler durant la grossesse. Ces différences pourraient s'expliquer par les différences de type d'échantillon entre l'étude française et anglaise : les femmes anglaises étudiées par Kennerley et Gath étaient presque toutes mariées (92 %) et appartenaient à la classe sociale moyenne (72 %).

Certaines études déjà anciennes, décrites dans une revue par Kennerley et Gath (1986), n'ont pas fait apparaître une différence d'incidence du blues entre les femmes qui allaitaient

questionnaire du blues, valeur proche de la définition de « Blues 1 » de Kennerley et Gath (1989).

La faible fréquence des scores de blues sévère (au seuil ≥ 12) dans notre étude comparée à celle observée dans d'autres études (Khatir *et al.*, 1996) peut être due à des différences d'échantillon et d'administration du questionnaire et au fait que 16 femmes non incluses dans l'analyse, n'ayant pas rempli complètement l'auto-questionnaire, avaient tendance à être plus anxieuses et avaient certaines caractéristiques pouvant être associées à un risque plus élevé de blues sévère. Ceci a pu entraîner une sous-estimation de la fréquence de scores élevés de blues.

Comme les investigateurs précédents (Kennerley et Gath, 1989 ; Pitt, 1973 ; O'Hara, 1995), nous n'avons pas détecté d'associations entre le blues sévère et les caractéristiques démographiques telles que le statut marital (mariée ou non), le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle. Plusieurs auteurs n'ont trouvé aucune différence dans le taux de blues selon que la femme travaillait ou non pendant la grossesse (Kennerley et Gath, 1989 ; O'Hara, 1995). Pour notre part, nous avons trouvé un niveau de blues sévère beaucoup plus élevé chez les femmes au chômage que chez celles qui ont pu travailler durant la grossesse. Ces différences pourraient s'expliquer par les différences de type d'échantillon entre l'étude française et anglaise : les femmes anglaises étudiées par Kennerley et Gath étaient presque toutes mariées (92 %) et appartenaient à la classe sociale moyenne (72 %).

Certaines études déjà anciennes, décrites dans une revue par Kennerley et Gath (1986), n'ont pas fait apparaître une différence d'incidence du blues entre les femmes qui allaitaient

questionnaire du blues, valeur proche de la définition de « Blues 1 » de Kennerley et Gath (1989).

La faible fréquence des scores de blues sévère (au seuil ≥ 12) dans notre étude comparée à celle observée dans d'autres études (Khatir *et al.*, 1996) peut être due à des différences d'échantillon et d'administration du questionnaire et au fait que 16 femmes non incluses dans l'analyse, n'ayant pas rempli complètement l'auto-questionnaire, avaient tendance à être plus anxieuses et avaient certaines caractéristiques pouvant être associées à un risque plus élevé de blues sévère. Ceci a pu entraîner une sous-estimation de la fréquence de scores élevés de blues.

Comme les investigateurs précédents (Kennerley et Gath, 1989 ; Pitt, 1973 ; O'Hara, 1995), nous n'avons pas détecté d'associations entre le blues sévère et les caractéristiques démographiques telles que le statut marital (mariée ou non), le niveau d'études ou la catégorie socioprofessionnelle. Plusieurs auteurs n'ont trouvé aucune différence dans le taux de blues selon que la femme travaillait ou non pendant la grossesse (Kennerley et Gath, 1989 ; O'Hara, 1995). Pour notre part, nous avons trouvé un niveau de blues sévère beaucoup plus élevé chez les femmes au chômage que chez celles qui ont pu travailler durant la grossesse. Ces différences pourraient s'expliquer par les différences de type d'échantillon entre l'étude française et anglaise : les femmes anglaises étudiées par Kennerley et Gath étaient presque toutes mariées (92 %) et appartenaient à la classe sociale moyenne (72 %).

Certaines études déjà anciennes, décrites dans une revue par Kennerley et Gath (1986), n'ont pas fait apparaître une différence d'incidence du blues entre les femmes qui allaitaient