



Psychosomatique et sexualité

Prévention du blues du post-partum : étude pilote A pilot study of prevention of postpartum blues

H. Chabrol, N. Coroner, S. Rusibane, N. Séjourné*

Centre d'études et de recherches en psychopathologie, université de Toulouse-2-Le Mirail, 5, allée Antonio-Machado, 31058 Toulouse, France

Reçu le 21 juillet 2007 ; accepté le 12 octobre 2007

Résumé

Objectif. – Le but de cette étude était d'évaluer si une information sur le blues du post-partum, donnée pendant la grossesse, pouvait avoir un effet de prévention et réduire l'intensité du blues.

Patientes et méthodes. – Au troisième trimestre de leur grossesse, 37 femmes volontaires ont été réparties par randomisation en trois groupes. Le premier a reçu une information écrite, le second une information écrite et orale, le troisième étant le groupe témoin. Toutes les femmes ont complété le questionnaire de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) entre le troisième et le cinquième jour du post-partum.

Résultats. – Etant donné l'effectif réduit et les conséquences de ce petit nombre sur la puissance de l'étude, la comparaison des scores moyens de la composante dépressive du blues a été estimée selon l'effet taille et a suggéré un effet préventif léger et comparable des deux modes d'information.

Discussion et conclusion. – Malgré la faiblesse de l'échantillon limitant la portée de l'étude, donner une information aux mères durant la grossesse permettrait de réduire l'intensité du blues du post-partum

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

Objective. – To evaluate the effect of providing information on postpartum blues during pregnancy on the intensity of the blues.

Patients and methods. – A convenient sample of 37 women agreed to participate in the study during the third trimester of pregnancy and were randomly assigned to one of three groups. The first group received a short text of information, the second group received the text which was read and discussed and the third group was the control group. All the participants completed the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) questionnaire during the period three to five days postpartum.

Results. – Given the small number of participants in the three groups and the subsequent lack of power of the study, the magnitude of the differences between the means scores of the EPDS of the three groups was estimated using effect size (ES) and indicated a small to medium effect of providing information on the blues.

Discussion and conclusion. – Despite the limitations of the study mainly linked to the small sample, this study suggests that providing information on postpartum blues during the third trimester of pregnancy may reduce the intensity of the depressive dimension of the blues symptomatology.

© 2007 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Information ; Prévention ; Blues du post-partum ; Randomisation

Keywords: Information; Prevention; Postpartum blues; Randomization

1. Introduction

Le blues du post-partum ou baby-blues est un trouble de l'humeur passager (quelques heures à quelques jours) survenant dans les premiers jours après l'accouchement [1] et affectant environ la moitié des mères [2]. Il se caractérise essentiellement

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : natalene.sejourn@laposte.net (N. Séjourné).

par des pleurs incessants accompagnés ou non de tristesse, une labilité de l'humeur et des troubles cognitifs [3]. Si, par son caractère bref et passager, le blues du post-partum est généralement un état non pathologique, 20 % des mères sont confrontées à une dépression du post-partum [4]. La dépression postnatale apparaît dans les semaines qui suivent l'accouchement et peut avoir des conséquences graves pour la mère, mais il peut également altérer le développement de l'enfant, notamment en terme d'attachement [5] ou de performances cognitives [6]. Plusieurs études ont observé un lien entre l'intensité du baby blues et l'apparition d'une dépression postnatale [7,8] soulignant ainsi l'importance de la prévention. Ainsi, le dépistage des blues intenses permet le repérage des mères à risque de dépression postnatale et peut permettre des interventions de prévention ciblées [9–11]. Le déterminisme du blues est réputé principalement biologique, lié au bouleversement hormonal succédant à l'accouchement. Cependant il est possible que les réactions psychologiques aux symptômes participent à les aggraver par le désarroi, l'anxiété et la culpabilité qu'ils peuvent susciter. Les bouffées d'agressivité à l'égard du nouveau-né peuvent être particulièrement perturbantes pour les mères. Une information préalable, concernant la fréquence du blues et ses manifestations, pourrait normaliser cette expérience, prévenir ou réduire des réactions d'angoisse et de culpabilité. Elle pourrait aider la mère à communiquer ses émotions et à obtenir du soutien. Cette étude présente l'évaluation des effets d'une information sur l'intensité des symptômes du blues.

2. Patientes et méthodes

Les participantes ont été recrutées lors de consultations dans des cabinets de sages-femmes au cours du troisième trimestre de la grossesse. Les sages-femmes présentaient succinctement l'étude et les femmes intéressées laissaient leurs coordonnées. L'échantillon de notre étude est constitué par des volontaires probablement non-représentations. Trente-sept femmes ont été recrutées et réparties par randomisation en trois groupes, un groupe de 13 sujets ($29,8 \pm$ deux ans) recevant une prévention sous forme d'information écrite, un groupe de 13 sujets recevant une prévention sous forme écrite et orale ($30,2 \pm$ quatre ans) et un groupe témoin de 13 sujets ($31 \pm 3,8$ ans). L'intervention de prévention a consisté à remettre à la mère un texte bref d'une page, intitulé « Le blues de la maternité : un problème fréquent et négligé », présenté en annexe. Pour le deuxième groupe, ce texte était remis par une étudiante en maîtrise de psychologie puis lu et discuté avec la mère. Ce texte vise à donner les informations principales sur le blues, sa fréquence, ses causes, ses manifestations, son évolution. A été remis à toutes les participantes un auto-questionnaire, la version française de l'EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) [12–14], à remplir entre le troisième et le cinquième jour du post-partum et une enveloppe timbrée pour nous l'adresser. L'EPDS est un questionnaire de dix items, coté de 0 à 30, qui permet le dépistage des mères déprimées dans le post-partum. Dans les premiers jours du post-partum, l'EPDS permet de mesurer l'intensité de la dimension

dépressive du blues et de repérer les mères à risque de développer une dépression postnatale [15]. Deux femmes du premier groupe n'ont pas renvoyé l'EPDS. Ce groupe s'est donc trouvé réduit à 11 sujets. La parité et le mode d'accouchement, par voie basse ou césarienne, ne distinguaient pas les trois groupes (premier groupe : six primipares, aucune césarienne ; deuxième groupe : neuf primipares, aucune césarienne ; troisième groupe : sept primipares, une césarienne).

3. Résultats

Pour le premier groupe, le score moyen à l'EPDS entre le troisième et le cinquième jour du post-partum était de $6,3 \pm 3,7$; pour le second groupe, de $6,5 \pm 4,1$; pour le groupe témoin de $7,3 \pm 3,7$. En raison du petit nombre de sujets dans chaque groupe, ne donnant une puissance suffisante à l'étude pour détecter des différences significatives, nous avons choisi la taille de l'effet qui est une méthode qui permet d'évaluer la différence entre deux moyennes indépendante de la taille de l'échantillon. La taille de l'effet est égale à la différence entre les moyennes divisée par l'écart-type commun. Une taille de l'effet égale à 0,20 est considérée comme petite, à 0,30, comme moyenne et, à partir de 0,50 comme grande [12]. Le Tableau 1 présente les différentes tailles de l'effet pour la comparaison des trois groupes entre eux.

4. Discussion

Cette étude est, à notre connaissance, la première à évaluer l'effet d'une intervention de prévention du blues du post-partum. La comparaison des groupes ayant reçu l'information et du groupe témoin suggère que l'information sur le blues a un effet de prévention d'intensité petite à moyenne. La comparaison des deux groupes d'intervention suggère un effet comparable : le groupe ayant reçu l'information écrite et sa discussion n'a pas montré un effet de prévention supérieur à l'information écrite seule. Cette étude suggère qu'une forme facilement diffusable de prévention, consistant en la remise d'un texte donnant des informations sur le blues, pourrait diminuer l'intensité de la composante dépressive du blues. La principale limitation de cette étude est le petit nombre de sujets recrutés et l'absence d'assurance de leur représentativité. Les résultats, même modestes, justifient selon nous de répéter une étude semblable avec un échantillon plus important, une évaluation du bien-être dans la première semaine du post-partum, et une mesure de la symptomatologie dépressive par l'EPDS entre la quatrième et la sixième semaine pour évaluer si

Tableau 1
Comparaison des scores moyens à l'EPDS complété entre les 3^e et 5^e jours du post-partum pour les deux groupes de prévention et le groupe témoin

Groupes comparés	Taille de l'effet
Groupes de prévention écrite et de prévention orale	0,07
Groupes de prévention écrite et groupe témoin	0,28
Groupes de prévention orale et groupe témoin	0,20

la diminution de la symptomatologie dépressive du blues, si elle se confirmait, est accompagnée d'une diminution d'intensité et/ou de fréquence des dépressions postnatales.

5. Conclusion

Si le baby blues est une manifestation assez bien connue des futures mères, celles-ci semblent en revanche manquer d'informations claires et précises concernant sa fréquence et ses manifestations. Les résultats de cette étude suggèrent que la présentation d'une information écrite durant la grossesse permettrait aux femmes de mieux se préparer aux bouleversements occasionnés par la maternité et diminuerait ainsi l'intensité de ce blues du post-partum.

Annexe

Le blues de la maternité : un problème fréquent et négligé

A.1. Qu'est-ce que le blues ?

Dans les jours qui suivent l'accouchement, environ **la moitié des mères** vit un **moment dépressif**, plus ou moins intense, qui dure en général quelques jours.

A.2. Comment expliquer le blues ?

Le blues est principalement la conséquence du **grand changement hormonal** qui suit l'accouchement et qui rend la maman beaucoup plus sensible au stress de l'accouchement et de la venue du bébé. **La naissance est un grand moment de bonheur mais aussi un grand stress**. C'est un stress à cause de la peur ou des difficultés de l'accouchement (peur de la douleur, peur que l'accouchement se passe mal, que le bébé ait un problème). L'accouchement peut laisser la maman très fatiguée et fragilisée : elle peut avoir l'impression qu'elle ne sera pas capable de faire face aux besoins du bébé et aux changements dans la vie du couple, la vie sociale ou professionnelle.

A.3. Comment se manifeste le blues ?

Pendant le blues, l'humeur est très changeante avec des hauts et des bas, des moments où la maman a envie de pleurer, où elle se sent triste, d'autres où elle se sent paniquée et où elle a peur de ne pas arriver à bien s'occuper du bébé. Elle peut se sentir désemparée par cette réaction inattendue. Elle peut se sentir complètement perdue, dépassée et découragée.

La maman peut avoir peur que le bébé soit malade ou ne soit pas normal. Elle peut avoir peur que le bébé meurt. Elle peut avoir peur de lui faire mal.

À d'autres moments, la maman peut avoir l'impression qu'elle n'aime pas le bébé, qu'il est un fardeau. Elle peut

regretter d'avoir été enceinte et avoir l'impression qu'elle préférerait être débarrassée du bébé. Elle peut ne pas supporter ses pleurs et ne pas supporter de ne pas pouvoir consoler rapidement le bébé. Ces pleurs peuvent la mettre très en colère.

La maman est souvent bouleversée par ces difficultés qu'elle ne comprend pas. Elle peut avoir honte ou se sentir coupable de ces pensées et de ces sentiments. Elle peut se reprocher de ne pas être heureuse. Elle peut avoir peur d'être une mauvaise mère.

La plupart des mamans a peur de parler de ces difficultés au papa, à leur famille ou au personnel soignant. Elles craignent d'être incomprises ou d'être jugées.

En général, toutes ces difficultés s'atténuent puis disparaissent en quelques jours.

A.4. Que faire en cas de blues ?

Parlez-en à une sage-femme qui puisse vous rassurer. Si le blues persiste au bout de huit jours, parlez-en à votre médecin généraliste car un blues qui dure peut devenir une dépression.

Références

- [1] Guillaumont C. Post-partum blues. *Neuro-Psy* 1998;13(4):151–6.
- [2] Guedeney A, Bungener C, Wildocher D. Le post-partum blues, revue critique de la littérature. *Psychiatr Infant* 1993;36(1):329–54.
- [3] Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry* 1973;122:431–3.
- [4] O'hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, et al. Prospective study of post-partum blues. Biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:801–6.
- [5] Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33:543–61.
- [6] Hay DF, Pawlby S, Sharp D, et al. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:871–89.
- [7] Sutter AL, Bourgeois M. Complications émotionnelles et psychiatriques du post-partum. *Contracept Fertil Sex* 1994;22(1):61–4.
- [8] Epperson CN. Postpartum major depression: detection and treatment. *Am Fam Physician* 1999;59(8):2247–54.
- [9] Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, et al. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude contrôlée chez 859 sujets. *Encéphale* 2001;28:65–70.
- [10] Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, et al. Prevention and treatment of post-partum depression: a controlled randomized study on women at risk. *Psychol Med* 2002;32:1039–47.
- [11] Teissedre F, Chabrol H. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004;52:266–73.
- [12] Cohen J. Statistical power analysis in the behavioral sciences, 2nd ed., Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988.
- [13] Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
- [14] Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry* 1998;13:83–9.
- [15] Hannah P, Adams D, Lee A, et al. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992;154:777–80.