



HAL
open science

Baby blues. Enquête auprès des accouchées des CHU marseillais

Andréa Gerlone

► **To cite this version:**

Andréa Gerlone. Baby blues. Enquête auprès des accouchées des CHU marseillais. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03385267

HAL Id: dumas-03385267

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03385267>

Submitted on 19 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

Ecole de Maïeutique

BABY BLUES

Enquête auprès des accouchées des CHU marseillais

Présenté et publiquement soutenu

Le 11 juin 2021

Par

GERLONE Andréa
Née le 18/06/1997

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Année universitaire 2020/2021

Membres du jury :

- MICHEL Gilles, sage-femme à l'APHM
- MONLEAU Sophie, sage-femme enseignante
- RIQUET Sébastien, sage-femme enseignant, directeur de mémoire

AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole de Maïeutique

BABY BLUES **Enquête auprès des accouchées des** **CHU marseillais**

GERLONE Andréa
Née le 18/06/1997

**Mémoire pr esent e pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-
Femme**

Année universitaire 2020-2021

Validation 1^{ere} session 2021 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{eme} session 2021 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

BABY BLUES

**Enquête auprès des accouchées
des CHU marseillais**

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier mon directeur de mémoire Monsieur RIQUET Sébastien pour sa disponibilité, ses conseils et son partage de connaissances tout au long de cette année.

Je remercie également Madame ZAKARIAN Carole sans qui les résultats de cette étude n'auraient pu être révélés.

Je remercie Madame CERRI Françoise et Madame BECHADERGUE Valérie de m'avoir permis l'accès aux maternités.

Je remercie les patientes pour leur considération à l'égard de cette étude.

Enfin, je tenais à remercier ma famille pour son encouragement et sa motivation durant toutes mes années d'études.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION A L'ETUDE	1
II. MATERIELS ET METHODE	3
1. Rappel des objectifs de recherche	3
2. Protocole de recherche.....	3
3. Population étudiée	4
4. Variables mesurées	4
5. Recueil de données	5
6. Analyse des résultats.....	6
III. RESULTATS	7
1. Présentation des caractéristiques de la population	7
2. La prévalence du baby blues.....	8
3. Les facteurs associés au baby blues.....	8
IV. ANALYSE ET DISCUSSION	10
1. Limites de l'étude.....	10
2. Biais de l'étude.....	10
3. Analyse des résultats.....	10
4. Discussion	11
V. CONCLUSION DE L'ETUDE	14
VI. BIBLIOGRAPHIE	16
VII. ANNEXES	20
VIII. GLOSSAIRE	25
IX. RESUME	27

I. INTRODUCTION A L'ETUDE

Le baby blues est un trouble de la parentalité ou du moins dans le cas des accouchées c'est un trouble de la maternalité. La maternalité est : « l'ensemble organisé des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né » (1). Selon certains psychiatres et psychanalystes, le baby blues serait le renoncement à un enfant imaginé depuis neuf mois pour adopter psychologiquement son enfant réel et trouver sa place de mère (2).

Le devenir mère se fait sur le plan physique avec un corps vidé de son enfant, avec un corps changé, pouvant diminuer l'estime de soi. De plus, la mère peut ressentir des douleurs qu'elles soient utérines, périnéales ou mammaires avec la montée de lait pouvant entraîner des difficultés à se mobiliser. Elle peut également ressentir un inconfort avec le port de serviettes hygiéniques souvent peu confortables et irritantes. A tout cela s'ajoute une fatigue intense chez la mère avec peu de temps de repos depuis l'accouchement.

Le devenir mère se fait aussi sur le plan psychique avec un changement et un bouleversement d'émotions. La mère ressent à la fois de la joie, de la peur, de l'inquiétude, etc. Par exemple, elle est joyeuse de connaître enfin son enfant pourtant elle a peur d'être incompétente, elle est inquiète qu'il lui arrive quelque chose. La mère est aussi contrebalancée entre le sentiment de réussite et « d'échec » selon elle. Durant sa grossesse, elle est au centre de toutes les attentions, une fois accouchée l'attention des proches se tourne plutôt sur l'enfant, pouvant l'emmener à ressentir un manque d'affection. De plus, pendant la grossesse elle idéalise la période du post-partum, elle peut donc ressentir de la culpabilité et une certaine honte d'être dans un état de baby blues en se disant : « je devrai tellement me réjouir » (3).

Ce mélange d'émotions ou de sentiments qu'ils soient psychiques ou physiques peuvent entretenir une fatigue mentale intense. Cette fatigue peut se traduire par des troubles du sommeil, une irritabilité, des crises de larmes inopinées, une empathie exagérée, etc. Ce sont les symptômes du baby blues (4).

Le baby blues est qualifié de cafard du post-partum associant des troubles de l'humeur, une sensibilité et un découragement. Il est présent du premier au cinquième jour du post-partum (5,6). C'est un phénomène commun car il touche 26 à 80 % des accouchées (6,7).

De plus, le temps passé à la maternité en France est de plus en plus court avec une durée de séjour standard de trois à quatre jours après un accouchement voie basse et de quatre à cinq jours après une césarienne. La durée de séjour précoce étant plus courte, l'accouchée peut sortir dans les trois premiers jours après un accouchement voie basse et dans les quatre premiers jours après une césarienne (8). Ainsi, les mères ont de nombreuses informations à comprendre, à apprendre et à appliquer en seulement quelques jours. Ces dernières doivent donc faire bien et rapidement, ce manque de temps peut être un stress supplémentaire.

Par ailleurs les études ont prouvé que l'intensité maximale du baby blues est au troisième jour du post-partum. Pourtant selon la durée de séjour standard c'est au troisième jour du post-partum que les accouchées retournent à leur domicile. Et selon la durée de séjour précoce, les mères sont déjà chez elles ce jour-là (2,6).

Ces différents facteurs peuvent donc entraîner un manquement de la prise en charge du baby blues maternel. Ce manquement de prise en charge peut altérer la relation mère-enfant avec des difficultés de communication infra-verbale, avec une absence des soins au nouveau-né, etc. (6). Le baby blues peut également s'aggraver en une dépression du post-partum qui est une maladie (9–11) .

Ainsi, les sages-femmes ont un rôle fondamental à jouer dans ce cafard du post-partum qu'est le baby blues. Car les sages-femmes se doivent de prévenir et de dépister toute situation de vulnérabilité de la femme. Elles se doivent de repérer les fragilités dans la construction du lien mère-enfant, d'évaluer le lien mère-enfant et d'accompagner le développement du lien mère-enfant (12).

A Marseille le nombre de naissance est de quatorze mille par an ; soit sept mille à onze mille deux cents femmes par an ont un baby blues durant le post-partum à Marseille (13). A notre connaissance aucune étude n'a été réalisée et aucun dépistage du baby blues n'est recommandé dans les maternités marseillaises.

Il en découle donc la question de recherche suivante :

« Quelle est la prévalence du baby blues des accouchées dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) marseillais ? »

Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la prévalence du baby blues chez les accouchées des CHU marseillais et d'identifier les facteurs associés au baby blues les plus présents chez les accouchées des CHU marseillais.

Ce mémoire a pour finalité d'assurer une prise en charge optimale et globale des mères ; d'améliorer la qualité de l'hospitalisation du couple mère-enfant et d'aider les sages-femmes à repérer les mères les plus susceptibles d'être exposées au baby blues.

II. MATERIELS ET METHODE

1. Rappel des objectifs de recherche

Les objectifs de l'étude ont été d'évaluer la prévalence du baby blues chez les accouchées des CHU marseillais et d'identifier les facteurs associés au baby blues les plus présents chez les accouchées des CHU marseillais.

2. Protocole de recherche

Afin de répondre aux objectifs de recherche, l'étude menée a utilisé l'approche quantitative prospective. En effet, deux questionnaires ont été distribués aux accouchées lors de leur hospitalisation dans les CHU marseillais. Tout d'abord l'étude a été descriptive en déterminant la fréquence du baby blues. Puis elle a été comparative en évaluant les facteurs pouvant influencer la venue du baby blues.

L'étude a été réalisée dans deux CHU à Marseille : l'hôpital Nord et l'hôpital de la Conception. Elle a débuté en juin 2020 ; elle s'est terminée en décembre 2020

3. Population étudiée

La population étudiée a été des accouchées hospitalisées dans un service de suites de couches. Au total cent cinq sujets ont été sélectionnés à l'aide d'un échantillon de convenance.

Les critères d'inclusion de cette population ont été les accouchées à partir du deuxième jour du post-partum au jour de sortie de la maternité, les accouchées majeures et francophones, les accouchées dont le nouveau-né est en maternité.

Les critères de non-inclusion de la population étudiée ont été les femmes n'ayant pas accouché, les accouchées du jour, les accouchées d'un jour, les accouchées sortantes de la maternité. Les accouchées de grossesses multiples, de mort fœtale in utero (MFIU), d'interruption médicale de grossesse (IMG) et les mères dont le nouveau-né est en néonatalogie n'ont pas participé à cette étude. Les patientes non-francophones, mineures, ou ne désirant pas participer n'ont pas été incluses à l'étude.

Le critère d'exclusion a été les accouchées n'ayant pas entièrement répondu au second questionnaire afin d'éviter les biais lors du calcul de la fréquence du baby blues (Annexe 2).

4. Variables mesurées

Le premier questionnaire permettant le recueil des données détermine quelles variables favorisant l'état de baby blues sont les plus présentes chez les accouchées à Marseille (Annexe 1). Il a été constitué avec des variables quantitatives telles que l'âge en années, la parité ainsi qu'avec des variables qualitatives.

Les accouchées ont été interrogées sur leur profession à l'aide de la nomenclature des professions et des catégories socio-professionnelles de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), sur leur état marital, sur la présence d'antécédents de dépressions et si cet antécédent a été traité, sur la présence et le type d'addictions. Elles ont aussi été questionnées sur leurs antécédents obstétricaux de fausses couches (FC), d'IVG, d'IMG ou de MFIU (14). Des questions concernant leurs grossesses de 2019-2020 ont été posées sur la découverte de la grossesse, sur leurs hospitalisations durant la grossesse, sur la participation aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). De plus, des informations leurs ont été demandées sur le mode d'accouchement, l'instrumentalisation de l'accouchement, l'urgence de la césarienne, la présence de points de suture, le sexe et le type d'alimentation du nouveau-né.

Puis la variable étudiée a été le baby blues à l'aide du « Maternity Blues Questionnaire » de H.Kennerley et de D.Gath (Annexe 2). Ce questionnaire a permis de dépister la présence de baby blues chez les accouchées et donc la fréquence du baby blues dans les CHU marseillais (15,16).

5. Recueil de données

Les questionnaires ont été distribués et récupérés ensemble en chambre le même jour par la même personne. Afin de garder l'anonymat des sujets, ils ont été numérotés pour être identifiables au cours du traitement des données. Le premier questionnaire a été testé sur cinq accouchées. Le second questionnaire a été validé par la communauté scientifique et traduit en français (15) (Annexe 1, Annexe 2).

Deux difficultés ont été présentes lors de leur distribution. La première difficulté a été l'interdiction d'accéder aux maternités jusqu'au mois de juin à la suite des règles sanitaires retardant ainsi la distribution de ces derniers. La seconde difficulté a été un nombre important de questionnaires incomplètement remplis ne pouvant donc pas être intégrés à l'étude.

Afin d'avoir un échantillon représentatif de la population, il a été décidé de ne pas exclure les questionnaires dont la deuxième partie du « Maternity Blues Questionnaire » a été incomplètement ou non remplie. Cette seconde colonne n'a donc pas été prise en compte lors du calcul du score du baby blues. En effet, selon l'article de H.Kennerley et de D.Gath le score du baby blues peut être évalué en calculant seulement la moyenne des scores de la première colonne. « Le choix se fait suivant le but et la commodité de passation pour une population donnée. » (12).

6. Analyse des résultats

Lors du recueil des données du premier questionnaire, les variables qualitatives ont été codées de manière binaires (0,1) et non binaires (0,1,2,3). Les données du premier et deuxième questionnaire ont été associées.

Le traitement des résultats a tout d'abord concerné le deuxième questionnaire, le « Maternity Blues Questionnaire » afin d'évaluer de la fréquence du baby blues. Chaque item de la première colonne a été coté en pourcentage selon l'échelle de H.Kennerley et D.Gath ; puis la moyenne des pourcentages de la première colonne a été calculée au centième près (15). Ainsi les accouchées ayant pour cotation un pourcentage supérieur à la moyenne des pourcentages ont eu un baby blues.

Ensuite, les résultats du « Maternity Blues Questionnaire » ont été associés aux données recueillies par le premier questionnaire. Cela a permis d'évaluer l'influence de certaines variables sur la présence du baby blues. Le traitement des données a été calculé à l'aide du test de Student pour les variables quantitatives, ainsi que du test du Chi2 pour les variables qualitatives. Le test exact de Fisher a été utilisé sur les faibles effectifs. Le seuil de significativité choisi pour l'interprétation des résultats a été fixé à un risque α à 5 % ($p < 0,05$).

III. RESULTATS

1. Présentation des caractéristiques de la population

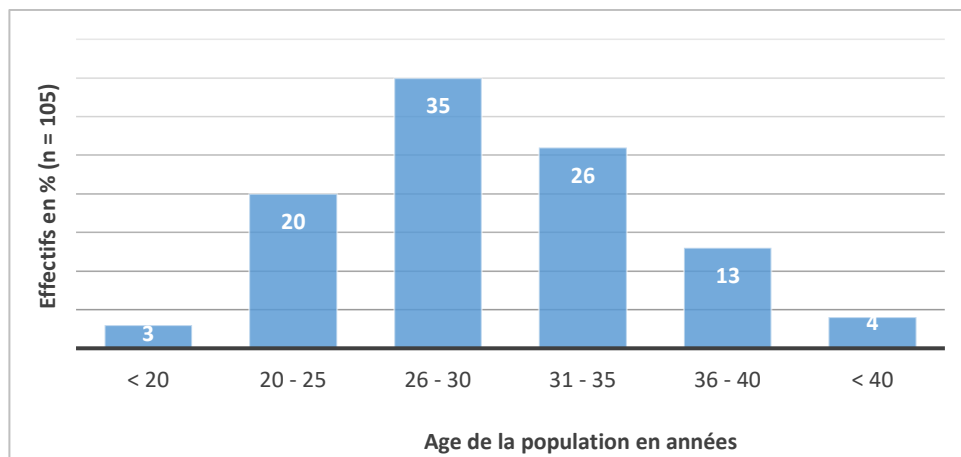


Figure 1 : Répartition de la population par tranche d'âge.

Tableau 1 : Les caractéristiques de la population.

Caractéristiques	Effectifs (n = 105)	Pourcentages (%) arrondis au dixième près
Femmes sans activité professionnelle	53	50,5
Femmes célibataires	18	17,1
Femmes sans entourage	7	6,7
Antécédents de dépression	26	24,8
Antécédents de dépression traitée	23	21,9
Femmes primipares	20	19
Grossesses antérieures non abouties	51	48,6
Grossesses imprévues	41	39
Grossesses issues de PMA ¹	1	1
Présence d'addictions	21	20
Participation aux cours de PNP	35	33,3

Hospitalisation pendant la grossesse	23	21,9
Césarienne	34	32,4
Césarienne en urgence	18	17,1
Voie basse instrumentale	11	10,5
Périnée suturé	45	42,9
Nouveau-né masculin	59	56,2
Allaitement maternel	32	30,5
¹ Procréation médicalement assistée (PMA)		

2. La prévalence du baby blues

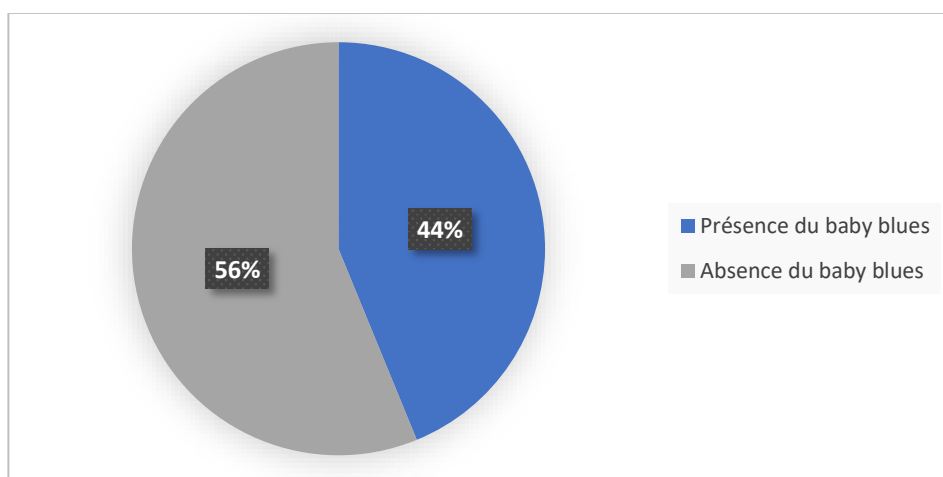


Figure 2 : La fréquence du baby blues dans les CHU marseillais.

3. Les facteurs associés au baby blues

Tableau 2 : Comparaison entre la présence ou l'absence de baby blues sur le facteur âge auprès des accouchées des CHU marseillais.

Facteurs	Présence du baby blues (n = 44)	Absence du baby blues (n = 57)	Différence des moyennes	P
	Moyennes			
Age	29,659	30,263	0,604	0,621

Tableau 3 : Les caractéristiques de la population selon la présence ou l'absence de baby blues.

Variables		Présence du baby blues en % (n = 46)	Absence du baby blues en % (n =57)	P
Activité professionnelle	OUI	52,17	43,86	0,292
	NON	45,65	56,14	
Antécédents de dépression	OUI	28,26	22,81	0,463
	NON	71,74	80,71	
Antécédents de dépression traitée	OUI	26,09	19,30	0,539
	NON	2,17	3,51	
Découverte de la grossesse	SURPRISE	50	31,58	0,025*
	ATTENDUE	45,65	71,93	
	PMA	2,17	0	
	SANS REPONSE	2,17	0	
Périnée suturé	OUI	47,83	40,35	0,032*
	NON	13,04	35,09	
Nouveau-né masculin	OUI	69,57	47,37	0,012*
	NON	28,26	54,39	
Allaitement maternel	OUI	43,48	57,89	0,503
	NON	30,43	29,82	

* p<0,05

Le statut marital, la présence ou l'absence d'entourage n'ont pas été des facteurs de risque de baby blues. Le baby blues n'a pas été en lien avec la prise de substances addictogènes durant la grossesse.

Les variables obstétricales telles que la parité, les antécédents de grossesses inabouties, la participation aux cours de PNP, l'hospitalisation durant la grossesse et le mode d'accouchement n'ont eu aucune influence sur la présence de baby blues chez les accouchées.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION

1. Limites de l'étude

La limite de cette étude est son faible effectif (n = 105). Cela a été en partie la cause des restrictions sanitaires en limitant l'accès aux CHU et en augmentant les départs précoces de la maternité. De plus, une partie de la population a présenté une certaine méfiance malgré les informations données lors de la distribution des questionnaires. En effet, ces questionnaires ont pu être perçus comme une enquête sociale évaluant les compétences maternelles ; résultant le fait que de nombreux questionnaires ont été incomplètement ou non remplis.

Enfin, les questionnaires étant distribués en suites de couches, certaines accouchées ont pu être influencées par la présence de leur conjoint.

2. Biais de l'étude

Le premier biais observé est un biais de sélection. En effet, le recrutement de la population s'est fait sur la base du volontariat excluant les accouchées ne souhaitant pas répondre. Pourtant ces accouchées étaient peut-être en difficultés ou trop stressées pour accorder du temps à ces questionnaires. De même les personnes non francophones n'ont pu être incluses à l'étude pour des raisons de compréhension.

3. Analyse des résultats

L'âge moyen de la population étudiée était de 30 ans (min = 18 ans ; max = 45 ans (Figure 2)). La moitié des accouchées interrogées étaient lors de l'étude sans activité professionnelle (50,5 %), presque un quart d'entre elles (17,3 %) étaient célibataire. Pour environ un tiers des accouchées (39 %) leurs grossesses n'ont pas été désirées et presque la moitié des femmes (48,6 %) ont déjà eu une grossesse inaboutie (FC, IVG, IMG, ...) (Tableau 1).

En cotant les scores de la première colonne du « Maternity Blues Questionnaire », la moyenne des pourcentages a été de 28,19 %. Sur cent cinq femmes interrogées, quarante-six d'entre elles ont eu un score supérieur à cette moyenne. Cela signifie que 44 % (arrondi à l'unité) des accouchées ont présenté un baby blues lors de la distribution des questionnaires en 2020 dans les CHU marseillais (Figure 1).

Tout d'abord deux catégories ont été formées : les mères présentant un baby blues (n = 44) et les mères ne présentant pas de baby blues (n = 57). La comparaison des résultats de ces deux groupes (présence et absence de baby blues) par rapport aux différentes variables recrutées dans le premier questionnaire permet d'identifier un lien significatif entre le fait d'avoir un enfant de sexe masculin et le risque d'avoir un baby blues ($p = 0,012$) (Annexe 1). De même, un lien significatif existe entre le fait d'avoir une grossesse surprise (imprévue) et le fait de présenter un baby blues ($p = 0,025$). En effet, les mères ayant eu des points de suture au niveau du périnée présentent plus fréquemment un baby blues ($p = 0,032$) (Tableau 3).

Par ailleurs, les variables telles que l'âge, l'activité professionnelle, le couple, l'entourage et l'antécédent ou non de dépression, n'ont pas de lien avec la présence du baby blues. C'est également le cas pour les variables telles que la participation aux cours de PNP, la parité, le mode d'accouchement et l'alimentation du nouveau-né, elles n'ont pas de lien significatif avec l'apparition du baby blues (Tableau 2, Tableau 3).

4. Discussion

L'objectif de cette étude a été d'évaluer la prévalence du baby blues dans les CHU marseillais et de déterminer les facteurs pouvant être associés à la survenue du baby blues durant leur séjour en post-partum.

Les résultats de l'étude démontrent que le baby blues est présent chez presque la moitié des accouchées (44 %). Ce résultat est en accord avec les résultats trouvés dans la littérature (6,7,17,18).

Dans les CHU marseillais, le fait d'avoir une grossesse imprévue qualifiée de « surprise » dans le questionnaire est lié significativement à la survenue du baby blues. Cela a été démontré dans une étude menée par Nimbalkar et al. en 2012 (19).

En revanche, une grossesse débutée par PMA n'est pas un facteur de risque de baby blues. Ce résultat est en accord avec d'anciennes études menées par Kennerley et Gath, d'Hapgood et al. (5). Cependant, une étude plus récente datant de 2005 a prouvé qu'il existait bien un lien significatif entre la PMA et le baby blues (5). Cette différence de résultats peut se justifier du fait que dans les anciennes études et dans celle-ci, les effectifs de patientes ayant bénéficiées de la PMA est faible. En effet, seulement 1 % (arrondi au dixième près) des accouchées dans les CHU marseillais ont eu recours à la PMA (Tableau 1).

L'étude menée à Marseille prouve qu'il existe un lien significatif entre la présence de points de suture au niveau du périnée et le baby blues. Aucun travail à notre connaissance n'a mis en relation ces deux variables. Cependant, deux études ont démontré qu'il existait un lien significatif entre l'estime de soi face au rôle de mère et le baby blues. Ces études ont évalué l'estime de soi maternel par des items tels que l'habileté pour les soins du nourrisson, l'habileté générale pour le rôle de mère, l'accueil du nourrisson, les relations attendues avec le nourrisson, les sentiments liés à la grossesse et à l'accouchement (5,20). Ainsi, il peut être supposé que les sutures périnéales puissent créer à l'accouchée une douleur, une gêne ou même une déception liée à l'accouchement. Ces répercussions peuvent donc entraîner une altération de l'estime de soi maternel en corrélation avec le résultat significatif trouvé dans l'étude de Séjourné et al.(20).

Cette étude affirme que la naissance d'un enfant de sexe masculin est un facteur de risque de baby blues. Cela est en corrélation avec une étude menée en 2019 constatant que le risque de dépression du post-partum augmentait de 71 à 79 % lorsqu'il y avait naissance d'un nouveau-né de sexe masculin. En effet, l'étude citée n'a pas évalué l'impact du sexe du nouveau-né sur le baby blues mais elle l'a plutôt évalué sur la dépression du post-partum. Cependant c'est la seule étude trouvée comparant le sexe de l'enfant à un trouble du post-partum (21).

Les autres variables obstétricales telles que les grossesses antérieures inabouties, la participation aux cours de PNP, l'hospitalisation pendant la grossesse, l'accouchement voie basse qu'il soit instrumental ou non, l'urgence d'une césarienne ne sont pas liées au baby blues. Ces résultats sont en corrélation avec de récentes études menées en 2008 et 2019 (20,22). De même, la variable parité n'est pas un facteur favorisant le baby blues. Cette donnée est en accord avec les travaux de M'Baïlara et al. et Ferreri et al. (5,23). Il est à noter que les variables IMG, IVG, MFIU et hospitalisation pendant la grossesse n'ont pas été prises en compte dans les précédentes études. Cependant les scientifiques M'Baïlara et al. ont prouvé l'absence de significativité entre le fait d'avoir eu un antécédent de fausse couche et un baby blues (5).

Les résultats de cette étude montrent que les variables telles que l'âge et l'activité professionnelle n'ont pas de liens significatifs avec la survenue du baby blues. Ces résultats sont en corrélation avec les précédentes études de M'Baïlara et al., de Kaźmierczak et al., de Roux et Wendland (5,22,24).

Il n'existe pas de significativité entre être en couple ou célibataire et le baby blues. Ce résultat est cohérent avec l'étude de M'Baïlara et al. concernant le baby blues (5). De plus, une étude menée en Norvège trouve une absence de significativité entre le statut marital et la dépression du post-partum (25).

De plus, l'étude met en évidence le fait qu'il n'existe pas de significativité entre la présence d'un entourage auprès de l'accouchée et le risque de développer un baby blues. Cette donnée est cohérente avec les études de M'Baïlara et al., de Chung et al. (5,26).

Les addictions à l'alcool, au tabac, à la drogue n'ont pas d'incidence sur le fait de présenter un baby blues. En revanche aucune étude à notre connaissance n'a évalué l'influence de la variable addiction sur le baby blues.

Dans l'étude menée aux CHU à Marseille, il n'existe pas de liens significatifs entre les antécédents dépressifs et le baby blues. L'étude de M'Baïlara et al. confirme

n'avoir trouvé aucun lien entre la présence d'antécédents de troubles dépressifs personnels et le baby blues. Dans ces deux études les effectifs d'antécédents dépressifs sont respectivement de 24,8 % et 50 %. Cependant, d'autres travaux ont démontré des résultats contraires (27,28). Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour étayer cette situation.

L'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel n'est pas un facteur de risque de développer un baby blues dans l'étude menée à Marseille. Les études de Ferreri, Berle et al. prouvent qu'il n'existe effectivement pas de lien entre l'alimentation du nouveau-né et le baby blues (25,28).

Un des points forts de cette étude est tout d'abord d'avoir pu évaluer la fréquence du baby blues à Marseille car avant personne ne l'avait fait à notre connaissance. L'autre point fort de ce travail est le fait d'avoir identifié des facteurs de risque de baby blues cohérents avec les travaux trouvés dans la littérature.

V. CONCLUSION DE L'ETUDE

Cette étude a rendu possible l'évaluation de la fréquence du baby blues qui est de 44 % dans les CHU marseillais.

Les résultats ont permis de définir des facteurs associés au baby blues les plus présents dans les CHU marseillais. Tout d'abord, le fait d'avoir une grossesse imprévue est un facteur favorisant de baby blues. Puis, l'accouchement d'un enfant de sexe masculin a une incidence sur le développement du baby blues. Enfin, cette étude met en avant l'importance des sutures périnéales lors de l'accouchement sur le fait de développer un baby blues. Peu de travaux se sont intéressés à ce facteur en période de post-partum et aucun d'après nos recherches ne l'a mis en lien avec le baby blues. Cependant, ce résultat semble cohérent avec d'anciennes études prouvant que l'estime de soi maternel peut exposer les accouchées au baby blues (20).

Au vu de cette prévalence, les données de cette étude ont permis d'améliorer et de perfectionner les connaissances sur le baby blues dans les CHU marseillais. Cela permet aux professionnels de santé d'effectuer de la prévention, du dépistage et de l'accompagnement auprès des accouchées durant la période du post-partum. En effet, il est important de sensibiliser les professionnels de santé sur ces facteurs de risque afin de pouvoir mieux prendre en charge les accouchées les plus à risque de développer un baby blues.

La Haute Autorité de Santé recommande depuis 2014 un entretien post-natal précoce (EPNP) entre le huitième et quinzième jour après l'accouchement (29). C'est un entretien complémentaire aux premières visites à domicile. A la suite des travaux de Tari et Riquet, le Conseil National de l'ordre des Sages-femmes a proposé en 2020 de généraliser l'EPNP afin de mieux prévenir et dépister une dépression du post-partum qui pourrait être la suite d'un baby blues sévère prolongé au-delà de deux semaines (30–33). Il serait donc intéressant de généraliser l'EPNP et de le proposer dès le cinquième jour du post-partum voire plus tôt car les sorties étant de plus en plus précoces le baby blues peut se développer à domicile (32). De plus, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français recommande la rencontre clinique et non pas l'utilisation d'échelles (exemple : l'Edinburgh Postnatal Depression) en systématique pour accompagner l'émotionnel dans le post-partum (34).

Il serait aussi intéressant d'évaluer la prévalence du baby blues auprès des pères et d'identifier les facteurs associés au baby blues paternel.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Stoléus S, In Houzel et coll. Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. In: Presses universitaires de France. Paris; 2000. p. 492.
2. Kanazawa K, Sakumoto H, Masamoto, K. Post-partum maternity « blues » as a reflection of newborn nursing care in Japan - ScienceDirect. Int J Gynecol Obstet. juill 2002;78(1):25-30.
3. Flis-Trèves M. Liste des 100 mots de la maternité. 26 mai 2014;7-127.
4. Fernandes C. Baby-blues et dépression post-natale: évaluation des connaissances des femmes: quelle information ont-elle reçue? [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2012.
5. M'Baïlara K, Swendsen J, Glatigny-Dallay E, Dallay D, Roux D, Sutter AL, et al. Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psychosociales. L'Encéphale. 1 juin 2005;31(3):331-6.
6. Réseau de Santé Périnatale Parisien. La dépression post-natale [Internet]. RSPP. 2020 [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.rspp.fr/accompagnement-psychologique/la-depression-post-natale>
7. Bales M. Difficultés psychologiques périnatales : facteurs de risque et développement d'un modèle multifactoriel en population générale. Résultats de l'Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE) [Psychologie]. Bordeaux; 2015.
8. Salomé M. Retour précoce à domicile après l'accouchement: étude prospective à la maternité Port-Royal. [Paris]: Université Paris Descartes; 2014.
9. Réseau de santé périnatale Parisien. Recommandations Baby blues. 9 janv 2017; Disponible sur: <http://www.rspp.fr/accompagnement-psychologique/la-depression-post-natale>
10. Kehila M, Magdoud K, Touhami O, Abouda HS, Jeridi S, Marzouk SB, et al. Sortie précoce en post-partum: résultats et facteurs de risque de réhospitalization. Pan Afr Med J. 1 juill 2016;24.
11. Chardeau P. Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2000;29:52-6.

12. CASSF, Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010.
13. Pawlotsky CP. En France, 80% des naissances ont lieu dans seulement 200 communes [Internet]. Leparisien. 2017 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/en-france-80-des-naissances-ont-lieu-dans-seulement-200-communes-30-08-2017-7222818.php>
14. INSEE. Professions et catégories socio-professionnelles [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2003 [cité 30 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgrgee/2?champRecherche=true>
15. Glangeaud-Freudenthal M-C, Sutter A-L, Guillaumont C, Bourgeois M. Questionnaire du blues du post-partum: version française du « Maternity Blues » de H.Kennerley et D.Gath. *Ann Méd-Psychol*. 23 janv 1995;153(5):337-41.
16. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. sept 1989;155:356-62.
17. Maïnella E, Séjourné N, Chabrol H. Étude du lien entre le niveau de connaissances des mères sur le baby-blues et l'intensité de sa symptomatologie. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 oct 2007;17(3):120-4.
18. Dizengremel S, Coubret A, Fagnère C, Desmoulière A. Enjeux de la prise en charge des troubles dépressifs en période périnatale. *Actual Pharm*. 1 nov 2020;59(600):28-33.
19. Nimbalkar SM, Nimbalkar AS, Patel H, Chaudhary NS, Gadhavi KV, Ganjiwale JD, et al. 1685 Mood Disorders in Postpartum Period at a Rural Teaching Hospital in Western India. *Arch Dis Child*. 1 oct 2012;97(Suppl 2):A476-7.
20. Séjourné N, Denis A, Theux G, Chabrol H. Influence de certaines variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby blues. *L'Encéphale*. 1 avr 2008;34(2):179-82.
21. Myers S, Johns SE. Male infants and birth complications are associated with increased incidence of postnatal depression. *Soc Sci Med*. 1 janv 2019;220:56-64.

22. Roux M, Wendland J. Blues du post-partum : prévalence et facteurs associés parmi des francophones primipares et représentations chez des sages-femmes. *Périnatalité*. 1 avr 2019;11(1):32-41.
23. Ferreri F, Agbokou C, Nuss P, Peretti C-S. Clinique des états dépressifs. *EMC Psychiatr*. 2006;1-19.
24. Kaźmierczak M, Gebuza G, Banaszkiwicz M, Mieczkowska E, Gierszewska M. Mood disorders after childbirth. *Pol Ann Med*. 1 août 2017;24(2):111-6.
25. Berle JØ, Aarre TF, Mykletun A, Dahl AA, Holsten F. Screening for postnatal depression: Validation of the Norwegian version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale, and assessment of risk factors for postnatal depression. *J Affect Disord*. 1 sept 2003;76(1):151-6.
26. Chung SS, Yoo IY, Joung KH. Post-partum blues among Korean mothers: A structural equation modelling approach. *Int J Ment Health Nurs*. 2013;22(4):359-67.
27. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1 sept 1991;48(9):801-6.
28. Ferreri M, Heim A, Nuss P, Heim N, Philippe H-J. Troubles psychiatriques du post-partum. *Em-Prem*.
29. Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né. mars 2014;14.
30. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. 2020 : 20 Propositions pour la santé des femmes. juill 2020;10.
31. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Propositions du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. sept 2020;8.
32. Tari C, Riquet S. L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 1 déc 2016;8(2):1-10.

33. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1152-6.
34. Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1157-66.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de recueil

Projet de fin d'étude scolaire

Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle GERLONE Andréa, je suis étudiante sage-femme en 4^{ème} année.

Je mène une enquête dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Cette enquête a pour objectif d'améliorer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés à la maternité avant leurs retours au domicile.

Une réponse de votre part à ce questionnaire permettra d'apporter plus d'informations et de précisions à cette étude. Votre réponse donnera à cette enquête une plus grande crédibilité auprès de la communauté scientifique et des professionnels de santé dans le but de pouvoir améliorer votre prise en charge ou la prise en charge de vos futurs enfants ou petits-enfants dans les années à venir.

Les réponses à ce questionnaire sont anonymes et sont à remplir en 30 minutes. Il sera récupéré par moi-même dans votre chambre au bout de ces 30 minutes. Le questionnaire comporte 43 questions.

Si vous souhaitez connaître les résultats de cette étude, veuillez envoyer un e-mail à l'adresse suivante : andrea.gerlone@etu.univ-amu.fr . Les résultats de l'enquête vous seront dévoilés en juin 2021 (fin de l'étude).

Je vous remercie infiniment de votre implication.

Cordialement.

GERLONE Andréa.

1) Quel âge avez-vous ?

.....

Veillez cocher la ou les cases suivantes :

2) Etes-vous : (Une seule réponse possible)

- Agricultrice exploitante
- Artisan, commerçant, chefs d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employée
- Etudiante
- Ouvrière
- Profession intermédiaire
- Sans profession

3) Etes-vous :

- Célibataire
- En concubinage
- Mariée
- Pacsée

4) Etes-vous entourée (famille, amis sur qui vous pouvez compter) ?

- Oui
- Non

5) Avez-vous déjà fait une dépression ?

- Oui
- Non

Si oui, vous avez été traitée par : (plusieurs réponses possibles)

- Soutien et/ou accompagnement psychologique (psychologue, thérapie, etc.)
- Traitements médicamenteux
- Autres : (veuillez préciser)

6) Consommez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- Tabac
- Alcool
- Drogues
- Cannabis
- Aucune des réponses proposées

Concernant vos antécédents :

7) Combien d'enfants avez-vous ?

.....

8) Avez-vous déjà eu : (plusieurs réponses possibles)

- 1 Une fausse couche
- 2 Une interruption volontaire de grossesse (IVG)
- 3 Une interruption médicale de grossesse (IMG)
- 4 Une mort fœtale in utero (MFIU)
- 5 Aucune des réponses proposées

Concernant votre grossesse de l'année 2019-2020 :

9) Cette grossesse a été : (une seule réponse possible)

- Découverte par surprise
- Attendue, désirée
- À la suite d'une aide médicale à la procréation (AMP)

10) Avez-vous été hospitalisée durant cette grossesse ?

- Oui
- Non

11) Avez-vous fait des cours de préparation à la naissance et à la parentalité pour cette grossesse ?

- Oui
- Non

12) Votre enfant est né par voie vaginale, voie naturelle ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez répondre aux questions a et b. Si non, veuillez passer directement à la question 13.

a) Sa naissance a nécessité l'aide d'instruments (ventouse, spatules, forceps, ...) ?

- Oui
- Non

b) Avez-vous eu des points de suture ?

- Oui
- Non

13) Votre enfant est né par une césarienne ?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez répondre à la question c. Si non veuillez passer directement à la question 14.

c) Sa naissance était :

- Programmée : la décision de faire une césarienne s'est faite durant la grossesse
- Imprévue, urgente : la décision de faire une césarienne s'est faite lors de votre arrivée à la maternité ou bien après votre arrivée à la maternité

14) Votre enfant est :

- Une fille
- Un garçon

15) Votre enfant est nourri :

- Au sein
- Au biberon
- Les deux (sein et biberon)

MERCI de votre participation.

N'oubliez pas de remplir à présent le questionnaire suivant « *Maternity blues questionnaire* ».

Annexe 2 : « Maternity blues questionnaire » de H.Kennerley et de D.Gath

Version française de M.-C. GLANGEAUD, A.-L. SUTTER, C. GUILLAUMONT

Voici une liste d'expressions employées par les femmes qui viennent d'accoucher pour décrire ce qu'elles ressentent. Indiquez le plus spontanément possible pour chaque expression :

1) à gauche : comment vous sentez-vous aujourd'hui, en cochant la case oui ou la case non.

2) à droite : dans quelle mesure ce que vous ressentez aujourd'hui est différent de votre état habituel, en cochant une des cinq cases.

1) Aujourd'hui			2) Par rapport à votre état habituel		Beaucoup moins que d'habitude	Un peu moins que d'habitude	Sans changement	Un peu plus que d'habitude	Beaucoup plus que d'habitude
1 Envie de pleurer.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Envie de pleurer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Tendue.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Tendue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Capable de me concentrer	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Capable de me concentrer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Cafardeuse.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Cafardeuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Pleine de joie.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pleine de joie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Désespérée.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Désespérée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Difficultés à montrer ce que je ressens.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Difficultés à montrer ce que je ressens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Pleine d'énergie.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pleine d'énergie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Distracte, confuse.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Distracte, confuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Anxieuse.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Anxieuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Envie d'être seule.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Envie d'être seule.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Détendue dans ma tête....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Détendue dans ma tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Rumine sur des choses...	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Rumine sur des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 Apitoyée sur mon sort.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Apitoyée sur mon sort...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Sans sentiments.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Sans sentiments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 Déprimée.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Déprimée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 Trop émotive.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Trop émotive.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 Heureuse.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Heureuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 Confiante.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Confiante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 D'état d'esprit changeant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	D'état d'esprit changeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21 Fatiguée.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Fatiguée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22 Irritable.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Irritable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23 Pleure sans pouvoir s'arrêter.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pleure sans pouvoir s'arrêter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 Pleine d'entrain.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Pleine d'entrain.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25 Trop sensible.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Trop sensible.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26 Humeur avec des hauts et des bas.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Humeur avec des hauts et des bas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27 Agitée.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Agitée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28 Calme, tranquille.....	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Calme, tranquille.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VIII. GLOSSAIRE

CHU : centre hospitalier universitaire

EPNP : entretien post-natal précoce

FC : fausse couche

IMG : interruption médicale de grossesse

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IVG : interruption volontaire de grossesse

MFIU : mort fœtale in utéro

PMA : Procréation médicalement assistée

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

IX. RESUME

BABY BLUES : Enquête auprès des accouchées des CHU marseillais.

Introduction : dans les jours qui suivent l'accouchement, jusqu'à 80 % des femmes sont susceptibles de présenter un syndrome dysphorique du post-partum, appelé communément le baby blues.

Objectifs : les objectifs de cette étude sont d'évaluer la prévalence du baby blues chez les accouchées des CHU marseillais et d'identifier les facteurs associés au baby blues les plus présents chez ces mères.

Matériels et méthode : 105 femmes ont été questionnées à partir de deux jours après leur accouchement. Deux questionnaires ont été distribués, un premier anamnestique et un second qui est le « Maternity Blues Questionary » de Kennerley et Gath.

Résultats : 44% des mères interrogées ont présenté un baby blues. Les tests de Student, du Chi² et le test exact de Fisher ont permis de mettre en évidence des facteurs significatifs du baby blues tel que le fait d'avoir eu une grossesse imprévue ($p = 0,025$), la présence de sutures périnéales ($p = 0,032$) et l'accouchement d'un nouveau-né de sexe masculin ($p = 0,012$).

Conclusion : Au vu de sa prévalence, la prise en compte de facteurs favorisant le baby blues paraît important afin de mieux prévenir, dépister et accompagner les accouchées.

Mots-clés : baby blues, post-partum, fréquence, facteurs de risque.

ABSTRACT

BABY BLUES : Survey of women giving birth in University Hospital in Marseille.

Introduction : in the days following the childbirth, until 80 % of women can present a dysphoric postpartum syndrome named the baby blues.

Objectives : the main target of this study is to evaluate the frequency of baby blues for the women giving birth in the University Hospital Center in Marseille and to point out the baby blues associated factors which are the most common for mothers.

Materials and methods : 105 women have been questioned from the second day after the delivery. Two questionnaires have been distributed, the former anamnestic and the latter which is the « Maternity Blues Questionnaire » of Kennerley et Gath.

Results : 44% of mothers interrogated have presented a baby blues. The Student and chi2 test and the exact test from Fisher, have pointed out significant factors of baby blues such as the fact to have a unexpected pregnancy ($p = 0,025$), perineal sutures ($p = 0,032$) and the delivery of a masculine sex newborn ($p = 0,012$).

Conclusion : due to the frequency, the fact to take into account the factors promoting the baby blues seem important in order to prevent better, identify and support the mothers.

Key words : baby blues, post-partum, frequency, risk factors.