



Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde

Marine Vergnaud

► To cite this version:

Marine Vergnaud. Le dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley : une étude qualitative auprès de médecins généralistes en Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01970259

HAL Id: dumas-01970259

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01970259>

Submitted on 4 Jan 2019

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.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2018

N°192

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Par Marine VERGNAUD

Née le 7 Novembre 1988 à Montmorillon

Le 26 Novembre 2018

**Le dépistage de la dépression du post-partum par les
questions de Whooley : une étude qualitative auprès de
médecins généralistes en Gironde**

Directeur de thèse

Madame le Docteur Anne-Laure SUTTER-DALLAY

Rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Jury

Monsieur le Professeur Cédric GALERA

Président

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Juge

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Juge

Madame le Docteur Shérazade KINOANI

Juge

REMERCIEMENTS

Au président du Jury, **Monsieur le Professeur Cédric Galéra**, Professeur de Pédopsychiatrie, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A ma directrice de thèse, **Madame le Docteur Anne-Laure Sutter-Dallay**, Docteur en Psychiatrie et responsable du réseau de psychiatrie périnatale, je vous remercie de m'avoir aiguillée tout au long de ce travail et pour votre disponibilité, même à l'étranger. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir le service que vous dirigez et de m'avoir transmis votre intérêt pour la psychiatrie périnatale.

Au rapporteur de thèse, **Monsieur le Professeur Jean-Philippe Joseph**, Professeur et directeur du Département de Médecine Générale, je vous remercie d'avoir accepté cette lourde tâche malgré votre emploi du temps chargé. Je vous remercie également pour vos encouragements lors de la présentation de mon Portfolio, c'était un honneur pour clore ce DES.

A **Madame le Professeur Marie Tournier**, Professeur de Psychiatrie, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Vos cours durant l'externat me sont restés en mémoire, vous savez transmettre avec chaleur votre intérêt pour cette discipline.

A **Monsieur le Docteur Baptiste Luacès**, Maître de conférences associé au Département de Médecine Générale, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, j'espère que ce travail vous satisfera.

A **Madame le Docteur Shérazade Kinouani**, Chef de clinique au Département de Médecine Générale, je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, ainsi que pour ton soutien et tes conseils méthodologiques qui ont enrichi ce travail en rigueur et en pertinence.

A **Madame le Docteur Mélanie Afonso**, Chef de clinique au département de médecine générale, vous avez accepté de contribuer à l'analyse de ce travail renforçant sa validité alors que vous étiez en mission au Gabon, vous m'avez prodigué de précieux conseils dès sa genèse, pour tout cela je vous remercie.

A **Madame Eloïse Huot**, Titulaire d'un Master en Sciences du Langage de l'Université de Bordeaux et Professeur de Lettres modernes, ma très chère amie, je te remercie pour ta contribution appliquée à l'analyse de l'ensemble de ces entretiens, ton expertise en linguistique et ta vision hors du champs médical étaient précieuses. Ma Lolo, c'est ici pour moi l'occasion de rendre hommage à nos 26 années d'amitié fraternelle et de te souhaiter, de vous souhaiter avec Sylvain et votre bébé, tout le bonheur du monde ! Je remercie également ta famille, Véro, Jean-Pi et Deb, ils ont fait germer des graines d'utopie dans ma conscience d'enfant, leur engagement pour leurs convictions et leur goût des belles choses que tu partages avec eux sont une inspiration.

Aux 16 médecins qui ont accepté de participer à l'étude, je vous remercie de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A mes maîtres de stage, d'abord les **Docteurs Claire Botté-Boulanger et Rodolphe Struk**, puis les **Docteurs Jeanne Arrivé, Sachendra Siraz et Albert Mautras**, je vous remercie pour vos encouragements qui m'ont confortée dans mon choix de la médecine générale, d'avoir partagé avec moi votre amour du métier et vos conseils avisés, et je vous remercie également pour tous les moments conviviaux pendant les 6 mois à vos côtés.

A mon fiancé, Alexandre, je te remercie pour l'équipe que tu acceptes de former avec moi, la dream team ! A tous nos projets les plus fous, la rénovation de notre maison, les plus doux, quand on cocoone au fil des saisons, à tout ce qui nous lie, la cuisine, la musique et le bon vin, les aventures et les bouquins, à tout ce qui nous différencie aussi, nous complète, et à tout ce que l'on construit, je souhaite longue vie !

A ma famille,

A ma marraine, ma bonne fée, ma **Mimi**, merci pour ton soutien inconditionnel, tu es la personne la plus attentionnée que je connaisse, j'essaye d'apprendre ça de toi (mieux que le ski, qui n'a pas été une réussite !). Merci d'avoir toujours cru en moi avec Jean-Claude.

A celles dont les souvenirs me réchauffent le cœur, **ma Maman et ma sœur**, que ce travail honore votre mémoire.

A mon Papa, j'ai appris de toi des valeurs humanistes dont je suis fière et pour lesquelles je te suis reconnaissante.

A mon **Pépé Jacques** qui m'a transmis son goût pour l'archéologie, je veillerai toujours sur tes vieilles pierres, à ma **Mamy Suzanne**, pour m'avoir appris à me dépêcher de finir mes devoirs, à tous les deux, pour tous les souvenirs de l'enfance heureuse que je vous dois, merci.

A mon **Papy Jean-Marie**, je te remercie pour ta confiance en moi, pour le pilier que tu constitues, pour ton optimisme à toute épreuve et pour les débats enflammés, à ma **Mamie Jacqueline**, pour l'hôtesse incroyable que tu fais et pour les réserves alimentaires à chaque retour ! A tous les deux, je vous remercie pour toutes les belles vacances que vous m'avez faites passer et de m'avoir transmis cet art d'être bon vivant.

A mes oncles et tantes, **Jean-François et Géraldine, Marie-Odile et Daniel**, je vous remercie pour les virées bretonnes et je rends hommage à vos talents musicaux dont vous avez réussi à vivre !

A mon oncle **Pierre, Anita** et leurs trois enfants, je vous remercie pour vos tablées chaleureuses.

A ma très belle-famille, merci pour votre soutien. **Laurent**, je te remercie de ne pas te prendre au sérieux contrairement à l'œnologie, les repas du dimanche sont toujours une réussite ! **Laurette**, merci d'être celle qui réunit, merci aussi pour les sages conseils et pour les gros pulls en tricot, je suis chanceuse ! Les filles, **Méli**, **Laulau**, **Blu**, merci pour la bonne humeur à chaque fois, les belles découvertes et la fureur de vivre !

A **Pat et Marie**, merci de m'avoir hébergée un mois et d'avoir partagé avec moi le meilleur de la Dordogne !

A mes amis, à ceux rencontrés pendant ces longues études,

A **Lili**, merci d'être toujours de mon côté, merci pour ta confiance, merci pour les virées entre filles, les bonnes adresses gourmandes et les conseils culturels ! Tu es quelqu'un d'exceptionnel, drôle et sensible, ne l'oublie jamais et reviens vite !

Camo, merci pour ta bonne humeur et tes recettes veggies, tes 100 000 volts te feront soulever des montagnes ! **Biniou**, merci pour ton humour et les conseils série, je vous souhaite encore de belles parties de chasse urbaine avec Gwen ! **Sandroux**, merci pour ton apprentissage d'un bonheur pétillant et des petits plaisirs quotidiens, ça n'a pas de prix ! **Ruben**, merci pour ta douceur et ta patience, pour la découverte de la cuisine tahitienne et pour tous les petits souvenirs de là-bas ! Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Simon.

A **Floriane**, merci pour ta générosité même si tu t'en défends, je te souhaite de continuer à explorer les lointains rivages et les plus hauts sommets !

A **Justine**, merci d'avoir rendu ce semestre aux urgences plus léger, je ne pense pas qu'on aurait eu des escarres, mais sait-on jamais ! Merci à toi et Arnaud pour les bonnes soirées et les coups de main inespérés, ne changez rien surtout, vous êtes parfaits !

A **Anaïs et Elodie**, merci pour la trop belle rando et les bons moments ensemble ! Anaïs, j'espère qu'avec Manu vous reviendrez dans les parages, le Périgord vous attend !

A nos amis sans qui le quotidien serait bien moins chouette,

A **Daniel et Mari**, merci pour les belles soirées, les discussions philosophiques, le théâtre et le petit brin de folie, tout ça à la fois, merci d'être là, vous êtes géniaux !

A **Pierre**, merci pour ta générosité, tes attentions aux autres et les supers concerts qu'on a vu ensemble ! Aurélie, garde-le, c'est une perle qui s'ignore !

A **Arbra**, merci de m'avoir tout de suite introduite auprès de tes différentes familles, j'ai été honorée de ta confiance, merci aussi pour ta motivation et ton enthousiasme, rien n'est impossible à un Babar ! Je vous souhaite de toujours rêver avec Calou !

A **Marion**, nos soirées jeux arrosées sont le meilleur remède à la mélancolie, merci !

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
ABREVIATIONS.....	9
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	10
INTRODUCTION	11
I. Définition et épidémiologie de la dépression du post-partum	11
1. Définition.....	11
2. Prévalence	11
3. Cadre nosographique	12
4. Symptomatologie spécifique chez la mère	13
5. Impact sur les interactions mère-enfant.....	13
6. Retentissement sur l'enfant	15
7. Facteurs favorisant de la dépression du post-partum.....	16
8. Diagnostics différentiels	17
9. Conséquences sociétales.....	18
II. Dépistage de la dépression du post-partum	19
1. Les outils de dépistage	19
2. Question de recherche	21
3. Objectifs de l'étude	21
SCHEMA, MATERIEL ET METHODE	22
I. Schéma d'étude.....	22
II. Population	22
1. Population étudiée	22
2. Mode de recrutement et constitution de l'échantillon	23
III. Réalisation des entretiens.....	23
1. Mode de recueil	23
2. Entretiens	23
IV. Analyse des entretiens	24
1. Retranscription du verbatim	24
2. Relecture	25
3. Codage.....	25
4. Triangulation des données	25
V. Confidentialité.....	25
RESULTATS.....	26

I.	Caractéristiques de l'échantillon	26
II.	Pratique de la gynécologie et de la pédiatrie.....	28
1.	Les caractéristiques du médecin	29
1.1.	Les caractéristiques choisies par les patients.....	29
1.2.	Les caractéristiques choisies par le médecin	31
2.	Selon l'organisation du cabinet	33
3.	Selon l'organisation du territoire	34
III.	Motif de consultation dans le post-partum	38
1.	Consultation pour l'enfant	39
2.	Consultation pour la mère.....	39
IV.	Le dépistage de la dépression du post-partum	41
1.	Moment de vigilance	42
2.	Méthode	44
3.	La recherche de signes d'alerte.....	46
4.	Le dépistage ciblé de la dépression du post-partum	50
5.	Les freins au dépistage de la dépression du post-partum	51
5.1.	La sensibilité du médecin à la dépression du post-partum.....	51
5.2.	Les barrières du médecin	52
5.3.	Le fait de ne pas voir la mère en post-partum	55
5.4.	La pathologie elle-même.....	56
5.5.	L'organisation du temps médical	57
6.	Les intérêts du dépistage	58
V.	La dépression du post-partum vue par les médecins	61
1.	Les facteurs favorisants.....	62
2.	Les symptômes	70
2.1.	Chez la mère	70
2.2.	Chez l'enfant.....	73
3.	La prévalence.....	73
4.	Chez l'homme.....	76
5.	La prise en charge de la dépression du post-partum	78
5.1.	Par le médecin généraliste	78
5.2.	Orientation vers un tiers	81
VI.	Les questions de Whooley.....	87
1.	La connaissance de l'outil.....	88
2.	Les freins à leur utilisation.....	89
2.1.	La formulation	89

2.2.	La pratique habituelle	90
2.3.	Le modèle « échelle ».....	91
2.4.	La systématisation.....	92
2.5.	Les limites en tant que test de dépistage.....	93
3.	La faisabilité à les utiliser.....	94
4.	L'intérêt à les utiliser	95
VII.	Test des questions de Whooley	98
1.	Utilisation des questions de Whooley.....	98
2.	Systématisation du dépistage	98
3.	Facilité à employer	99
4.	Acceptabilité par les patientes.....	100
5.	Temps à faire passer.....	101
6.	Efficacité pour dépister de la dépression du post-partum.....	102
7.	Les réponses aux questions de Whooley	103
8.	Réutilisation des questions de Whooley	104
9.	Perspective d'un dépistage systématique.....	104
10.	Alternative au dépistage	106
VIII.	Intérêts à la formation des médecins.....	109
IX.	Prise de position des médecins	112
1.	Rapport à la psychiatrie.....	112
2.	Rapport à la pédiatrie.....	113
3.	Rapport à la médecine générale	113
4.	Rapport à la dépression du post-partum	114
DISCUSSION		116
I.	Résultats principaux	116
1.	Résultats sur les objectifs	116
1.1.	Les pratiques des généralistes concernant le dépistage de la dépression du post-partum.....	116
1.2.	La faisabilité et l'intérêt du dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley.....	118
2.	Thèmes émergents.....	120
II.	Comparaison avec la littérature	121
III.	Forces et limites de l'étude	124
1.	Choix de la méthode.....	124
2.	L'échantillon	124
3.	L'entretien	125

4. L'analyse	125
CONCLUSION	126
REFERENCES	127
ANNEXES.....	131
I. Annexe 1 : Les troubles psychiatriques périnataux au Royaume-Uni en 2014.....	131
II. Annexe 2 : EPDS.....	132
III. Annexe 3 : Guide d'entretien face à face	134
IV. Annexe 4 : Questions de Whooley et résumé destiné aux médecins généralistes.....	136
V. Annexe 5 : Guide d'entretien téléphonique.....	138
VI. Annexe 6 : Utilisation des questions de Whooley.....	139
RESUME	140
ABSTRACT	141
SERMENT D'HIPPOCRATE	142

ABREVIATIONS

AMELI	Assurance Maladie en Ligne
DPP	Dépression du Post-Partum
DU	Diplôme Universitaire
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GP	General Practitioner
HAS	Haute Autorité de Santé
MG	Médecin Généraliste
MSU	Maître de Stage Universitaire
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
QW	Questions de Whooley
UK	United Kingdom

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

Figure 1. La pratique de la gynécologie et de la pédiatrie par le médecin généraliste

Figure 2. Motifs de consultation dans le post-partum

Figure 3. Le dépistage de la dépression du post-partum

Figure 4. La dépression du post-partum : situations à risque, prévalence, signes cliniques et prise en charge

Figure 5. Les questions de Whooley

Figure 6. Positionnement des médecins

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Principales caractéristiques de l'échantillon

Tableau 2. Utilisation des questions de Whooley

INTRODUCTION

I. Définition et épidémiologie de la dépression du post-partum

1. Définition

La dépression du post-partum correspond à un **épisode dépressif caractérisé sans caractéristique psychotique** (1) dont les symptômes apparaissent dans les 4 semaines, selon le DSM-IV-TR (2), ou les 6 semaines, selon la CIM-10 (3), après l'accouchement.

Néanmoins, les experts du champ de la psychiatrie périnatale s'accordent à dire qu'un épisode dépressif caractérisé apparaissant **dans l'année suivant l'accouchement** est considéré comme une dépression du post-partum (1,4).

2. Prévalence

La prévalence de la dépression du post-partum chez la femme est de l'ordre de 10 à 20 % selon les études. Une métaanalyse de 2018 (5) retrouve une **prévalence en France à 18%**.

Parmi les 56 pays de l'étude, ce chiffre varie de 3 % à Singapour à 38 % au Chili, pour une prévalence moyenne globale à 17,7 %. Les nations avec un plus haut taux d'inégalité salariale, de mortalité maternelle, de mortalité infantile, un temps de travail hebdomadaire supérieur à 40 heures chez les femmes en âge de procréer, avaient significativement des taux plus élevés de prévalence de la dépression du post-partum. Les différences méthodologiques entre les études ne participaient pas significativement à faire varier ces résultats.

La dépression du post-partum touche également les hommes, avec une prévalence variant de 1,2 % à 25 % selon les études. Une étude prospective de grande envergure (12 884 pères suivis aux Etats-Unis) datant de 2005 retrouvait une prévalence de 4 % à 8 semaines de la naissance (6).

Il est intéressant de noter que l'un des principaux facteurs de risque de dépression du post-partum chez l'homme est une dépression du post-partum chez la mère et qu'inversement, une dépression du post-partum chez le père rend la mère à risque de dépression (7), soulignant la vulnérabilité des couples à cette période de la vie.

3. Cadre nosographique

La quatrième édition révisée et traduite du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie, le DSM-IV-TR (2), malgré la parution du DSM-5 en 2013, est la classification la plus utilisée en recherche clinique en psychiatrie.

Selon elle, les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé sont :

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une **durée de deux semaines** et avoir représenté un **changement par rapport au fonctionnement antérieur**.

Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

- 1) **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes).
- 2) **Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités** pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 3) **Perte ou gain de poids significatif** en l'absence de régime (ex : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- 4) **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.
- 5) **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- 6) **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours.
- 7) **Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée** (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8) **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) **Pensées de mort récurrentes** (pas seulement la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une **souffrance** cliniquement significative ou une **altération du fonctionnement social, professionnel**, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : La réaction à une perte significative (décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères...) peut inclure des symptômes évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé associé à la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

4. Symptomatologie spécifique chez la mère

Les psychiatres anglosaxons Pitt (8) puis Kumar et Robson (9) ont été les premiers à décrire le tableau « *atypique* » de la dépression du post-partum. En comparaison avec un épisode dépressif en dehors de cette période, la dépression du post-partum se présente comme un épisode d'intensité modérée avec moins d'idéations suicidaires mais plus d'anxiété et de culpabilité.

Des symptômes spécifiques, essentiellement centrés sur l'enfant, ont été décrits chez les mères présentant une dépression du post-partum (4,10):

- Une humeur triste avec un **sentiment de découragement et d'incapacité concernant les fonctions maternelles**, une **perte du plaisir à prodiguer des soins au bébé** ;
- Une labilité de l'humeur ou une humeur irritable ;
- Une grande **anxiété** s'exprimant par des phobies d'impulsion, une crainte de faire du mal au bébé, un évitement du contact avec celui-ci, ou simplement des inquiétudes centrées sur le nourrisson en dehors de tout contexte pathologique réel pouvant amener à consulter souvent ;
- Un fort sentiment de **culpabilité** « j'ai tout pour être heureuse » et la **minimisation** des troubles voire sa dissimulation à l'entourage ;
- Des plaintes somatiques insistantes : un **sentiment d'épuisement**, céphalées, ... ;
- **Un trouble des interactions mère-enfant** (cf. 5).

5. Impact sur les interactions mère-enfant

Lebovici et Stoléru ont défini en 1983 trois niveaux d'interactions entre une mère et son enfant (11) :

- **L'interaction comportementale** ou interaction réelle, elle est directement observable entre la mère et le bébé, elle concerne la manière dont les comportements de la mère et de l'enfant s'ajustent.
- **L'interaction affective**, c'est-à-dire le climat émotionnel des interactions, la capacité de la mère et de l'enfant à s'accorder.
- **L'interaction fantasmatique**, c'est-à-dire le bébé imaginé inconsciemment avant même qu'il soit conçu, prenant en compte une dimension transgénérationnelle, qui vient se confronter au bébé réel.

Les interactions comportementales se situent sur 3 registres :

- **Corporel** : c'est-à-dire comment le bébé est tenu, manipulé, touché, mais aussi comment il réagit à ça.

Ajuriaguerra décrit le dialogue tonico-émotionnel (12) : « Dès la naissance, l'enfant s'exprime par le cri, les réactions toniques axiales où tout le corps parle. L'enfant réagit aux actions extérieures par la protestation hypertonique (hypertonie d'appel) ou par l'apaisante relaxation (hypotonie de satisfaction) ». Les relations à autrui ne se font que sous l'angle tension-détente. La mère s'adapte au tonus de son enfant qui lui communique ses émotions.

- **Visuel** : les échanges de regards.

Winnicott reprend la notion de « *miroir* » introduite par Wallon (13) : « La mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit » et inversement « Qu'est-ce que voit l'enfant quand il regarde le visage de sa mère ? Lui-même ! ». Par le processus de l'imitation croisée, cette mimique sur le visage parental peut entraîner une imitation secondaire sur le visage du bébé, ce qui entraîne généralement des cris de joie chez l'adulte. Si, au début, le bébé n'a pas conscience de la mimique sur son propre visage, son système de neurones-miroirs en est informé par l'observation du visage parental, et dans un second temps, sa réponse est probablement de nature à faciliter la prise de conscience de cette mimique, car dans le même temps, le discours parental communique à l'enfant le sens affectif de cette expression : exclamations joyeuses (quand le bébé sourit) ou graves (quand le visage du bébé se crispe).

- **Vocal** : les vocalisations du bébé, les paroles et la prosodie maternelles.

La qualité des échanges mère-bébé apparaissent dans les activités de la vie quotidienne : les soins, les repas, les temps de jeux. En fonction de l'ajustement entre la mère et le bébé, l'interaction sera harmonieuse ou disharmonieuse. Les ajustements se font par la perception des signaux, leur déchiffrement et l'adéquation de la réponse de chacun des partenaires.

Il existe trois grands types de perturbations des interactions précoces (14) :

- L'excès de stimulations,
- Le manque de stimulation,
- Leur caractère paradoxal, brouillant la communication.

Il est à noter que la notion d'excès ou à l'inverse d'insuffisance de stimulations au sein du couple mère-bébé est relative. Ainsi, un même niveau de stimulation peut convenir à un nourrisson donné, constituer un excès de stimulation pour un autre dont le seuil de perception ou de tolérance est bas et qui va se montrer hyperexcitable et à l'inverse, constituer une hypostimulation chez un nourrisson plus calme qui a besoin de beaucoup de sollicitations.

Le caractère excessif ou insuffisant des stimulations peut provenir soit de la mère :

- Énergique ou hyper-enthousiaste
- Manifestant une hyper-sollicitation anxieuse
- Déprimée délaissant l'enfant
- Ayant des comportements d'évitement phobiques

Soit du bébé par une hypersensibilité ou une hyporéactivité innée.

Plus du quart de la population des enfants de mères atteintes de dépression postnatale serait touché par cette dysharmonie interactive (14).

Le dysfonctionnement des interactions précoces dans la dépression du post-partum se traduit généralement par (15) :

- Une distance trop éloignée ou au contraire trop rapprochée
- Des réponses parentales plus rigides aux signaux du bébé
- Des soins au bébé plus automatisés, qui prodiguent peu de plaisir
- Un discours peu « affectif », une tonalité de voix peu modulée
- Un discours dont le contenu évolue peu selon l'âge de l'enfant.

6. Retentissement sur l'enfant

Chez le nourrisson peuvent apparaître (1) :

- Des troubles fonctionnels assez peu spécifiques : **des troubles digestifs** (régurgitations, coliques...), **des troubles du sommeil** (insomnie nocturne, hypersomnie diurne...)
- **Des troubles du comportement** : une apathie, une agitation, un trouble de la consolabilité...

Lorsque les interactions mère-enfant perdurent de façon disharmonieuse, un **retrait relationnel précoce et durable** peut se voir chez le jeune enfant. Guédeney le définit comme un désengagement de la relation et une moindre réactivité aux stimulations (16).

Un retrait relationnel est considéré comme physiologique lorsqu'il est bref car il signe alors une adaptabilité du bébé aux stimuli inadaptés qu'il reçoit. C'est donc sa persistance, considérée comme pathologique au-delà de 15 jours, qui nous permettra de le qualifier en durable et traduit ainsi la souffrance psychique de l'enfant. Il n'est pas spécifique de la dépression du nourrisson et peut se voir dans bien d'autres pathologies (trouble du spectre autistique, déficit sensoriel...).

A plus long terme, Stein et al., dans leur revue de la littérature (17), soulignent que la dépression du post-partum chez la mère est significativement associée chez son enfant à un plus grand risque de :

- **Dépression** pendant l'enfance, l'adolescence, ainsi qu'à l'âge adulte
- **Difficultés sociales** telles que moins de facilités à l'empathie, au travail d'équipe à l'école
- **Troubles du comportement** tels que des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), des troubles oppositionnels avec provocation (TOP)
- **Trouble de l'attachement** de type « insecure »
- **Retard de développement psychomoteur** : un retard de langage, un trouble des apprentissages, voir un retard cognitif global
- **Retard de croissance.**

Récemment, une étude de Van der Waerden et al. publiée en 2016 sur la cohorte française EDEN montrait une chute du QI à 5 ans (6,7 points de QI en moyenne) chez les enfants dont les mères avaient présenté après la naissance une symptomatologie dépressive importante et persistante en comparaison à ceux dont les mères n'avaient pas présenté une telle symptomatologie. L'association était plus forte chez les garçons (18).

Van der Waerden et al. ont également trouvé sur cette même cohorte EDEN plus de difficultés émotionnelles et de troubles du comportement (hyperactivité, trouble de l'attention, difficultés avec les pairs...) chez les enfants âgés de 5 ans dont les mères ont présenté une symptomatologie dépressive modérée ou importante persistante après la naissance (19).

Ces associations n'ont pas été retrouvées, ou dans une moindre mesure (20), chez les mères dont les symptômes ne se sont pas chronicisés, ce qui souligne l'importance d'un dépistage et d'une prise en charge précoce de ces symptômes chez la mère.

7. Facteurs favorisant de la dépression du post-partum

Selon le modèle bio-psycho-social proposé par Milgrom et al. (21), fondé sur la connaissance de la littérature, il est possible de séparer les facteurs favorisant de la dépression du post-partum en facteurs de vulnérabilité individuels, facteurs culturels, facteurs précipitants et facteurs de persistance.

Les facteurs de vulnérabilité individuels :

- En premier lieu, les **antécédants de troubles psychiatriques personnels** et dans une moindre mesure, familiaux
- Les antécédants d'abus sexuels ou de maltraitance dans l'enfance
- Les âges extrêmes : une grossesse à l'adolescence ou au contraire une grossesse tardive
- **Un isolement social et affectif**, notamment le déracinement chez les femmes migrantes, des difficultés conjugales, les mères célibataires
- **Un contexte socio-économique précaire**

Les facteurs culturels liés à la représentation de la grossesse et de la maternité, qui viennent souvent rajouter de la culpabilité au trouble et ainsi créer des difficultés à reconnaître et exprimer le mal-être.

Les facteurs précipitants :

- Des évènements de vie négatifs
- Une grossesse non désirée, compliquée
- Un accouchement en urgence ou difficile, une césarienne, d'autant plus sous anesthésie générale
- La prématurité du bébé, elle-même favorisée par une dépression pré-natale
- Une pathologie du bébé

Les facteurs de persistance :

- Un trouble des interactions mère-enfant
- Le manque de soutien proche
- Les facteurs psychologiques propre à la mère.

Ainsi, chez des femmes immigrées cumulant des facteurs de risque (isolement social, précarité, PTSD, évènements de vie négatifs...), la prévalence augmente pouvant aller jusqu'à 35 % dans une étude canadienne (22).

Concernant la parité, les résultats sont contradictoires. La dépression du post-partum serait aussi fréquente pour le premier enfant que pour les grossesses ultérieures mais les causes seraient différentes. Pour le premier enfant, l'épisode dépressif serait souvent en lien avec un trouble de l'humeur (trouble bipolaire, trouble dépressif récurrent) (23), pour les grossesses suivantes, il serait en lien avec l'augmentation des responsabilités familiales notamment du fait de la présence d'autres jeunes enfants (24).

Contrairement à ce qui pouvait être cité, un haut niveau d'éducation n'est pas plus souvent associé à une dépression du post-partum (24).

Enfin, Munk-Olsen et al. montraient en 2015 au Danemark que les femmes qui présentent un épisode psychiatrique dans le post-partum consultaient significativement plus souvent leur médecin généraliste avant, pendant et après la grossesse (25).

8. Diagnostics différentiels

Le baby blues (4,10) est un état d'hypersensibilité émotionnelle transitoire considéré comme physiologique. Il touche selon les auteurs 50 à 80 % des accouchées, survient entre le 2^e et le 5^e jour avec un pic au 3^e jour après l'accouchement et dure au maximum 7 jours.

Un baby blues intense et persistant est cependant un facteur de risque d'épisode dépressif caractérisé du post-partum (26).

La psychose puerpérale (4,10) désigne un trouble psychiatrique avec caractéristiques psychotiques survenant dans le post-partum. Elle survient généralement dans les 4 semaines suivant l'accouchement avec un pic de fréquence au 10^e jour. Elle touche 1 à 2 femmes pour 1000 et est plus fréquente chez les primipares.

La psychose puerpérale se présente comme un tableau confusionnel avec la présence d'idées délirantes le plus souvent centrées sur la maternité et l'enfant. Le risque de passage à l'acte auto et hétéro-agressif justifie une hospitalisation de la patiente en psychiatrie en urgence, dans un premier temps sans l'enfant. L'évolution est variable mais révèle fréquemment un trouble bipolaire (27).

Les troubles anxieux (4,10) sont essentiellement de deux types à cette période. Les syndromes de stress post-traumatiques secondaires à une menace vitale pour la mère ou pour l'enfant au cours de l'accouchement. Les troubles obsessionnels compulsifs qui peuvent être exacerbés ou apparaître de novo avec notamment des phobies d'impulsion centrées sur l'enfant.

9. Conséquences sociétales

Alors que les causes organiques de morbidité dans le post-partum ont régressé, les troubles psychiatriques sont restés stables devenant la **principale complication du post-partum dans les pays développés** (28).

La dépression est un facteur de risque de suicide en période périnatale : plus la dépression est sévère et plus le risque de suicide est important (29). Un tiers des femmes présentant une dépression périnatale reconnaît avoir des idées suicidaires (30) et 24 % d'entre elles font une tentative de suicide (31).

Les facteurs déterminants une tentative de suicide en période périnatale ne sont pas les mêmes, avant et après l'accouchement. Durant la grossesse, le risque de tentative de suicide est lié à la consommation d'alcool, à l'usage de tabac pendant la grossesse et à un antécédent de fausse-couche ; après l'accouchement, le principal facteur de risque d'une tentative de suicide est de présenter une dépression du post-partum (32).

Le suicide est devenu l'une des principales causes de mortalité du post-partum, avec les hémorragies de la délivrance (33).

Ainsi, les troubles psychiatriques dans le post-partum sont responsables d'une morbi-mortalité dont le poids du tribut supporté par la société est lourd.

Sachant le taux de natalité comparable à celui de la France, un article publié au Royaume-Uni en 2014 évaluait le coût des troubles psychiatriques périnataux, à court et à long termes, à 8,1 milliards de Livres sterling sur une cohorte de femmes accouchant sur une année (34).

Près des trois-quarts de ce chiffre étaient en rapport avec les conséquences chez les enfants plutôt que chez les mères.

Un cinquième du coût était porté par le système de santé (NHS), le reste était porté par la société au sens large du fait d'une baisse de productivité et d'une diminution de l'espérance de vie corrigée sur la qualité de vie (Annexe 1).

A l'heure où les économies de santé sont une réalité, dépister ces troubles doit être une priorité.

II. Dépistage de la dépression du post-partum

1. Les outils de dépistage

Bien que la méthode diagnostique de référence reste l'entretien par le spécialiste, il existe des outils d'aide au dépistage de la dépression du post-partum.

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Annexe 2) est une échelle de dépistage de la dépression du post-partum. Sa simplicité d'utilisation en fait l'outil le plus utilisé en recherche pour explorer l'existence de symptômes dépressifs postnataux et orienter vers un éventuel diagnostic de dépression du post-partum.

C'est une échelle d'autoévaluation constituée de 10 items créée en 1987 par Cox (35) et spécifiquement adaptée à la période périnatale. Guedeney (36) a validé sa version française en 1998 avec un seuil de 10,5 avec une sensibilité 80% et une spécificité 92 % sur une base de prévalence à 13 %.

En France, la Haute Autorité de Santé dit qu'elle peut être utilisée dans le post-partum en cas de grossesse à bas risque et en périnatal en cas de grossesse à haut risque (37). En population générale, il est recommandé de rechercher des situations de vulnérabilité psychique dans le péri-partum ainsi que la qualité du lien mère-enfant pour établir une notion de risque à la sortie de la maternité, mais il n'y a pas de méthode recommandée pour cela (38).

Au Royaume-Uni, les recommandations du National Institute for Health and Care Excellence (NICE) préconisent l'utilisation de l'EPDS en cas de réponse positive à l'une des Questions de Whooley (39).

Les questions de Whooley, aussi nommées 2-Question Screen, sont deux questions qui ont démontré la première fois en 1997 leur efficacité dans le dépistage de la dépression en soins primaires sous forme d'auto-questionnaire sur une population spécifique (Centre de consultation pour d'anciens combattants à San Francisco). Une seule réponse positive donnait au test une sensibilité de 96% et une spécificité de 57 % (40).

« During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless? »

« During the past month, have you often been bothered by little interest or pleasure in doing things? »

Par la suite, en 2003, Arroll et al. montrent leur efficacité dans le dépistage de la dépression en hétéro-questionnaire utilisées par des médecins généralistes néozélandais avec une sensibilité de 97% et une spécificité de 67% (41) .

Plus récemment en 2009, elles ont fait preuve de leur efficacité aux Etats-Unis dans le dépistage de la dépression du post-partum en soins primaires lors de la consultation de suivi de l'enfant de 1 mois avec une sensibilité de 100 % et une spécificité de 62 % (42).

Ces questions ne sont pas validées en France. Elles ont été utilisées par une équipe suisse en 2011 dans le dépistage de la dépression en médecine générale (43). Dans ce cadre, ils trouvaient une sensibilité de 91% et une spécificité de 65%. Ils en proposaient la traduction suivante :

« Est-ce que, durant le mois qui a précédé, vous vous êtes senti(e) triste, déprimé(e), désespéré(e) ? »

« Durant le mois qui a précédé, avez-vous ressenti un manque d'intérêt et de plaisir dans la plupart des activités que d'habitude vous appréciez ? »

Le NICE recommande un dépistage systématique de la dépression du post-partum par l'usage répété des questions de Whooley au cours de la grossesse et du post-partum (jusqu'à un an après l'accouchement) (39).

Proche des questions de Whooley, **le PHQ2** est un auto-questionnaire de deux questions portant sur les mêmes items que les questions de Whooley mais au cours des deux dernières semaines. La Haute Autorité de Santé le mentionne également comme pouvant être utilisé dans le dépistage de la dépression y compris de la dépression post-natale (37). On trouve dans la littérature une version française utilisée au Québec (44) :

Au cours des deux dernières semaines avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants :

- Avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?
- Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) ?

Les réponses « jamais », « plusieurs jours », « plus de la moitié du temps » et « presque tous les jours » sont cotées de 0 à 3. Les auteurs ont déterminé un seuil supérieur ou égal à 3 comme optimal avec une sensibilité de 83% et une spécificité de 90% pour dépister la dépression (45).

2. Question de recherche

Près de 50% des dépressions post-natales ne seraient pas dépistées (46,47). Ceci s'explique du fait de présentations souvent différentes du tableau classique de dépression mais également du fait d'une grande culpabilité des femmes à cette période supposée heureuse, source de difficultés d'une part à reconnaître leur trouble et d'autre part à demander de l'aide (48).

La consultation post-natale est une consultation obligatoire 6 à 8 semaines après l'accouchement, prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Elle peut être réalisée par le gynécologue, la sage-femme ou le médecin généraliste si la grossesse n'a pas été pathologique et si l'accouchement a été eutocique.

Le suivi médical prévu par l'Assurance Maladie pour le nourrisson comprend jusqu'à ces 12 mois : un examen au 8^e jour habituellement réalisé par le pédiatre de la maternité, un examen par mois jusqu'à l'âge de 6 mois, un examen à 9 mois, un examen à 12 mois, tous pris en charge à 100 %. A ceci se rajoute, si l'on suit le calendrier vaccinal en vigueur, une consultation à 11 mois.

Cela représente ainsi au minimum dix contacts potentiels avec le médecin généraliste dédiés à la prévention au cours de l'année suivant l'accouchement.

Il découlait de ces constats la question de recherche suivante : le dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale libérale via les questions de Whooley serait-il faisable et apporterait-il une amélioration aux pratiques habituelles ?

3. Objectifs de l'étude

Objectif principal : Explorer la faisabilité et l'intérêt du dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley en médecine générale libérale, par rapport aux pratiques habituelles.

Objectif secondaire : Explorer les pratiques des généralistes concernant le dépistage de la dépression du postpartum.

SCHEMA, MATERIEL ET METHODE

I. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés en face-à-face, suivis 3 mois plus tard, pour chacun des médecins interrogés, d'un entretien téléphonique structuré.

Déroulement de l'étude

Dans une première étape, des entretiens individuels semi-structurés (ou semi-directifs) ont été menés en face-à-face.

Les entretiens collectifs en *focus group* n'ont pas été retenus pour éviter une éventuelle pression de groupe face à des sujets parfois délicats (évaluation des pratiques, influence de la parentalité) (49,50).

Dans une seconde étape, des entretiens structurés avec des questions fermées ont été menés 3 mois après la première étape. Cette seconde étape permettait d'évaluer la satisfaction des médecins quant à leur utilisation des questions de Whooley et l'impact de ces questions sur leur pratique concernant le dépistage de la dépression du post-partum.

II. Population

1. Population étudiée

La population cible était celle des médecins généralistes libéraux ou en activité mixte en Gironde. En 2016, la Gironde comptait 2321 médecins généralistes dont 1612 (environ 70 %) avaient une activité libérale ou mixte. Les femmes représentaient 46 % de l'effectif (51).

Le choix a été fait d'un échantillonnage raisonné (*purposive sample*) afin de garantir la diversité des unités qui le constituaient. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données (49). L'échantillonnage n'était donc pas fait au hasard dans le but d'avoir une représentativité statistique mais selon des critères pouvant influencer les résultats (échantillonnage en variation maximale).

L'échantillon a été raisonné selon :

- le sexe des médecins : hommes et femmes en nombre égal ;
- l'expérience des médecins évaluée à travers leur âge ;
- l'accès aux soins de leur lieu d'exercice : zone rurale, semi-rurale ou urbaine.

Les médecins ayant refusé de participer à l'étude ont été de fait exclus de l'étude.

2. Mode de recrutement et constitution de l'échantillon

Le recrutement des médecins se faisait directement soit par téléphone, soit en face à face. A cette occasion, le sujet du travail de recherche et le déroulement des entretiens leur étaient expliqués. Si le médecin acceptait de participer à l'étude, un rendez-vous était fixé. Le choix du lieu de l'entretien lui était laissé.

Les premiers médecins interrogés étaient connus du thésard puis le recrutement se faisait de proche en proche, chacun des médecins proposant un ou deux contacts de son répertoire.

Le recrutement des médecins a été arrêté à saturation des données, c'est-à-dire lorsque la lecture du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments (49).

III. Réalisation des entretiens

1. Mode de recueil

Le recueil des entretiens était réalisé par enregistrement audio à l'aide d'un dictaphone électronique lors de l'entretien face à face, et d'une application d'enregistrement des appels lors de l'entretien téléphonique. Le médecin interrogé était prévenu de l'enregistrement des entretiens et son accord préalable était demandé.

2. Entretiens

La conversation avec les médecins était soutenue par un guide d'entretien (Annexes 3 et 5).

Le guide était composé de questions reflétant les principaux thèmes à aborder. L'enquêtrice utilisait des relances afin de revenir ou de faire préciser des points susceptibles d'être significatifs (50).

Premier entretien

Le premier entretien se déroulait en face en face. Il commençait par une première partie introductive où il était demandé aux médecins de se présenter afin de recueillir leurs caractéristiques sociodémographiques et leur mode d'exercice :

- Etat civil : âge, sexe
- Activité professionnelle : lieu d'exercice, durée d'installation, organisation du cabinet
- Formations complémentaires : diplômes universitaires (DU), formation de maître de stage universitaire (MSU), etc.

Puis des questions ouvertes abordaient les principaux thèmes :

- La pratique de la gynécologie et de la pédiatrie
- La prise en charge des femmes après leur accouchement
- Le dépistage de la dépression du post-partum
- La dépression du post-partum
- Les questions de Whooley après présentation de l'outil (Annexe 4)

Deuxième entretien

Dans une deuxième étape, les médecins interrogés étaient rappelés par téléphone au minimum 3 mois après leur premier entretien. Le guide de ce nouvel entretien se composait alors de questions majoritairement fermées afin d'explorer :

- Leur utilisation des questions de Whooley
- Leur satisfaction à avoir utilisé cet outil
- Leur avis concernant un éventuel dépistage systématique de la dépression du post-partum via les questions de Whooley
- L'influence de notre premier entretien sur leur propre pratique depuis notre rencontre.

Une dernière question ouverte leur laissait l'opportunité de s'exprimer librement.

Afin d'augmenter leur pertinence, les guides se sont enrichis au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, s'adaptant aux résultats de l'analyse (50).

IV. Analyse des entretiens

L'analyse des données recueillies s'effectuait au fur et à mesure des entretiens.

Elle portait sur la totalité du corpus d'entretiens. Le but était de synthétiser les différents discours afin d'en dégager les éléments essentiels portant sur l'objet d'étude tout en gardant les variabilités individuelles de chaque médecin.

1. Retranscription du verbatim

Les entretiens étaient intégralement retranscrits (y compris les rires, les hésitations, les silences, les éventuelles relances...) à partir des enregistrements audio à l'aide d'un logiciel spécialisé en accès libre développé par un chercheur en sociologie de l'université François Rabelais de Tours, Sonal® (52).

Ce script constituait le verbatim de l'étude.

2. Relecture

Une première lecture permettait de s'imprégner de la logique interne de l'individu et de dégager le sens général de l'entretien.

3. Codage

Le codage du verbatim a été réalisé à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, Microsoft Word 2015®. Il a consisté en une analyse thématique, dans une approche inductive.

Pour cela, deux niveaux d'analyse s'articulaient : un premier niveau vertical, entretien par entretien et un second niveau horizontal, thème par thème (50,53).

Lors de l'analyse verticale, pour un même entretien, les thèmes étaient répertoriés de façon systématique au fur et à mesure de leur identification sous la forme d'un tableau à 3 colonnes. La première était celle des thèmes, la colonne suivante correspondait au verbatim et la dernière permettait le recueil de mots-clés et d'annotations. Une même phrase du verbatim pouvait se rapporter à plusieurs thèmes distincts, dans ce cas, la phrase était dupliquée pour chacun des thèmes auxquels elle correspondait.

Dans un second temps, l'analyse horizontale thème par thème permettait de dégager des axes thématiques porteurs de sens tout en prenant en compte la variété interindividuelle et les récurrences du contenu.

4. Triangulation des données

Deux autres chercheuses ont également participé au codage du verbatim.

La première, Madame Eloïse HUOT, titulaire d'un Master en Sciences du Langage, Parcours Recherche Linguistique et Applications Informatiques de l'Université de Bordeaux, a codé l'intégralité des entretiens.

La seconde, le Docteur Mélanie Afonso, ancienne Chef de Clinique du Département de Médecine Générale, a codé deux des premiers entretiens.

Ainsi la mise en commun des données et la discussion des points divergents vers un consensus ont permis une triangulation venant renforcer la validité des résultats.

V. Confidentialité

Cette enquête a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Les données ont toutes été anonymisées.

Il n'y avait pas de conflits d'intérêt entre les différents participants de l'enquête.

RESULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillon

Les entretiens ont été menés entre septembre 2017 et avril 2018.
Ils duraient entre 14 et 38 minutes et en moyenne, 22 minutes.

Seize médecins généralistes libéraux ont été interrogés et renommés de A à P afin de préserver leur anonymat.

Deux des médecins contactés n'ont pas intégré l'échantillon. L'un n'a pas répondu malgré une relance, l'autre a refusé de participer du fait d'un manque de disponibilité.

Il y avait huit femmes et huit hommes dans l'échantillon.

Quatre médecins avaient 55 ans ou plus, sept médecins avaient entre 35 et 55 ans, cinq médecins avaient 35 ans ou moins.

Six médecins exerçaient en zone rurale, quatre médecins exerçaient en zone semi-rurale, six médecins exerçaient en zone urbaine.

Les principales caractéristiques de l'échantillon sont résumées dans le Tableau 1.

A titre indicatif, en 2016, dans le département de la Gironde, il y avait 54% d'hommes pour 46% de femmes parmi les généralistes (54).

La moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux était de 51 ans (47 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes).

La densité médicale moyenne en Gironde était de 15,1 médecins généralistes pour 10 000 habitants.

Dans la région Aquitaine en 2016, le pourcentage de la patientèle des médecins généralistes en CMU était de 8,28. Le pourcentage d'enfants de moins de 16 ans était de 20,47 (55).

	Critères de sélection			Autres paramètres informatifs							
	Sexe	Age	Zone d'installation	Mode d'installation	Durée d'installation	Formations complémentaires			Patientèle : % < 16ans	Patientèle : % CMU	Parentalité
						Gynécologie / Pédiatrie	Autre	MSU			
A	H	56	Rurale	Groupe	> 20 ans			oui	24,72	7,83	oui
B	F	52	Rurale	Groupe	5 - 20 ans		oui	oui	24,23	8,27	oui
C	H	31	Rurale	Maison médicale	< 5 ans		oui		15,37	7,53	
D	F	34	Rurale	Groupe	< 5 ans				16,66	3,55	
E	F	32	Urbaine	Seul	< 5 ans	DU Pédiatrie DU Gynécologie			18,74	6,07	
F	F	54	Urbaine	Seul	> 20 ans	DU Gynécologie	oui		24,53	12,29	oui
G	H	64	Urbaine	Seul	> 20 ans		oui	oui	9,80	8,60	oui
H	H	33	Semi-rurale	Groupe	< 5 ans			oui	39,01	2,33	oui
I	H	33	Urbaine	Groupe	< 5 ans				16,55	7,98	
J	F	36	Semi-rurale	Groupe	5 - 20 ans	DU Pédiatrie	oui		32,88	3,59	oui
K	H	59	Rurale	Groupe	> 20 ans		oui	oui	20,95	9,03	oui
L	H	52	Semi-rurale	Groupe	5 - 20 ans		oui	oui	22,69	3,59	oui
M	F	46	Semi-rurale	Groupe	5 - 20 ans		oui		22,30	2,27	oui
N	F	50	Urbaine	Groupe	5 - 20 ans		oui		19,75	3,55	oui
O	F	52	Urbaine	Groupe	> 20 ans			oui	17,77	6,01	oui
P	H	55	Rural	Groupe	5 - 20 ans		oui	oui	23,50	8,03	oui

Tableau 1 : Principales caractéristiques de l'échantillon

II. Pratique de la gynécologie et de la pédiatrie

Le premier thème principal abordé avec les médecins concernait leur pratique de la gynécologie et de la pédiatrie. Les sous-thèmes abordés dans ce premier thème sont résumés dans la Figure 1 de bas en haut et de gauche à droite par ordre de primauté et de récurrence. Ils correspondent aux déterminants de la pratique de la gynécologie et de la pédiatrie des médecins généralistes.

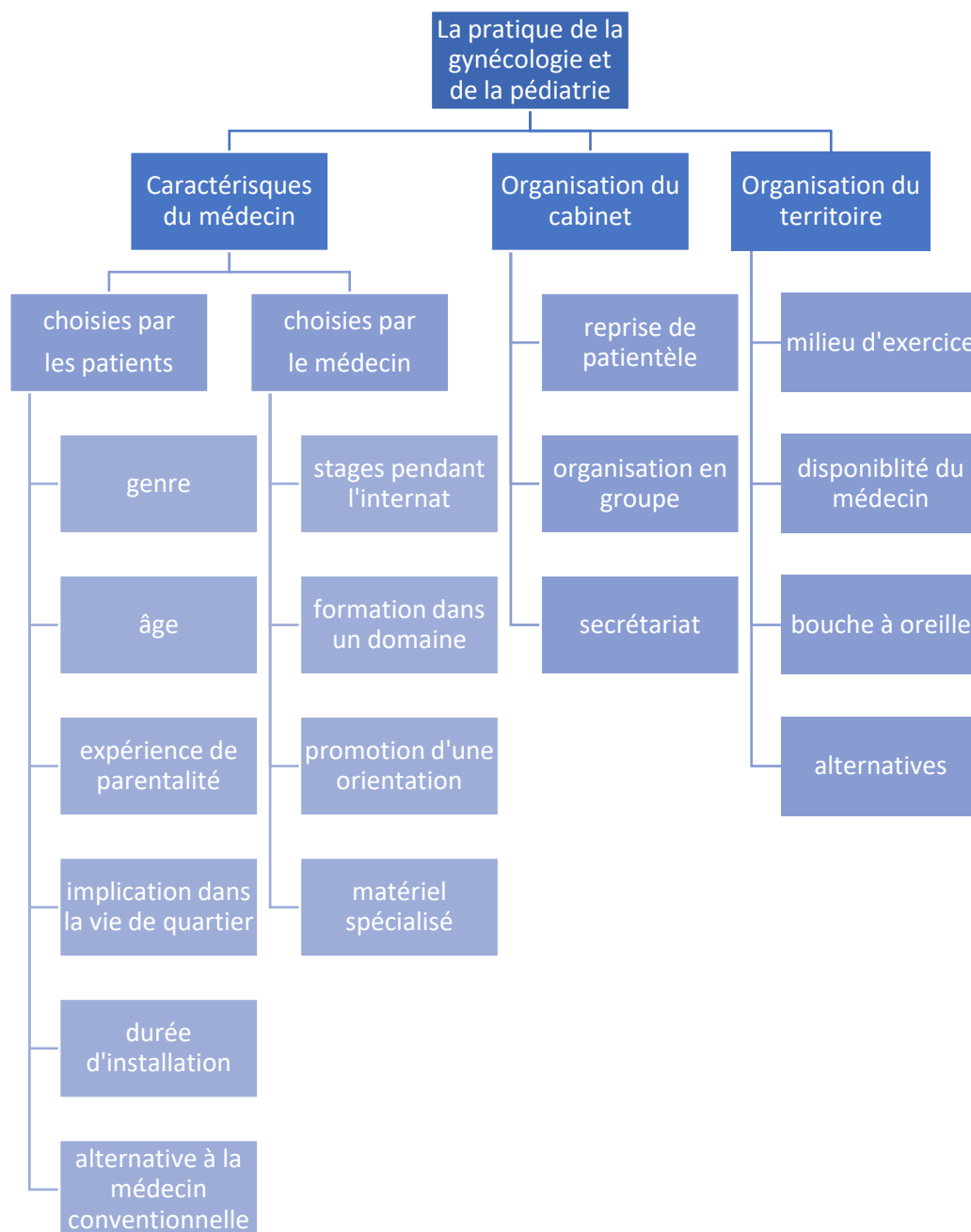


Figure 1 : La pratique de la gynécologie et de la pédiatrie par le médecin généraliste

1. Les caractéristiques du médecin

1.1. Les caractéristiques choisies par les patients

Selon les médecins interrogés, pour leur suivi gynécologique ou le suivi de leur enfant, les patientes choisissaient un médecin selon certaines de ses caractéristiques personnelles.

● Le genre

Tous les médecins se sont exprimés sur le fait que leur genre influençait leur pratique de la gynécologie.

Médecin A, homme, 56 ans : « *Bah c'est plus gênant, enfin les femmes aiment bien en général avoir une interlocutrice plutôt qu'un interlocuTEUR* »

Médecin F, femme, 54 ans : « *Je pense que c'est quelque chose d'important pour les femmes, elles le disent, (...) si elles ont le choix elles vont aller vers une femme.* »

Sans l'expliquer, les médecins disaient que leurs patientes préféraient un médecin femme, d'autant plus qu'elle était jeune, pour leur suivi gynécologique.

Médecin E, femme, 32 ans : « *Et je suis une femme jeune, donc je pense que ça attire plus.* »

Médecin D, femme, 34 ans : « *Peut-être que ça peut aider pour les adolescentes* »

Concernant la pratique de la pédiatrie, le genre revenait moins souvent en tant que facteur déterminant. Certains médecins le citaient malgré tout. D'après eux, les jeunes parents préféraient pour le suivi de leur enfant un médecin femme plutôt qu'un médecin homme.

Ils l'expliquaient par les caractéristiques viriles de l'homme (corpulence, voix grave...) susceptibles d'impressionner l'enfant, l'instinct maternel des femmes, et aussi par une habitude des femmes à s'occuper des enfants, même dans le milieu médical.

Médecin L, homme, 52 ans : « *Au jour le jour, pour voir le petit, c'est pas moi parce que j'ai des grosses pattes et que j'ai une grosse voix* »

Médecin N, femme, 50 ans : « *Peut-être que les gens ont une confiance sur une population féminine, du fait de l'instinct maternel.* », et plus loin : « *[Il y a] une grosse proportion de femmes dans les pédiatres (...) donc peut-être que les gens du coup extrapolent.* »

● L'âge

Les jeunes médecins qui se sont installés en créant une patientèle pratiquaient plus de pédiatrie. Les médecins J et L travaillaient en groupe ; le médecin L avait vu sa part de pédiatrie baisser à l'installation de sa jeune collègue.

Médecin J, 36 ans, 33% de pédiatrie : « *Je pense que c'est avec l'âge, le début d'exercice depuis pas trop longtemps, on attire plutôt une patientèle jeune* »

Médecin L, 52 ans, 23% de pédiatrie : « *Je suis le plus vieux de la bande donc forcément, je suis privé de petits-enfants (rires) ! (...) A un moment, je faisais 15 à 20 actes de pédiatrie par jour donc là c'était beaucoup mais c'était quand c'était moi le jeune (rires) !* »

● L'expérience de parentalité

D'après les médecins de l'étude, les parents auraient plus confiance en un médecin lui-même parent pour suivre leur enfant.

Médecin J : « *Quand j'ai eu mes grossesses, j'étais au cabinet ici, donc les patients du cabinet, ils savaient que j'avais des enfants en bas âge et ça je pense que ça créé forcément un lien, ce qui n'est pas forcément tout à fait logique. (...) Les parents aussi, le fait de savoir qu'on a des enfants, se sentent peut-être plus à l'aise pour en parler.* »

Médecin N : « *Les gens devaient se sentir en confiance parce qu'on avait eu des enfants.* »

Médecin B : « *Je pense que des fois, avec certaines femmes, parler en tant que mère sera plus efficace que parler en tant que médecin.* »

De même concernant l'allaitement, un domaine à la limite du médical en dehors des complications, l'expérience personnelle du médecin servait de référence.

Médecin B : « *Comme j'ai moi-même allaité mes enfants et que je me suis intéressée à la problématique de l'allaitement, quand je vois mes patientes qu'elles sont enceintes et qu'elles me disent qu'elles souhaitent allaiter, je leur dis "Vous n'hésitez pas à venir me voir si vous avez un quelconque problème avec l'allaitement", ce qui me permet de leur donner des conseils.* »

● L'implication du médecin dans son quartier

Quels que soient leurs milieux d'exercice, des médecins mettaient en évidence que le fait d'être intégré dans le quartier, de scolariser ses enfants à l'école « du coin », que le conjoint soit connu des patients, apportaient une reconnaissance supplémentaire.

Médecin C, zone rurale, en parlant de son collègue : « *Je sais pas si c'est parce que sa femme travaille aussi sur la maison médicale, ses enfants sont scolarisés dans le coin... je pense qu'il voit plus de pédiatrie que moi. Et de femmes enceintes aussi.* »

Médecin N, zone urbaine : « *C'est vrai que nous on est du quartier, on habite le quartier, on a cinq enfants, qui sont grands maintenant, donc les gens le savaient et donc je pense qu'au départ c'est ça qui a fait qu'on a eu pas mal de pédiatrie aussi.* »

● La durée d'installation

Le médecin installé depuis plusieurs années au même endroit acquérait une reconnaissance des patients, simplement du fait d'être connu, au-delà de ses compétences potentielles.

Médecin L : « *Quand on est le vieux dans un cabinet comme ça, on garde souvent pendant quelques années au moins, un certain degré d'expertise, qu'il soit justifié ou pas d'ailleurs, ça n'a rien à voir, c'est juste le ressenti des gens* ».

● Proposer une alternative à la médecine conventionnelle

Selon le médecin B, pour la pédiatrie au moins, le fait de proposer en complément de la médecine traditionnelle, une approche supposée plus naturelle, en l'occurrence la pratique de l'homéopathie, était un argument pour certains parents à venir consulter pour leur enfant.

Médecin B, 24% de pédiatrie : « *Beaucoup de parents souhaitent pour leurs enfants avoir au moins, de temps en temps, un avis homéopathique sur la manière de soigner leur enfant* ».

D'après les médecins généralistes, certaines de leurs caractéristiques influençaient leurs patients dans le choix de leur suivi gynécologique ou pédiatrique.

Ces caractéristiques étaient physiques (genre, âge), de vie personnelle (être parent), de vie sociale (implication au sein du quartier) et de vie professionnelle (la durée d'installation, avoir un exercice particulier de la médecine).

1.2. Les caractéristiques choisies par le médecin

La pratique de la gynécologie et de la pédiatrie des médecins dépendait également du choix de ceux-ci d'orienter leur pratique vers l'une ou l'autre, ou les deux, disciplines.

● Le choix des stages pendant l'internat

L'intérêt ou le désintérêt du médecin pour une discipline influençait sa pratique dès sa formation. En effet, les jeunes médecins avaient à choisir pendant leur internat un stage en gynécologie ou en pédiatrie. Les médecins qui n'avaient pas choisi de passer en gynécologie durant leur internat n'avaient pour ainsi dire pas d'expérience et donc la pratiquaient moins.

Médecin I : « *En gynéco, j'ai pas fait de stage pendant mon internat, tout simplement. Et puis, il faut choisir entre pédiatrie et gynéco, j'étais plus attiré par la pédiatrie.* ».

Et le manque de pratique amenait à l'abandon des gestes techniques.

Médecin M : « *Du coup j'ai dit que je n'en faisais pas parce qu'après si on a pas une pratique suffisamment régulière, les gestes ne sont pas convenables parce qu'on perd la main, bêtement.* ».

Ce stage donnait également accès à un réseau de soins.

Médecin D : « *C'est quelque chose qui me plaît, j'ai fait un stage de 6 mois en fin d'internat, à la maternité de X, en plus j'ai des passerelles, des facilités donc je le fais volontiers.* »

● Une formation dans un domaine

Ensuite si leur intérêt les poussait à une réelle volonté d'améliorer ou d'orienter leur pratique, certains médecins passaient des formations complémentaires tels que des diplômes universitaires.

Médecin F : « *Avec plusieurs copines on s'est lancées, on a passé le DU [de gynécologie] (...) et depuis j'en fait énormément.* »

● La promotion d'une orientation médicale

Via les nouvelles plateformes de prise de rendez-vous sur internet, un des médecins faisait connaître son expertise dans un domaine.

Médecin E : « *Il y a des gens qui ne prennent rendez-vous que par internet, donc c'est proposé dans les motifs de consultation.* » et plus loin « *Je suis sur Doctolib, j'ai une page qui me présente un petit peu et qui dit un peu ce que je fais, notamment pour la gynéco, j'ai mis en lien ma thèse que j'avais fait sur X. Parfois j'ai des patientes qui viennent parce qu'elles savent que j'ai fait une thèse sur X.* »

A l'inverse, un des médecins, devant le succès de ses suivis gynécologiques, avait décidé d'arrêter de les proposer pour ne pas restreindre son activité à cette spécialité.

Médecin M, femme, zone semi-rurale : « *Je me suis installée ici dans un secteur où il n'y avait que des hommes, pas de femmes, et au début je me suis dit, oh je vais faire un peu de gynéco ! Rapidement, j'ai vu l'afflux, j'ai dit stop parce que sinon je n'allais plus faire que ça et j'avais pas du tout envie.* »

● L'acquisition de matériel spécialisé

Un des médecins était même allé jusqu'à investir dans des équipements spécialisés.

Médecin H, homme, 39% de pédiatrie : « *La pédiatrie par contre, je pense que j'aime bien, du coup j'ai développé ça (...) je fais les examens de dépistage, j'ai la mallette pour faire le dépistage auditif, je fais des audiogrammes.* ».

Les médecins généralistes pouvaient choisir d'orienter leur pratique vers la gynécologie et / ou la pédiatrie en acquérant un savoir pratique (choix de stage pendant l'internat), théorique (formations complémentaires), du matériel spécialisé et en promouvant cette orientation médicale.
--

2. Selon l'organisation du cabinet

● La reprise de la patientèle

Les médecins ayant succédé à l'un de leurs confrères partant à la retraite se retrouvaient avec une patientèle vieillissante et pensaient que de ce fait, ils voyaient moins d'enfants et de femmes en âge de procréer.

Médecin C, 31 ans, 15% de pédiatrie : *« Je pense en faire moins parce que j'ai repris la patientèle du médecin qui était là avant, qui a vieilli avec ses patients, il avait 67 ans... je pense que je fais beaucoup plus de personnes âgées que mon collègue du dessus, qui est même un peu plus vieux que moi, et qui lui, d'emblée, a eu beaucoup de patients jeunes. »*

Cependant, au fur et à mesure, la patientèle se renouvelait.

Médecin F, 54 ans, 25% de pédiatrie : *« J'ai repris la clientèle de X, qui avait une clientèle âgée, j'ai donc commencé par de la gériatrie (...), et puis comme la clientèle était âgée évidemment, les gens sont décédés, j'ai suivi des mamans et puis des petites filles. »*

Reprendre une patientèle impliquait également de prendre en compte les habitudes instaurées par l'ancien médecin.

Médecin D, 34 ans, pratique la gynécologie : *« Le Dr X, qui était mon prédécesseur en faisait aussi, le proposait régulièrement donc c'est quelque chose qui a été aussi dans les habitudes. »*

● L'organisation en groupe

Tous les médecins hommes de l'étude associés à des femmes au sein de leur cabinet de groupe adressaient leurs patientes consultant pour avis gynécologique à leurs collègues femmes.

Médecin A, homme : *« Tout ce qui est vraiment "intime", je laisse à ma consœur. »*

Et dans une association de deux médecins de sexes différents, on pouvait constater des échanges de patients sur des consultations relevant du domaine de l'intime.

Médecin P, homme : *« Et inversement, il y a des hommes qui consultent chez moi parce qu'ils sont plus à l'aise aussi, pour tous ces problèmes intimes. »*

Le phénomène s'entretenait ainsi lui-même.

Médecin H, homme : *« Les pratiques gynéco sont plutôt faites par les 2 médecins femmes et vu que les femmes y vont plus facilement, du coup je pratique moins, du coup je suis moins à l'aise, du coup j'ai tendance à renvoyer plus facilement vers mes consœurs »*

Sauf lorsque le médecin n'avait pas le choix, afin de dépanner les patientes.

Médecin A, homme : *« Alors je ne dis pas que je ne prescris pas de contraception parce que quand c'est des renouvellements et qu'il leur manque une plaquette, je le fais. »*

Médecin H, homme : « *C'est déjà arrivé, mes collègues femmes n'étant pas là, il fallait vraiment montrer... docteur je viens vous voir, ça m'embête... bon bah montrez-moi !* »

A l'inverse, les médecins femmes associées à des médecins hommes recevaient des patientes de leurs collègues.

Médecin D, femme : « *Mon collègue à côté, lui, c'est pas trop son truc donc lui il m'envoie aussi ses patientes, du coup (rires) !* »

Médecins F, femme : « *Arrivant sur X, j'étais la seule femme avec 2 médecins généralistes hommes et comme c'était une clientèle que je créais (...) du coup j'ai fait beaucoup de gynéco dès le départ et donc maintenant j'en fais énormément.* »

● L'orientation par le secrétariat

Les médecins mettaient également en évidence le rôle pivot de la secrétaire dans l'orientation des patients en fonction des spécialisations, des préférences et de la disponibilité de chacun des médecins du groupe.

Médecin H : « *La secrétaire aussi oriente, j'ai un collègue plus âgé qui lui, le suivi des petits, ça l'intéresse moins, et donc du coup la secrétaire elle le sait et elle les met plutôt pour moi.* »

Médecin K : « *J'ai pas beaucoup de disponibilités dans mes journées donc selon les jours, la secrétaire elle envoie à quelqu'un d'autre.* » et plus loin « *Alors maintenant nous avons une jeune associée qui elle s'est spécialisée, a fait un DU de gynéco, qui aime bien faire ça et donc, (...) c'est la secrétaire qui envoie faire des frottis, toutes ces choses-là, à ma consœur.* ».

La pratique de la gynécologie et de la pédiatrie des médecins dépendait également de leurs conditions d'installation (reprise ou création de patientèle) et d'exercice (association avec un médecin de sexe opposé, présence d'un secrétariat).

3. Selon l'organisation du territoire

● Le milieu d'exercice

Concernant la gynécologie, les médecins qui proposaient un suivi en zone déficitaire (zone rurale, semi-rurale, urbaine hors métropole) pensaient que c'était apprécié de leur patientèle car ils répondaient ainsi à un besoin du fait d'un faible accès aux spécialistes.

Médecin D, en zone rurale : « *Malheureusement on a beaucoup de femmes qui ne font pas de suivi standard, parce que c'est compliqué justement d'accéder à un spécialiste. Donc moi je le propose, j'en fais pas mal, ça plaît à mes patientes.* ».

Médecin F, en zone urbaine, hors métropole : « *Elles m'ont demandé des suivis, (...) en plus à ce moment-là en gynécologie y'a le patron de l'hôpital de X qui était catastrophé parce qu'il y*

avait plus de gynécologues, ils arrivaient plus à l'hôpital à assurer les suivis, donc ils ont envoyé une lettre à toutes les femmes médecins généralistes de X, pour nous demander si on voulait bien passer un DU de gynéco et prendre en charge des femmes. »

Dans la métropole, la plupart des femmes en âge de procréer avait un suivi gynécologique spécialisé mais du fait des départs à la retraite des spécialistes libéraux sans être remplacés, la demande des patients auprès des généralistes était en augmentation.

Médecin N, en zone urbaine métropolitaine : *« Les gens sont très attachés à leur gynéco et puis y'en a sur X donc j'en fais pas tant que ça. Mais j'ai l'impression que c'est en train de changer parce, par exemple dans le quartier là, sur une année, y'a quatre gynéco méd qui partent à la retraite, sans successeur, une qui veut lever le pied parce qu'elle approche de la retraite (...) ce qui fait que quand même, j'ai de plus en plus de patientes qui viennent me voir en me disant ma gynéco est partie à la retraite, est-ce que vous avez des adresses ? »*

Médecin O, en zone urbaine métropolitaine : *« Mais en ville par rapport à la campagne, nous on a encore la chance sur X d'avoir beaucoup de gynéco autour de nous. Ça va pas durer, y'en a une qui est juste à côté qui s'en va à la retraite dont la clientèle ne va pas être reprise, et y'en a une autre un peu plus loin, on est dans le même cas de figure, donc sur les cinq gynéco sur X, y'en aura plus que trois. Donc je vais forcément en faire plus. »*

Selon un autre des médecins de la métropole, confronté à une patientèle précaire, le suivi gynécologique passait au second plan pour ces patientes.

Médecin G, en zone urbaine métropolitaine : *« Dans le quartier j'ai quand même des gens en grande détresse sociale, je me souviens d'une dame avec qui je parlais, je lui avais demandé de quand datait son dernier frotti, elle m'avait dit, vous savez quand on dort dans la rue, le frotti... voilà, y'a des priorités dans la vie. »*

Concernant la pédiatrie, il existait également un déficit de médecins dans ce domaine dans les zones rurales et semi-rurales mais de jeunes spécialistes avaient tendance à s'installer en ville. Ainsi, les médecins de l'étude en zone urbaine déclaraient voir moins de pédiatrie que leurs confrères en zone rurale ou semi-rurale.

Médecin J, en zone semi-rurale : *« Y'a pas trop de pédiatres dans le secteur donc on voit pas mal de nourrissons »*

Médecin O, en zone urbaine : *« Alors les pédiatres, contrairement aux gynéco, y'a de jeunes pédiatres qui se sont installés donc j'en fais peut-être un petit peu moins qu'avant. »*

L'un des médecins regrettait l'absence de suivi durable des familles du fait de la multiplicité des acteurs en pédiatrie en zone urbaine.

Médecin G : *« On est dans un système très chaotique en France, parfois elles sont suivies deux mois par la PMI et puis on les voit pendant deux mois, et puis après elles repartent chez le pédiatre et puis elles reviennent nous voir... on n'a pas structuré notre système de santé,*

toujours pas. Le patient a le libre choix de son médecin (...) donc y'a des familles qui sont structurées où l'on suit les personnes et d'autres... on les voit comme ça. ».

● La disponibilité du médecin

Les spécialistes n'étant pas assez nombreux par rapport à la demande, leurs créneaux de consultations étaient rapidement remplis. De ce fait, ils assuraient le suivi et les consultations de prévention qui pouvaient se programmer à l'avance quand les généralistes se rendaient disponibles pour les pathologies intercurrentes qui ne pouvaient attendre.

Médecin G, en zone urbaine : *« Non, j'en fais pas beaucoup. Alors, c'est très particulier cette affaire ! (rires) (...) La gynécologie en général, ça termine nos journées, on a des coups de fil tout d'un coup, qu'elles ont pas de pilule, qu'elles ont des pertes, enfin voilà. »*

« Et la pédiatrie, (...) avant on suivait beaucoup d'enfants maintenant j'ai l'impression que je suis moins d'enfants mais que je vois plus d'enfants malades, c'est à dire que le pédiatre suit l'enfant en bonne santé et quand on dit au patient, pourquoi vous avez pas emmené votre enfant chez le pédiatre ? Parce qu'il était malade ! (rires) On a un peu un rôle inversé. »

Médecin K, en zone rurale : *« Et puis je vois après les femmes en détresse qui ont rendez-vous chez le gynécologue dans 6 mois et qui veulent un avis pour un problème, souvent un problème infectieux local qui les gêne. »*

Médecin N, en zone urbaine : *« Elles ont une gynéco mais je les vois quand y'a quelque chose d'un petit peu urgent »*

Et plus loin, à propos de la pédiatrie : *« Ils voient que quand y'a un truc urgent, on les voit rapidement et donc peu à peu ça fait le switch et après 6 ans on en voit beaucoup plus »*

Médecin O, en zone urbaine : *« Ce qui est toujours très curieux et qui m'amuse beaucoup c'est qu'on voit pas les bébés, (...) en général, on les voit quand les pédiatres n'ont plus de place, donc pour les trucs urgents et finalement les plus intéressants donc bon, peut être que ce serait mieux que ce soit l'inverse, une consultation routinière, enfin, je sais pas, faudrait pour ça que les pédiatres, ça s'organise mais voilà. ».*

A l'instar des spécialistes, du fait d'une organisation avec peu de créneaux d'urgence et donc d'une faible disponibilité pour les pathologies intercurrentes qui nécessitaient d'être vues rapidement, un des généralistes ne faisait essentiellement que du suivi en pédiatrie.

Médecin K : *« C'est ma façon de fonctionner au niveau professionnel qui fait que je reçois uniquement sur rendez-vous et que, pour ce qui est du suivi des enfants sur rendez-vous, ça pose pas de problème, les parents arrivent à prendre rendez-vous en temps et heure, ils anticipent les visites, on les voit une fois tous les mois avec les histoires de vaccins et de certificats obligatoires, par contre tout ce qui est pathologies infectieuses, les rhinopharyngites, j'ai pas beaucoup de disponibilités dans mes journées donc selon les jours, la secrétaire elle envoie à quelqu'un d'autre, elle envoie à mes confrères ».*

● Le bouche-à-oreille

Lorsqu'un médecin proposait un service un peu rare par rapport à la demande, cela tendait à se savoir de proche en proche par bouche à oreille.

Médecin E : « *Ça marche aussi un peu comme ça, notamment chez les nounous (rires) !* ».

Médecin H : « *Depuis qu'on s'est installé y'a le bouche-à-oreille, les patients savent que je suis à l'aise avec les enfants, je fais les examens de dépistage, j'ai la mallette pour faire le dépistage auditif, je fais des audiogrammes, ça finit par se savoir.* »

Médecin N : « *Et puis du coup les choses se savent, c'est quand même beaucoup du bouche-à-oreille et donc il y'a pas mal de gens qui recommandent en disant, ils ont l'habitude, ils voient des enfants etc.* ».

Médecin P : « *Le fait que le courant passe bien avec les enfants, ça se sait.* »

Médecin K : « *Alors maintenant nous avons une jeune associée qui elle s'est spécialisée, a fait un DU de gynéco (...) on voit même des femmes qui arrivent de tout le secteur, qui sont pas du cabinet et qui vont la voir* ».

● Des alternatives disponibles

Un des médecins qui ne pratiquait pas de gynécologie évoquait la possibilité d'orienter les patientes vers le laboratoire de ville pour la réalisation des frottis de dépistage.

Médecin M : « *Donc, j'ai fait ce choix-là [de ne pas pratiquer de gynécologie], d'autant que, pour ce qui est des frottis en tous cas, y'a quand même les laboratoires pour les gens qui sont vraiment réticents à aller chez le gynéco.* ».

La pratique de la gynécologie et de la pédiatrie des médecins généralistes dépendait aussi de l'organisation du territoire où s'inscrit leur lieu d'exercice et donc essentiellement de la présence ou non de spécialistes et lorsqu'ils sont présents, de leur disponibilité.

Ainsi, la pratique de la gynécologie et de la pédiatrie par les médecins généralistes dépendait selon eux de trois paramètres principaux : les patients (les caractéristiques socioprofessionnelles qu'ils favoriseraient chez le médecin pour leur suivi), le médecin (sa formation, son expérience) et l'environnement professionnel (l'accès et la disponibilité des spécialistes, les autres médecins du cabinet).

III. Motif de consultation dans le post-partum

Les sous-thèmes abordés dans le thème principal « Motifs de consultation dans le post-partum » sont résumés dans la Figure 2.

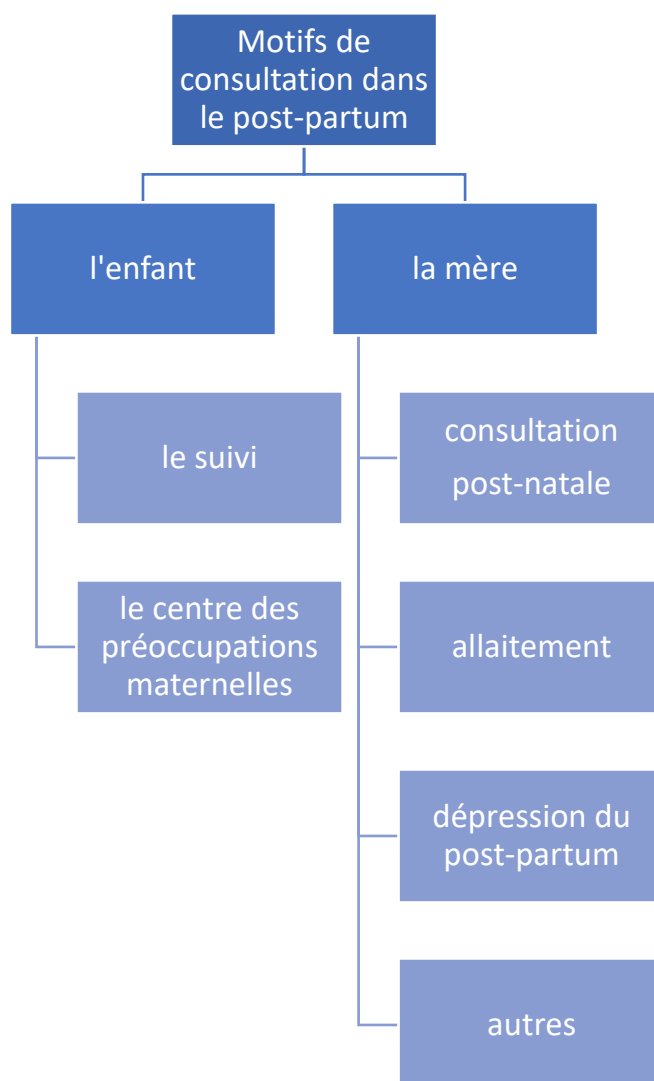


Figure 2 : Motifs de consultation dans le post-partum

1. Consultation pour l'enfant

● Le suivi du nourrisson

Tous les médecins de l'étude s'accordaient à dire que les femmes venaient en consultation dans le post-partum avant tout pour le suivi de leur enfant.

Médecin C : « *C'est quand même très rare les femmes qui viennent consulter spontanément pour elles, puisqu'elles viennent déjà pour leur bébé* ».

● L'enfant, le centre des préoccupations maternelles

Selon les médecins, l'enfant devenait une priorité pour leurs patientes.

Médecin A : « *Elles sont tellement accaparées par leur bébé que en général... le bébé passe avant tout.* ».

Médecin B : « *C'est rare qu'elles viennent consulter pour elles-mêmes. Elles viennent consulter pour leur bébé et incidemment, elles vont parler de leur problématique. Mais je vais dire que, bien dans 80% des cas, la consultation pour elle-même, n'intervient qu'après qu'on se soit occupé de leur bébé.* »

Médecin D : « *Elles sont plus axées sur leur rôle de maman que sur leur propre corps.* ».

L'enfant impliquerait moins de temps personnel à s'accorder.

Médecin E : « *Elles ont plus forcément de temps pour elle donc elles ne viennent pas que pour elles.* »

2. Consultation pour la mère

● La consultation post-natale

Parfois justement, la consultation de suivi de l'enfant était l'occasion de faire le point sur le suivi gynécologique.

Médecin D : « *[Elles viennent] pour me montrer leur bébé ! Plus que pour elles ! Et c'est comme ça que je les rattrape sur la consultation du post-partum, parce que sinon c'est quelque chose qu'elles zapperaient volontiers.* ».

Cette consultation permettait aux médecins d'aborder la contraception, la rééducation du périnée, de vérifier les cicatrices, etc. ... mais les médecins qui n'avaient pas une orientation gynécologique de leur pratique voyaient rarement les femmes dans ce contexte.

Médecin A : « *Souvent elles sont suivies en post-natalité par les sages-femmes, par leur gynéco donc le suivi en post-natalité non je dois dire que souvent c'est du suivi classique et pas du suivi*

post-accouchement. Je pense par exemple à la kiné du périnée, des trucs comme ça, souvent ça, ça ne passe pas par nous. Enfin, pas par moi en tous cas ! (rires) ».

Médecin G : *« En général, tout ce qui est gynéco, contraception, tout ça a été mis en place à la suite de l'accouchement, donc on les voit pas forcément pour elles. ».*

● L'allaitement

Beaucoup de médecins, hommes ou femmes, évoquaient spontanément les problèmes liés à l'allaitement comme un motif fréquent de consultation dans le post-partum.

Médecin M : *« Pour les problèmes d'engorgement au niveau des seins, ça c'est peut-être le truc le plus fréquent ».*

● La dépression du post-partum

Elle a été évoquée à deux reprises spontanément comme un motif de consultation récurrent dans le post-partum.

Médecin M : *« Pas mal de dépressions du post-partum, quand même, (...) l'essentiel c'est plutôt la dépression du post-partum et les problèmes au niveau mammaire ».*

Médecin N : *« Elles me l'évoquent aussi, parce que c'est vrai que y'en a quand même (...) j'en vois régulièrement qui me disent qu'elles ont pas trop le moral. »*

● Les autres motifs de consultation

De façon plus anecdotique, les médecins citaient également tous les autres motifs de médecine générale.

Médecin I : *« Pour des problèmes de médecine générale en fait, c'est pas tellement leur statut de post-partum qui les fait consulter mais elles viennent parce qu'elles viennent et il se trouve qu'elles ont accouché y'a pas très longtemps. Y'a pas forcément de rapport entre les 2. »*

Médecin K : *« Des prolongations d'arrêt de travail »*

Médecin E : *« Ça peut être un rappel de vaccin, qu'elles ont pas fait et qu'il fallait faire. »*

Selon les médecins, le principal motif de consultation énoncé des femmes dans le post-partum concernait avant tout leur enfant.

IV. Le dépistage de la dépression du post-partum

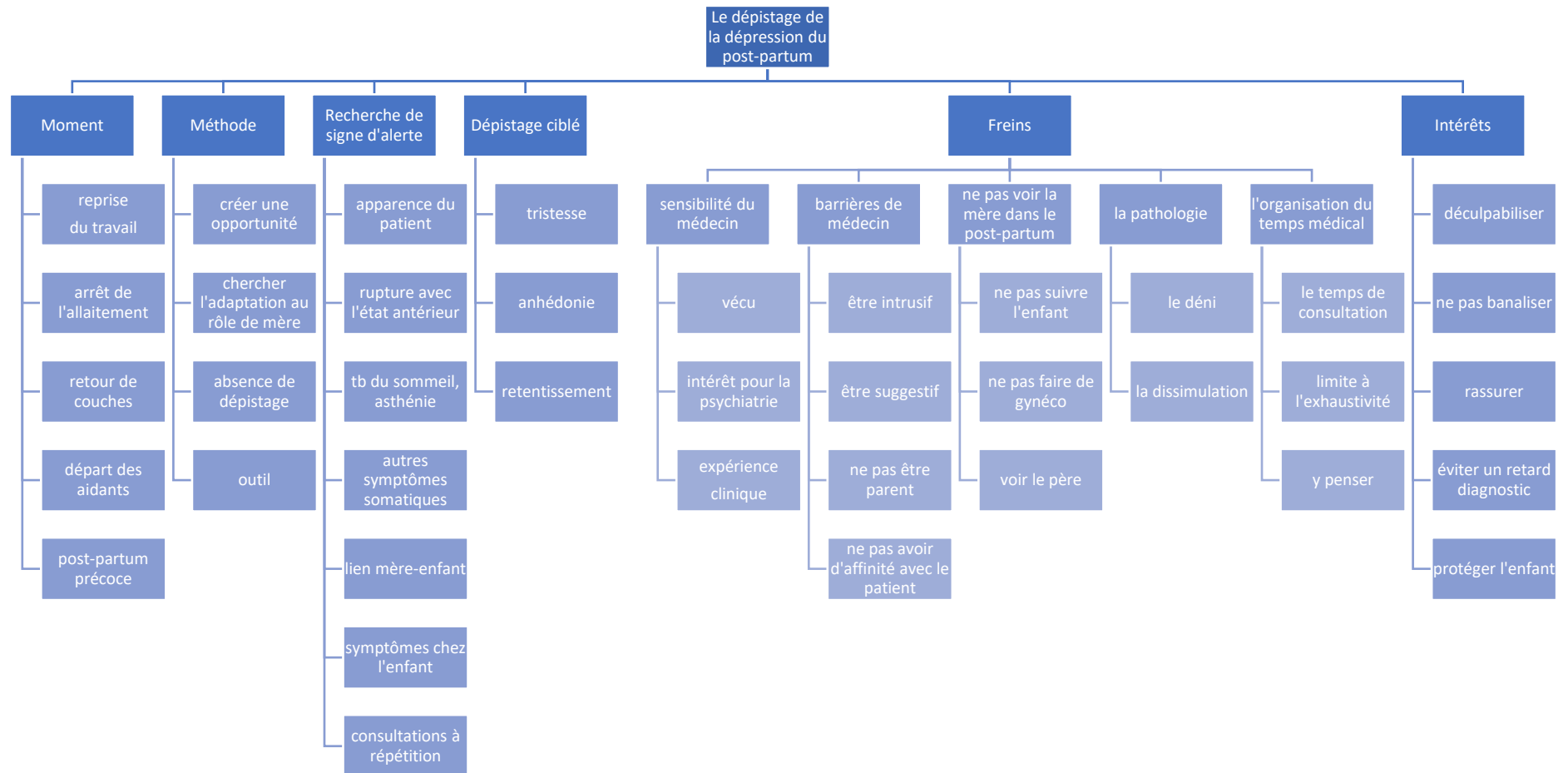


Figure 3 : Le dépistage de la dépression du post-partum

Les sous-thèmes abordés dans le thème principal « Le dépistage de la dépression du post-partum » sont résumés dans la Figure 3.

1. Moment de vigilance

● La reprise du travail

Plusieurs médecins évoquaient la reprise du travail comme étant une période de vulnérabilité pour la nouvelle mère, soit du fait des sollicitations anxieuses qu'elle génèrerait, soit du fait d'un changement de rythme qui rajouterait de la fatigue, soit également du fait de la séparation avec l'enfant.

Médecin A : « *C'est sûr si on voit qu'il y a des problèmes au travail, quand elle reprend le travail, (...) oui il faut aborder ces sujets.* »

Médecin C : « *"je dois reprendre le boulot, ça m'angoisse", ou "j'ai repris le boulot, je suis fatiguée"* »

Médecin E : « *Est-ce que c'est lié à la reprise du travail, à la séparation [avec l'enfant] ?* »

La reprise du travail pouvait également venir compliquer un état dépressif déjà présent.

Médecin B : « *Elle a fait un beau syndrome dépressif du post-partum qui s'est ensuite déplacé vers le travail.* »

● L'arrêt de l'allaitement

Des médecins évoquaient l'arrêt de l'allaitement également comme une période de vulnérabilité.

Médecin E : « *Est-ce que c'est lié à un arrêt d'allaitement ? Parfois faut faire un deuil de l'arrêt de l'allaitement.* »

Médecin B : « *Je pense que très souvent l'allaitement est stoppé pour de mauvaises raisons... et parfois il est continué pour de mauvaises raisons aussi, et dans les deux cas il faut, faut vraiment, évaluer les choses au calme.* »

● Le retour de couches

Médecin I : « *Le retour de couche, sur le plan hormonal, je l'ai rassurée en lui disant que ça pouvait arriver, que c'était un moment un peu vulnérable.* »

● Lorsque les aidants s'en vont

Que ce soit la fin du congé paternité ou lorsque les proches s'en vont en laissant la mère seule face à son enfant, les médecins évoquaient cette période comme pouvant être anxiogène pour la nouvelle mère.

Médecin F : « *Elles sont en couple, elles sont jeunes et puis tout à coup patatra ! Maman est partie, je suis revenue de l'hôpital, je rentre chez moi pis je me retrouve face à un petit bébé qui pleure je sais pas pourquoi il pleure.* »

Médecin L : « *Tout le monde se barre et pfiiit ! (...) Moi j'ai l'impression que c'est très vite, enfin dès qu'il y a l'isolement, dès que je sors de la maternité et qu'il y a un peu moins de monde qui passe.* »

● Le post-partum précoce

Souvent les médecins exprimaient être plus vigilants sur l'état de santé de la mère dans le post-partum précoce.

Médecin C : « *La question systématique sur sa santé [à la mère], sur elle sa santé générale, c'est plutôt quand je reçois le bébé la première semaine de vie ou le premier mois, 2 mois.* »

Médecin D : « *Des fois je fais l'examen du huitième jour, et du premier mois, donc quand je fais ces deux examens-là, on est dans cette période un peu critique, et donc voilà moi je leur demande "comment ça se passe à la maison ? comment vous vous sentez ?"* »

Médecin I : « *Jusqu'à trois mois après la grossesse, l'accouchement, je demande si ça va bien sur le plan du moral, si elles y arrivent, j'essaye de creuser un petit peu.* »

Médecin J : « *Jusqu'aux six mois, j'essaie toujours de demander à la maman si elle va bien.* »

Parfois le suivi précoce était réalisé par les sages-femmes et le généraliste intervenait selon lui un peu tard.

Médecin L : « *En général le suivi du tout-petit en post-partum, on a les sages-femmes en libéral qui interviennent (...) mais on arrive un peu après la bataille du coup, on les voit en général au bout d'un mois ou quand ça merde. Donc on est déjà hors-jeu, de fait, enfin à mon sens.* »

Les médecins disaient être vigilants à l'état psychologique de la mère dans le post-partum précoce, en particulier à des moments charnières constituant un changement pour la mère, qu'il soit hormonal ou en termes de rythme ou de proximité avec l'enfant (travail, allaitement, fin du congé paternité).

2. Méthode

● Créer une opportunité

Au minimum, les médecins posaient une question très ouverte laissant l'opportunité à la patiente de s'exprimer.

Médecin C : *« En gros c'est cette question rapide, "est-ce que vous ça va ?" mais pas précisément "est-ce que vous avez le moral ?", "est-ce que vous angoissez ?" ou... je ne sais pas mais pas de question précise en fait. »* et plus loin : *« Non, je ne recherche pas trop la dépression du post-partum (...) quand je demande "ça va ?" par exemple, j'ai pas trop ça en tête, je demande assez globalement. »*

Médecin F : *« Ça c'est une question que je pose à tous mes patients. Comment ça va ? »*

Pour certains médecins, le « ça va ? » questionnait implicitement le moral.

Médecin H : *« Je n'ai pas souvenir de poser directement la question moralement comment ça va, encore que... encore que, ce n'est pas rare que je demande, et sinon vous ça va, la fatigue... mais ouais pas, enfin je leur pose pas directement la question, (...) implicitement de façon assez systématique mais est-ce que c'est suffisamment fiable pour dépister, je n'en sais rien. »*

Médecin J : *« Sur les consult' du nourrisson, qui sont souvent amenés par les mamans, jusqu'aux six mois, j'essaie toujours de demander à la maman si elle va bien, des fois pas creuser vraiment mais en tous cas de demander à la maman si elle a le moral et si ça va. »*

● Rechercher l'adaptation à leur nouveau statut de mère

Lors des consultations de suivi du nourrisson ou lors de la consultation post-natale, c'était l'occasion pour les médecins de questionner comment les choses se passaient pour la nouvelle mère en abordant deux points : d'un côté, la remise de la fatigue de l'accouchement et d'un autre, la gestion du quotidien avec le bébé.

Médecin A : *« Je discute avec elles, savoir un peu comment elles appréhendent leur maternité, leur accouchement... la relation avec le conjoint (...) souvent c'est à l'occasion d'une consultation du nourrisson. »*

Médecin D : *« C'est une consultation où on voit comment ça se passe d'un point de vue physique mais aussi comment ça se passe avec le bébé, comment elles gèrent la maison, la perspective de reprendre le travail, (...) donc moi je leur demande "comment ça se passe à la maison ? comment vous vous sentez ?" mais bon après... est-ce que ça peut être considéré comme du vrai dépistage ? L'aspect psychologique en tous cas ou le vécu émotionnel de la maman, il est important à ce moment-là. »*

Médecin G : *« C'est important de s'occuper bien sûr du nourrisson mais moi je pose toujours des questions à la maman, comment elle va, comment ça se passe pour elle, comment elle s'organise, voilà. Parce qu'on a besoin que la maman soit en forme pour s'occuper du nourrisson. »*

Médecin I : « *Je le fais de façon plus ou moins systématique quand même, alors ce sera peut-être qu'une simple question mais je l'évoque systématiquement en tous cas, (...) est-ce que vous vous en sortez ? et si j'ai l'impression qu'il y a une vulnérabilité, j'essaie de creuser un petit peu.* »

Médecin L : « *On en parle (...) en disant "Alors, ça se passe bien ?" (rires) (...) Et ça suffit en général.* »

Médecin M : « *Oh ça va vite hein, (...) tu poses 2-3 questions, vous n'êtes pas trop fatiguée, et puis après tu dis c'est quand même pas si facile d'avoir un enfant, c'est une responsabilité, alors là, une fois que tu as dit le mot responsabilité elles s'effondrent en larmes et puis on peut discuter (rires), ça va assez vite !* »

Médecin O : « *Je leur demande si elles vont bien, si elles ne se sentent pas trop fatiguées, pas trop débordées, voilà je commence comme ça, (...) on le fait de façon très inconsciente en fait.* »

Médecin P : « *On le fait systématiquement mais sous d'autres termes, on pose la question est-ce que l'accouchement s'est bien passé ? est-ce que vous vous êtes bien remise ? (...) C'est ça qui amène à l'expression des symptômes, quand il y en a. (...) Y'a pas de cadre bien précis mais la question est posée, c'est une question ouverte, donc qui peut donner des réponses.* »

● Absence de dépistage

Pour un seul des médecins, le sujet n'était abordé que si c'était un motif de consultation.

Médecin E : « *Non, sauf si elles m'en parlent, (...) j'attendrais quand même qu'elle me parle de son état de mal-être* ».

● Utilisation d'un outil de dépistage

Aucun des médecins interrogés n'utilisait d'outil spécifique pour dépister la dépression du post-partum.

Tous les médecins hormis un, sans utiliser d'outil spécifique, exploraient l'adaptation de leurs patientes à leur nouveau statut de mère.

De leur point de vue, cela constituait une porte ouverte pour qu'elles puissent s'exprimer si elles en ressentaient le besoin.

3. La recherche de signes d'alerte

De façon également systématique, les médecins étaient vigilants à certains signes qu'ils décrivaient spontanément.

● L'apparence du patient

Le dépistage d'un trouble dépressif commençait dès la salle d'attente, en fonction de l'apparence physique du patient. Un patient négligé, un air triste, etc. alertaient le praticien.

Médecin C : « *La tristesse de l'humeur tu peux le voir, y'a des gens qui pleurent en consultation donc là finalement ce n'est pas très compliqué.* »

Médecin D : « *Le faciès, effectivement, la tristesse.* »

Médecin F : « *« Le patient qui a les yeux comme ça, qui est tout palot, qui est tout blanc.* »

Médecin G : « *Vous avez des femmes que vous reconnaissez plus, elles arrivent plus maquillées, plus coiffées, habillées n'importe comment, une espèce de laisser-aller comme ça qui ne leur ressemble pas et effectivement souvent beaucoup mettent sur le fait qu'elles ont pas le temps depuis qu'elles ont le bébé sauf qu'en général c'est qu'elles vont pas très bien.* »

Médecin M : « *C'est surtout l'épuisement qui finit par être physique, on les voit...* »

Médecin O : « *Après y'a la façon dont la maman se tient et c'est assez facile à, enfin je trouve que c'est assez facile à dépister.* ».

Médecin P : « *La présentation c'est un signe où on peut déceler par exemple le mal-être (...) si la femme se néglige.* ».

● La rupture avec l'état antérieur

Ce ressenti était d'autant plus important que le médecin et le patient se connaissaient bien, car la rupture avec l'état antérieur était alors plus évidente encore.

Médecin F : « *Pis quand on a connu une femme, on l'a suivie dans la clientèle de médecine générale, (...) vous voyez tout de suite qu'il y a quelque chose qui ne va pas.* »

Médecin G : « *En médecine générale très souvent on connaît nos patients et vous savez à peu près, quand vous suivez quelqu'un pendant des années, comment il fonctionne et effectivement parfois, vous avez des femmes que vous reconnaissez plus.* »

Médecin K : « *Quand les gens rentrent, d'abord ils ont un langage corporel qui est ce qu'il est, on le connaît parce qu'on les connaît et dans la salle d'attente je sais quand ça va pas, parce que d'habitude, y'a un sourire, y'a un regard qui est toujours le même et puis là il y est pas et quand il s'assoit je lui dis, qu'est-ce qui va pas ? On ne va pas tourner autour du pot, qu'est-ce qui va pas ? Donc si tu veux, on le perçoit assez vite ça.* »

Médecin M : « *Puis souvent en fait les femmes que je vois c'est des femmes que je connais, (...) donc en fait quand on connaît les gens, ça se repère assez facilement.* ».

Et le fait de connaître son médecin permettrait également aux patients de se confier plus facilement.

Médecin L : « *Comme souvent c'est des jeunes femmes que je connais depuis qu'elles ont 10 ans, 15 ans, le vernis social il existe pas, enfin il n'existe pas... enfin il tombe vite quoi.* ».

Médecin N : « *Y'a quand même un lien qui fait que, alors je ne dis pas qu'on dépiste tout, mais voilà, c'est des gens qu'on connaît bien, on voit s'ils n'ont pas le même comportement, et ils vont nous dire, on a peut-être pas besoin de poser les questions pour qu'ils nous disent les choses parce que y'a vraiment pour la plupart du temps, des relations de confiance quand même importantes.* ».

● Les troubles du sommeil, l'asthénie

Les troubles du sommeil revenaient souvent comme un signe d'alerte quand bien même ils étaient banals puisque la différence de leur expression dépendrait de leur perception et de leur retentissement.

Médecin B : « *Je vais poser quelques questions sur le sommeil, sur la fatigue, sur la manière dont elles ont de comprendre ou ne pas comprendre les besoins de leur enfant, et qui vont éventuellement m'alerter sur un risque. Mais c'est vrai que, c'est peut-être un tort, mais je ne leur parle pas du risque [de dépression du post-partum] en tant que tel, (...) il me semble que c'est une bonne manière de faire le tri... Alors des troubles du sommeil elles en ont toutes, mais la manière de le prendre (...) c'est pas le même discours quelque part.* »

Médecin C : « *Quelqu'un qu'en aurait juste ras-le-bol, qui est fatigué, qui est épuisé.* »

Médecin E : « *Est-ce que le sommeil est bon ou est-ce que le bébé pleure toutes les nuits depuis 3 mois, 4 mois et que ça devient difficile ?* »

Médecin I : « *Si elles viennent pour fatigue ou pour quelque chose qui pourrait être la manifestation somatique de quelque chose de psychique, je verrouille un petit peu plus.* »

Médecin N : « *Au moins une question que je pose quasi systématiquement au gens, c'est est-ce qu'ils dorment bien, parce que ça permet un peu de libérer un peu la parole.* »

● D'autres symptômes somatiques

Médecin B : « *Quand je cherche à dépister un état dépressif, je parle toujours des symptômes cardinaux cliniques, sommeil, appétit, machin... avant de parler de ce qui est beaucoup plus difficile à évaluer c'est à dire ce que la personne ressent en fait.* »

Médecin N : « *Les dames qui mangent pas bien, qui ont une perte de poids très rapide après l'accouchement.* »

Médecin P : « *Si y'a des plaintes somatiques multiples, qu'elles reviennent souvent.* »

● Le lien mère-enfant

Les médecins étaient également vigilants au lien entre la mère et son enfant, qu'ils évaluaient en observant leurs interactions au cours de la consultation ou en interrogeant la capacité de la mère à comprendre son enfant.

Médecin B : « *La qualité du lien mère-enfant et en particulier, est-ce qu'elles ont l'impression de comprendre les besoins, c'est à dire est-ce qu'il pleure et qu'elles comprennent qu'est-ce qu'il se passe, ou bien est-ce qu'il pleure et qu'elles sont perdues face à ses cris ?* »

Médecin D : « *Si je suis l'enfant, de toutes façons systématiquement je demande à la maman comment elle se sent, si elle se sent à l'aise avec son enfant, (...) si je sens qu'elle est très en panique ou un peu en retrait, (...) si j'ai l'impression que dans son comportement il y a quelque chose qui paraît pas être adapté à la situation de la jeune maman.* »

Médecin G : « *Les jeunes mamans qui disent qu'elles ont du mal à s'occuper de leur bébé, (...) qui disent mais je me sens pas mère, je me sens pas en contact avec, elles regardent ça un peu de manière extérieure.* »

Médecin H : « *[Je dépiste] de façon ciblée si jamais je sens qu'il y avait quelque chose qui semble compliqué dans la relation à l'enfant.* »

Médecin K : « *Moi je l'évoque si je vois des signes cliniques en faveur de la dépression du post-partum, mais sinon les femmes qui vont bien, qui parlent bien, qui se comportent normalement avec leur enfant, je ne vais pas leur dire, "et alors, la dépression oui ? non ?", enfin je... non, j'évoque pas comme ça des choses comme ça.* »

Médecin L : « *Ça se passe bien avec le bébé ? et quand il pleure ?* ».

Médecin N : « *Je leur pose des questions savoir si ça va bien la vie avec l'enfant, si elles dorment (...) mais par contre après je n'insiste pas si je les vois bien, avec une belle relation avec le bébé, qu'elles me disent qu'elles ne sont pas trop fatiguées.* ».

● Les symptômes chez le bébé

Plusieurs médecins disaient penser à la dépression du post-partum par le biais de l'enfant.

Médecin A : « *Pas systématiquement mais quand je vois le bébé qui pleure souvent, le bébé qui dort pas bien, c'est l'occasion de recentrer l'examen sur les parents.* »

Médecin C : « *S'il a 6 mois, je vais juste poser la question des nuits, du rythme veille-sommeil et donc peut être que l'on viendra à parler de, du coup si lui il dort pas alors elle dort pas non plus, donc voilà, on va aborder ça.* »

Comme l'expliquait le médecin H, le motif de consultation premier était souvent l'enfant.

Médecin H : « *Je pense que j'oriente vraiment plus ma pratique (...) sur l'enfant que sur la mère donc du coup, je vais dépister indirectement le baby blues ou la dépression du post-partum sur les conséquences éventuelles que ça pourrait avoir sur le lien entre la mère et l'enfant et donc le retentissement que ça pourrait avoir sur l'enfant. Mais parce que souvent les consultations se présentent comme ça, elles viennent souvent avec leur enfant pour qu'on examine l'enfant.* »

● Des consultations à répétition

Les médecins disaient être interpellés par des patients qui viendraient consulter régulièrement pour des motifs non médicalement expliqués ou justifiés du fait de l'anxiété qu'ils traduiraient.

Médecin B : « *Il me semble qu'une maman qui ne va pas bien, elle consulte beaucoup pour son bébé* »

Médecin J : « *Les mamans qui consultent sans arrêt soit pour les enfants, soit pour les parents, mais souvent pour les enfants alors que manifestement y'a rien... on peut s'interroger un peu à savoir si c'est pas plutôt la maman qui a besoin de soutien.* »

Médecin M : « *Si elles viennent me voir trois fois dans la semaine aussi, ça arrive, là je vais me dire tiens y'a un truc qui va pas, ça veut dire que l'angoisse est là, y'a une grosse anxiété, y'a un truc qu'elles gèrent pas bien. Et voilà, c'est ce genre de choses qui m'alerte.* »

Médecin N : « *Quand elles ont beaucoup d'angoisses, quand on les sent très, très angoissées, m'amenant souvent le bébé parce que y'a toujours un truc, il pleure et tout ça, dans ces cas-là, ça me met un petit peu la puce à l'oreille.* »

Les médecins citaient des signes qu'ils dépistaient systématiquement et qui viendraient alors les alerter et les pousser à aller chercher d'autres symptômes plus spécifiques de la dépression du post-partum.

Ces signes pouvaient être visibles (apparence, rupture avec l'état antérieur, lien à l'enfant) ou des symptômes peu spécifiques (troubles du sommeil, pleurs de l'enfant), d'autant plus alarmants qu'ils seraient amenés à constituer un motif de consultation récurrent.

4. Le dépistage ciblé de la dépression du post-partum

Lorsque les médecins repéraient des signes d'alerte, certains allaient chercher plus spécifiquement des symptômes de dépression du post-partum.

● La tristesse de l'humeur

Médecin F : « *Alors moi ce que je leur demande en fait, c'est est-ce-que quand vous êtes chez vous l'après-midi avec votre bébé, vous êtes assise sur un fauteuil comme ça, tout à coup vous vous mettez à pleurer sans que vous compreniez ce qui se passe ?* ».

Médecin O : « *Quand je les vois en difficultés, qui s'inquiètent, qui posent tout un tas de questions, je leur demande si... je leur dis pas comme ça mais, je commence à leur demander si elles se sentent un peu tristounettes.* »

● L'anhédonie

Médecin C : « *C'est la perte de plaisir plutôt, que je demande aux gens, (...) les interactions, les petits plaisirs qu'ils avaient avant...* »

Médecin F : « *Et quand je vois qu'elles vont pas bien, (...) c'est leur dire, est-ce que vous prenez plaisir à être à table, est-ce que vous arrivez à suivre la télé, à suivre les informations, est-ce que vous arrivez à lire un livre, est-ce que vous êtes dans la compréhension de ce vous lisez ou bien vous lisez et vous suivez pas ?* »

● Le retentissement sur la vie quotidienne

Médecin F : « *Je leur demande si elles sont heureuses d'avoir leur bébé dans les bras, si elles se sentent épanouies, si elles pleurent, si elles ont effectivement du mal à s'endormir, si elles ont du mal à manger, si elles sont, si elles ont un problème relationnel avec le mari, des incompréhensions dans le couple qui tout d'un coup leur paraissent énormes.* »

Médecin O : « *On demande si elles arrivent à faire les choses entre les biberons, si elles arrivent à sortir un peu, si elles voient des gens, parce qu'une tétée ça revient vite hein, toutes les 3h, y'a des mamans qui deviennent folles, enfin qui deviennent folles, non peut-être pas mais qui ne sont pas bien dans cette espèce de confinement et d'impression de ne rien pouvoir faire.* ».

Face à des signes qui les alertaient, un petit nombre de médecins allaient dépister chez leurs patientes des signes spécifiques de la dépression du post-partum en adaptant la formulation des questions au contexte.

5. Les freins au dépistage de la dépression du post-partum

5.1. La sensibilité du médecin à la dépression du post-partum

● Le vécu personnel

Les médecins confrontés personnellement par leur expérience ou celle de leurs proches à la dépression du post-partum ou plus généralement aux difficultés psychologiques éventuellement rencontrées dans le post-partum, disaient y être plus vigilants, avoir plus de facilités à les repérer.

Médecin F : *« L'expérience, tout simplement l'expérience. D'abord personnelle parce que moi j'ai quand même accouché 3 fois donc, je dirais la dépression du post-partum, ce truc-là, ce baby blues-là, je crois qu'on l'a toute plus ou moins. Moi je l'ai vécu personnellement donc ça m'aide beaucoup pour le repérer. »*

Médecin E : *« J'en ai jamais rencontré, même dans mes remplacements... plus dans mon entourage ! (rires) »* et plus loin : *« Toutes les expériences personnelles nous influencent donc je pense que l'on fait plus attention quand on a été confronté, soi-même ou que l'entourage a été confronté, à ce problème, donc oui peut être que je suis un peu plus vigilante. »*

Médecin M : *« J'ai pas eu d'expérience de dépression du post-partum, enfin après, cette difficulté de devenir responsable, ça c'est quelque chose évidemment que j'ai éprouvé, que j'ai bien, bien ressenti. »*

● L'intérêt pour la psychiatrie

Les médecins ayant un intérêt spontané pour la psychiatrie étaient plus sensibilisés au sujet.

Médecin F : *« La dépression c'est quelque chose qui est très intéressant, moi c'est une pathologie qui m'a toujours beaucoup intéressée depuis très longtemps. »*

Médecin G : *« J'ai un intérêt naturel pour la psychiatrie depuis toujours, je crois que c'est surtout ça qui fait que je suis sensible, et sensibilisé. »*

● L'expérience clinique

Un des médecins se sentait sensibilisée à la dépression du post-partum du fait d'y avoir été confrontée en stage hospitalier.

Médecin D : *« Durant mon internat, j'ai fait 3 jours à l'hôpital X, à l'unité mère-enfant. Donc un peu sensibilisée quand même (rires). »*

Même si elle mettait en évidence que son regard sur la dépression du post-partum était peut-être biaisé du fait que l'hôpital ne recrutait que les cas les plus graves.

Médecin D : « *Après c'est vrai que sur la dépression du post-partum, j'ai pas beaucoup d'expérience ou de vécu, bon, je suis passée à l'unité mère-enfant, j'ai vu... mais c'est quand même un peu particulier parce que du coup, y'a un biais de sélection, c'est les cas les plus graves qui sont dans ces unités-là.* »

A l'inverse, un autre des médecins récemment installés, jamais confronté à la dépression du post-partum dans son expérience personnel ou professionnel, n'était pas sûr de l'identifier en tant que telle.

Médecin C : « *Des dépressions [du post-partum] j'en ai jamais vu, non ça me dit rien du tout (...) peut-être que je me dirais même pas c'est une dépression du post-partum, peut être que je me dirais c'est une dépression (rires).* »

5.2. Les barrières du médecin

● La peur d'être intrusif

Plusieurs médecins hommes exprimaient ressentir une limite aux questions qu'ils pouvaient poser à leurs patients.

Médecin A : « *Si je n'ai pas de symptôme par rapport à ça alors je vais pas aller sur quelque chose où le patient n'est pas forcément demandeur.* »

Médecin I : « *C'est du feeling hein, des fois on pose ce qu'on peut poser et puis on va aussi loin qu'on peut aller, voilà.* ».

Médecin K : « *Forcément, quand tu as un petit peu d'expérience tu te doutes bien que bon, si l'enfant il va de travers, c'est que chez lui, ça va pas droit, c'est difficile d'y mettre le nez.* »

Le risque de franchir cette limite serait que la patiente ne revienne plus.

Médecin L : « *Ça suffit à ce que les digues lâchent (...) ou alors elles ne viennent plus me voir (rires), ça c'est vrai aussi.* ».

Médecin K : « *Je lui ai suggéré une hospitalisation, qu'elle a très mal acceptée, je pense que c'est là-dessus qu'elle est partie d'ailleurs.* »

Un des médecins disait donc pratiquer un dépistage implicite en remettant en question sa sensibilité, autrement dit sa capacité à repérer les personnes effectivement déprimées.

Médecin H : « *Je crois beaucoup au dépistage parce que je trouve qu'on en fait beaucoup de façon implicite, parce qu'on connaît les patients, on a le ressenti, sauf que je suis pas sûr que ce soit suffisamment sensible.* »

Sur ce sujet, des médecins femmes avaient des avis divergents.

Médecin D : *« Je pense qu'il ne faudrait pas en tant que médecin qu'il y ait des questions qui nous gênent, poser des questions sur la sexualité, les MST, à un adolescent, c'est pas toujours simple mais il faut y aller franco parce qu'on est là pour ça, enfin on est des professionnels quoi. »*

Et le médecin O exprimait que pour elle, cette problématique féminine était facile à aborder.

Médecin O : *« Je suis très bavarde donc je fais beaucoup bavarder les gens et ça vient assez facilement, voilà. C'est pas difficile, enfin pour moi en tous les cas, ce n'en est pas une, j'ai plus de difficultés par rapport à d'autres problèmes mais qui ne concernent pas que la femme donc ce n'est pas le sujet de ta thèse (rires). »*

● La peur d'être suggestif

Certains médecins, en interrogeant leurs patientes sur la dépression du post-partum, avaient peur de leur suggérer des idées.

Médecin B : *« Je ne leur parle pas du risque spécifique de souffrance psychologique à ce moment-là parce que, des fois, il me semble que j'aurais l'impression de déclencher quelque chose qui n'a pas forcément lieu d'être déclenché. »*

Médecin K : *« A partir du moment où je vais te parler d'un éléphant bleu, ne pense pas à un éléphant bleu, ... t'es obligée d'y penser. Et je trouve que de demander à une femme qui est pas forcément très, très bien, le suicide pour vous, enfin c'est quelque chose de présent ? Pfarh ! Ça ne me paraît pas forcément LA bonne idée quoi sur ce moment-là, sur ce genre de thème. »*

Là encore, les idées divergeaient.

Médecin J : *« Moi ça ne m'a jamais posé de problème, même quand il fallait parler d'idées suicidaires, de choses comme ça, je trouve que (...) c'est plus simple si on voit bien de quoi on parle, parce que y'a des choses qui sont un peu floues des fois. »*

● Le fait de ne pas être soi-même parent

Sur le sujet de la parentalité, un médecin sans enfant s'y aventurerait moins.

Médecin C, homme, 31 ans : *« Ça dépend si c'est le premier ou pas, souvent je demande si c'est le premier enfant parce que, voilà, je considère qu'une maman, si c'est son deuxième enfant j'en sais probablement moins qu'elle sur les notions de nursing (rires). »*

Le médecin D disait pouvoir être déstabilisée qu'on l'interroge sur sa propre inexpérience de parentalité car la question mettait alors en évidence que le savoir qu'elle apportait à ses patients était purement théorique.

Médecin D, femme, 34 ans : « *Ça me déstabilise quand moi on me demande "mais vous, vous avez des enfants docteur ?" parce qu'effectivement, ça ne vient pas d'une expérience personnelle mais après, (...) s'ils viennent nous voir c'est pour qu'on les confronte à un savoir et pas forcément à une expérience personnelle.* »

Et ainsi plus globalement, comme le soulevait plusieurs médecins, l'expérience personnelle modifierait-elle la qualité de la prise en charge des médecins ?

Pour le médecin I, ce n'était pas le cas.

Médecin I, homme, 33 ans : « *C'est le problème général de la médecine, est-ce qu'on est plus aguerré aux expériences qu'on a eu soi-même qu'aux expériences qu'on a pas eu ? Mais plus spécifiquement sur les problématiques autour de l'accouchement, autour de la pédiatrie, je suis pas forcément convaincu.* »

Pour les médecins parents, il était évident que leur prise en charge des enfants et de la femme dans le péri-partum s'en trouvait modifiée voire améliorée.

Médecin J : « *Oui, sur les consultations c'est évident, probablement qu'il y a plus d'empathie, y'a des situations qu'on comprend mieux. Pour toute la pédiatrie en général (...) je suis beaucoup plus à l'aise en ayant vécu les bébés en bas âge que sans, ça c'est sûr. Alors après, je pense pas que ce soit particulièrement difficile à aborder quand on est pas parent mais y'a quand même une petite sensibilité différente quand on a ça.* »

Médecin N : « *Je vois quand même beaucoup de mamans très anxieuses, mais là pour le coup je me sens apte à le gérer, du fait de mon expérience (...) donner des petits trucs, c'est à la limite du médical on va dire.* »

Médecin O : « *J'essaie de dédramatiser quand une maman est débordée, ça par contre, on l'a vécu donc voilà.* »

Médecin P : « *Absolument, je pense que le fait d'être parent quand même ça te change la prise en charge de tes patients et ça te change aussi la façon de voir les choses et de les appréhender, ça c'est très important hein ! (...) Tu es plus sensibilisé parce que tu vis des situations que tu n'avais jamais vécu avant et tu peux comprendre quand les gens te disent quelque chose, notamment si l'enfant pleure la nuit etc.* »

Médecin H : « *Oui, c'est sûr que le rapport au, même à la grossesse, et au post-partum, a nettement évolué depuis que j'ai été confronté à la grossesse de ma femme et à l'accouchement, aux suites de couches. Mais par expérience hein ! Et même dans l'examen des enfants, des petits, dans le suivi y'a des choses qui sont plus faciles.* »

Médecin M : « *Probablement que ça aide d'être parent et qu'on est peut-être plus sensible à certaines choses, mais après je pense que quelqu'un qui n'est pas parent peut tout à fait s'en rendre compte (rires) ! Dieu merci on n'est pas obligé d'expérimenter toutes les maladies de nos patients !* »

Pour deux des médecins parents, le fait d'être une femme participait d'autant plus à cette capacité de prise en charge.

Médecin B : *« C'est une évidence. Je pense que j'aurais du mal à me positionner facilement face à cette problématique-là si je n'étais pas passée par là moi-même. C'est pas gentil hein, c'est pas gentil pour tous les médecins hommes ou tous les médecins femmes qui font le choix, ou pas le choix d'ailleurs, de ne pas avoir d'enfant, mais c'est vrai que c'est une expérience tellement spécifique, et la grossesse et le lien mère-enfant, des premiers mois de vie, que je pense que l'expérience elle est très précieuse pour le coup. Et surtout, je pense que, pour mes patientes, le fait de leur dire, je suis passée par là aussi, ça donne du poids à ma parole, y compris de réassurance, de déculpabilisation, de dédramatisation, etc. Voilà, ce que j'essaye c'est d'être efficace et je pense que des fois, avec certaines femmes, parler en tant que mère sera plus efficace que parler en tant que médecin. »*

Médecin F : *« La femme qui vient d'accoucher (...) elle va pas se sentir bien avec son médecin généraliste, à moins que le médecin généraliste soit une femme, qu'elle ait accouchée, un peu comme moi, excusez-moi de vous dire ça hein, et qu'elle ait sa propre expérience et qu'elle soit plus attentive à ce qui se passe, je suis pas sûre qu'un homme va tout piper là. »*, et plus loin : *« Je sais pas jusqu'à quel point ils sont pas complètement perdus (...) je veux dire qu'un homme peut ne pas forcément être perméable à certains, à certaines choses, voilà. »*

D'autres médecins trouvaient une influence de la parentalité même indirectement, au travers leurs proches.

Médecin D : *« Moi personnellement je n'ai pas d'enfant, (...) ceci dit, je pense que ma pratique avec les enfants et avec les femmes enceintes est aussi un peu en lien avec ce que je peux vivre avec mes belles-sœurs, ça sensibilise, oui complètement, complètement. Forcément on apporte toujours un peu de soi dans sa pratique. »*

● Le fait de ne pas avoir d'affinité avec le patient

Médecin M : *« Peut-être que je suis pas systématique, ça c'est possible, des fois tu passes un peu à côté parce que tu accroches un peu moins avec la maman, parce que c'est une relation d'humain à humain. »*

5.3. Le fait de ne pas voir la mère en post-partum

● Ne pas suivre l'enfant

Les médecins disaient avoir accès à la mère via l'enfant.

Médecin D : *« Si je suis l'enfant, de toutes façons systématiquement je demande à la maman comment elle se sent, si elle se sent à l'aise avec son enfant, si elle dort bien, si... voilà. »*

● Ne pas pratiquer de gynécologie

En particulier, ne pas faire le suivi de la grossesse ou la consultation post-natale, pouvait être un frein à aborder les troubles psychiatriques du post-partum.

Médecin F : « *La dépression du post-partum en France je suis pas sûre qu'elle soit si reconnue que ça (...) parce qu'on est coincé entre des médecins hospitaliers qui n'ont pas cette relation là avec le patient et le médecin généraliste qui va pas toujours faire de la gynéco donc pas s'occuper de ça en fait.* ».

● Voir le père lors du suivi de l'enfant

Médecin G : « *Ce qui est compliqué aussi maintenant c'est que parfois on fait des visites de nourrissons avec uniquement le papa, y'a des papas sur-modernes (rires) donc ils prennent la place de la maman et on ne voit pas la maman !* ».

5.4. La pathologie elle-même

● Le déni des patientes

Le médecin A évoquait également des difficultés à aborder un problème de santé non reconnu par le patient lui-même.

Médecin A : « *Je pense que si y'a pas de motif médical du bébé, si la patiente ne vient pas pour ça, c'est peut-être un peu compliqué d'aborder un problème de dépression qui ne sera pas forcément accepté par la patiente, parce qu'il y a quand même des fois un refus, des fois des patientes qui disent "ben non, tout va bien".* »

Parfois, le motif de consultation pouvait être masqué.

Médecin P : « *La fatigue des fois c'est un motif de consultation après l'accouchement, (...) mais ça peut être une façon cachée de ne pas exprimer la tristesse.* ».

● La dissimulation

Parfois la culpabilité serait si forte qu'il y aurait un effort de dissimulation.

Médecin D : « *Après je pense qu'elles n'y pensent pas en fait ou pas forcément donc si je ressens qu'il y a quelque chose qui va pas chez la personne je vais poser la question, mais après si la personne se débrouille bien pour cacher des choses, ça pourrait passer au travers.* ».

Médecin J : « *On ne perçoit pas enfin je pense qu'il y a vraiment des erreurs diagnostiques là-dessus. Y'a des dames qui ne sont pas diagnostiquées parce que y'en a qui cachent très bien leur jeu, surtout quand on a un bébé, qu'on parle beaucoup des enfants en consultation.* ».

Médecin L : « *Il faut ouvrir la porte mais la porte elle ne s'ouvre que si elles ont décidé. Parce que le propre de ces... c'est tellement impur d'être une mauvaise mère ou de se ressentir mauvaise mère que c'est un tabou donc je n'en parle pas, donc je masque ça.* »

Médecin M : « *Elles ont toujours fonctionné comme ça, où de toutes façons on est obligé d'assumer donc ne pas être en position de le faire, c'est un aveu d'échec terrible quoi ! Et du coup, on peut pas avouer et souvent, c'est tardif.* »

5.5. L'organisation du temps médical

● Le temps de la consultation

Certains médecins évoquaient une problématique de temps.

Médecin C : « *Peut-être parce que je n'ai pas le temps non plus de, (rires) d'en savoir trop.* »

Médecin M : « *Y'a des fois où tu es plus disponible que d'autres et où tu poses plus la question.* »

● La limite à l'exhaustivité

Chaque spécialité aurait sa spécificité et voudrait que les généralistes y soient vigilants.

Médecin G : « *Après, on ne dit jamais tout à tout le monde, on voudrait que, on nous dit ça dans toutes les pathologies, faudrait dire tout à tout le monde, mais non ! (rires).* »

● Y penser

L'une des principales difficultés retrouvées dans le fait de dépister systématiquement résidait dans le fait d'y penser.

Médecin D : « *Je ne pense pas que ce soit quelque chose à laquelle je pense beaucoup... en préventif en tous cas, en systématique.* ».

Ainsi, les médecins généralistes mettaient en évidence un certain nombre de freins au dépistage de la dépression du post-partum dans leur pratique.

Ceux-ci pouvaient être en lien avec leur sensibilité propre à la dépression du post-partum (selon leur vécu, leur intérêt pour la psychiatrie, leur expérience clinique), les barrières qu'ils s'imposaient (pour ne pas être intrusif, suggestif ou illégitime du fait d'un manque d'expérience personnelle dans le domaine de la parentalité), la maladie elle-même (dénier de la maladie, dissimulation du fait d'une trop grande culpabilité) ou des contraintes organisationnelles (temps, limite à l'exhaustivité, y penser).

6. Les intérêts du dépistage

● Déculpabiliser

Les médecins disaient qu'aborder spontanément le sujet de la dépression du post-partum permettait de déculpabiliser les patientes.

Médecin A : « *C'est vrai que souvent le fait d'aborder le sujet c'est déjà un grand pas, la patiente culpabilise moins par rapport à ça, parce que souvent y'a un sentiment de culpabilité "bah ouais pourquoi je déprimerai alors que tout va bien".* ».

Médecin C : « *T'as une grosse culpabilité j'imagine dans la dépression du post-partum, donc elles viennent pas spontanément (...) si tu poses pas trop la question peut être qu'elles ont effectivement des problèmes dont elles ne te parleront même pas du tout.* ».

Médecin J : « *Alors soit les gens ils répondent très vite, c'est non et puis on sent que c'est une évidence, soit c'est qu'ils bloquent un petit peu et (...), ça les embête de dire oui mais on sent que ça leur fait plutôt du bien.* ».

● Ne pas banaliser

Parfois les patientes, comme les médecins, la banalisaient.

Médecin E : « *Je pense qu'on a tendance à se dire que, c'est un petit coup de mou, c'est le contre-coup, c'est la fatigue... je pense qu'on met un peu ça sur le compte de la fatigue ou de la séparation, des choses comme ça, ou de l'hiver qui arrive, ou ce genre de chose quoi. Ça peut être un peu difficile à mettre le doigt dessus.* ».

● Rassurer

Parfois aborder le sujet permettait d'informer, de faire la part des choses entre le normal et le pathologique et finalement rassurer.

Médecin G : « *On en parle parfois après l'accouchement pour les rassurer, pour faire la différence entre une dépression, un baby blues, une fatigue habituelle dans les premiers mois quand même quand vous ne dormez pas pendant 3 mois... Donc parfois ça permet de donner des petites informations sur ce qui normal, ce qui est pathologique.* ».

● Eviter un retard au diagnostic

Un dépistage précoce permettrait de faire un diagnostic moins tardif.

Médecin B : « *Je me dis que lui, je l'ai raté au début, par rapport à ça. Je pense que son état dépressif il datait de la naissance de sa fille et que si, probablement que si j'avais réussi à l'évaluer correctement, on ne serait pas allé aussi loin dans le syndrome dépressif* » et plus loin : « *J'ai pas du tout vu, je suis complètement passée à côté de ça, avant que ça devienne tellement évident que, qu'il n'allait plus fort* ».

Médecin L : « *Vraiment des fois on s'y attend pas !* », et plus loin : « *Le retard diagnostic fait partie de la maladie.* »

● Protéger l'enfant

Pour un certain nombre de médecins, le principal enjeu de la dépression du post-partum concernait les conséquences éventuelles sur l'enfant.

Médecin C : « *Mais du coup, je suis en train de me dire que je rechercherais ça plutôt pour protéger l'enfant (rires) pas trop pour parler à la maman, bref.* ».

Médecin E : « *J'évalue aussi sa relation avec son enfant, voir si y'a un danger évident ou pas.* ».

Médecin K : « *J'imagine bien que dans des contextes sociaux particuliers ça doit être terrible. Enfin, c'est vrai que Mme Courjault, tous ces gens qui congèlent leur bébé, ça doit en faire partie hein, mais bon c'est pas... faudrait qu'on fasse un inventaire des congélateurs en France pour savoir si y'a beaucoup de bébés qui ont été flingués (rires) !* »

Médecin L : « *Avec des grosses implications sur les enfants, que ce soit violences ou abandons, enfin, des trucs un peu limites.* »

Médecin O : « *Parce qu'une maman toute seule avec son bébé, on sait pas ce qu'elle peut faire hein.* »

Selon les médecins généralistes interrogés, le dépistage de la dépression du post-partum leur permettait d'aborder le sujet et ainsi de déculpabiliser la patiente, la rassurer, ne pas banaliser le trouble. Il permettait également de faire un diagnostic plus rapide et dans certains cas, de protéger l'enfant.
--

Les médecins généralistes décrivaient pratiquer un dépistage de la dépression du post-partum implicite de deux manières conjointes : d'une part verbale, en posant une question d'ordre général qui permettait de donner à la patiente une opportunité de s'exprimer, d'autre part non-verbale, en recherchant des indices visibles d'une rupture avec l'état antérieur, sous-tendue par la connaissance de la patiente, ou bien d'une atypie dans sa relation à l'enfant.

Lorsqu'ils repéraient d'éventuels signes qui les alertaient, ils pouvaient pratiquer un dépistage alors ciblé de la dépression du post-partum, en posant des questions sur des symptômes spécifiques et leur retentissement sur la vie quotidienne.

Ils pratiquaient un dépistage survenant précocement dans le post-partum, essentiellement dans le but d'aborder le sujet afin de rassurer la patiente et de la déculpabiliser d'en parler. A plus long terme, la principale inquiétude des médecins sur les conséquences de la dépression du post-partum concernait l'enfant.

Le fait que les médecins ne dépistaient pas systématiquement la dépression du post-partum dépendait avant tout de la sensibilité de chacun sur le sujet, elle-même dépendant de leur vécu et de leur expérience clinique, des limites que les médecins s'imposaient dans leur relation à la patiente, et des contraintes de la consultation (ne pas voir la mère, temps, exhaustivité).

V. La dépression du post-partum vue par les médecins



Figure 4 : La dépression du post-partum : situations à risque, prévalence, signes cliniques et prise en charge

Les sous-thèmes abordés dans le thème principal « La dépression du post-partum » sont résumés dans la Figure 4.

1. Les facteurs favorisants

● Une première grossesse

Le premier enfant revenait régulièrement comme un facteur de risque car il traduisait un plus grand changement dans la vie du couple.

Médecin A : « *C'est un bouleversement dans la vie de la famille, surtout quand c'est le premier. Un peu moins quand on a fait plusieurs. On a une relation triangulaire qui complique un peu les choses, forcément.* »

Médecin F : « *Y'en a beaucoup qui se sentent dépassées par un nouveau venu, c'est à dire qu'elles sont en couple, elles sont jeunes et puis tout à coup (...) je rentre chez moi pis je me retrouve face à un petit bébé qui pleure, je sais pas pourquoi il pleure.* »

Médecin K : « *On retombe toujours dans ce problème-là du couple avec d'un seul coup la maitresse qui devient autre chose, qui n'existe plus quoi, y'a plus que la mère de l'enfant, l'enfant dans le lit entre les deux, enfin bon, truc assez difficile à gérer.* »

Médecin P : « *Avant c'était elle le centre du monde et maintenant avec la venue de l'enfant, c'est l'enfant qui était le centre du monde, plus personne ne s'occupait d'elle, même le mari il s'occupait plus de l'enfant que d'elle alors elle, elle se sentait un petit peu délaissée dans son rôle de femme quoi.* »

Les médecins mettaient en exergue le décalage entre le fantasme de la maternité élaboré pendant la grossesse et la réalité après l'accouchement.

Médecin L : « *Le seul facteur prédictif mais c'est difficile d'y avoir accès, c'est l'idée qu'elles se font d'elles-mêmes, en tant que mère, avant d'avoir eu des enfants. Moi ce que j'en vois, c'est que l'immense majorité des dépressions du post-partum c'est une inadéquation de l'image maternelle qu'on s'est construit vis à vis de la réalité, c'est à dire que, le bébé cadum qui est mignon, qui sourit, qui mange tout, qui fait caca ça sent bon et qui dort aux bonnes heures avec une maman qui a le ventre plat, qui a récupéré son poids, qui prend son pied au lit avec un mec présent et beh je veux dire, c'est rare, tout ça à la fois ! Après y'a des femmes qui savent déjà qu'elles seront pas des bonnes mères donc celles-là, elles sont moins en danger, et puis y'a celles qui veulent être parfaites et là c'est plus dur.* »

Médecin K : « : « *Quand le bébé va arriver, ils vont avoir 2 ans compliqués, parce que pendant 2 ans ils vont vivre au rythme du bébé, que ce soit au niveau sommeil, alimentaire, tout va être par rapport au bébé, par rapport aux sorties, on sort plus pareil parce qu'il faut emmener le bébé ou pas emmener le bébé... Au bout de 2 ans, on sort la tête de l'eau, et puis bon, avec un peu de chance y'a le 2e qui arrive et donc ça recommence, ça je leur explique bien parce que pendant la grossesse, en fin de grossesse, ils sont tout contents, ils vont avoir un beau bébé, ils vont faire des photos mais en fait non, en fait pendant 2 ans c'est un petit peu l'enfer.* »

● Une vulnérabilité individuelle

Des médecins évoquaient certaines personnalités plus sujettes à développer une dépression.

Médecin A : « *Je pense qu'il y a aussi le tempérament de chacun hein, y'a des gens qui seront plus facilement dépressifs que d'autres* ».

Médecin B : « *Certainement qu'elle était plus vulnérable et que c'est pour ça qu'elle a décompensé plus vite.* »

Médecin K : « *Je pense qu'elles ont une prédisposition pour ça. Elle a un terrain pour faire la dépression et l'accouchement provoque une acutisation.* », et plus loin : « *Pour ce que j'ai vu (...) c'était vraiment très, très, très personnel, lié au caractère.* »

● Des antécédents psychiatriques

Des antécédents de dépression étaient reconnus par la plupart des médecins comme facteur favorisant et même comme un facteur de gravité venant compliquer la prise en charge.

Médecin A : « *Les antécédents personnels de dépression doivent favoriser ça* », et plus loin : « *Il faut savoir passer la main quand on voit qu'on n'y arrive pas ou que c'est trop lourd au niveau des antécédents psychiatriques.* »

Médecin B : « *Elle a décompensé sur le plan dépressif après l'accouchement, mais en même temps, elle a tellement un lourd passé psychiatrique (...), elle j'ai passé la main.* »

Médecin C : « *J'imagine que je serais peut-être plus regardant chez les personnes qui ont eu des antécédents de dépression ou de fragilité.* », car il avait été confronté à : « *Des patientES psychiatriques qui avait arrêté leur traitement chronique et qui avait fait une bouffée dans le post-partum.* »

Médecin D : « *Forcément si y'a des antécédents de dépression, que ce soit sur une précédente grossesse ou en dehors de la grossesse (...) quand on va la voir avec son bébé on va être d'autant plus vigilant.* »

Médecin F : « *Après y'en a quelques-unes ça peut être une porte ouverte à la vraie dépression, mais souvent ce sont des femmes qui quand même ont eu pendant leur grossesse des problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique.* »

Les antécédents psychiatriques plus généralement étaient source de vigilance.

Médecin G : « *Je fais en particulier beaucoup de travail sur les troubles du comportement alimentaire et derrière on trouve pas mal d'état de stress post-traumatique, y'a des abus sexuels dans l'enfance, des choses comme ça et aussi beaucoup de troubles de l'humeur dont des troubles bipolaires (...) et très souvent, pendant la grossesse ou après l'accouchement, il peut se passer des choses, des troubles de l'humeur et c'est la période révélatrice, très souvent de ce genre de trouble.* »

Médecin H : « *Les antécédents personnels de la mère de dépression ou de pathologies psychiatriques, quand il y a des pathologies psychiatriques et qu'elles sont pas suivies par le psychiatre, j'envoie très facilement en consultation de psy dans le service du Dr X à X.* »

● Des addictions

Le médecin G habitué à travailler avec une population précaire, citait les addictions qui pouvaient venir masquer un épisode dépressif, en différenciant l'usage à risque de dépendance, de la dépendance véritable.

Médecin G : « *Tout ce qui est antécédent d'addictions qui, très souvent, ont traité entre guillemets des périodes dépressives. Là aussi c'est compliqué de s'y repérer parce que quand vous demandez maintenant est-ce que vous fumez du cannabis, je sais pas mais dans notre quartier 80% de la population me dit oui, jusqu'à 40-45 ans, 80% disent oui (rires) alors après on regarde est-ce qu'ils fument, comme ils disent, juste un joint le soir pour m'endormir, pour poser mon cerveau ou est-ce que je commence à 8h du matin à en fumer 6 dans la journée. »*

● Une maltraitance dans l'enfance

Le médecin K évoquait la maltraitance dans l'enfance comme potentielle source de dépression à l'âge adulte.

Médecin K : « *Mais sa mère pourquoi elle a eu ça ? Alors est-ce qu'il y a eu une histoire... ? Alors c'est toujours pareil hein, les histoires de touche-pipi dans les familles, moi je trouve que c'est quand même très, très, très, très, très fréquent et oui y'a beaucoup de dégâts certainement... »*

● Des antécédents psychiatriques dans la famille

Entre d'une part le terrain génétique et d'autre part l'acquis par l'éducation, le médecin K mettait en évidence un contexte familial de dépression.

Médecin K : « *Moi je vois surtout des anxiétés majeures chez les parents, forcément le gamin il est comme ça, parce que (...) il est formaté par ses parents, c'est la normalité pour lui, donc ben c'est normal d'avoir peur de tout, tout le temps. Et tu vois là j'ai une nana 50 ans, (...) sa mère est une sinistrosique chronique 24h/24, tout ce qu'elle dit, tout ce qu'elle pense, tout ce qu'elle fait est négatif et dans le noir et elle a été élevée là-dedans et elle est comme ça. On arrive à en parler mais c'est fou quoi, et je lui expliquais que sa normalité à elle c'était un peu sa mère et que sa mère n'était pas normale, parce qu'elle voyait tout en noir tout le temps et que c'est pas la réalité des choses. »*

Le médecin G citait également des antécédents psychiatriques dans la famille.

● Des complications obstétricales

Les médecins citaient également les événements qui venaient compliquer la grossesse ou l'accouchement.

Médecin A : « *Un accouchement difficile, ça doit être... ou grossesse difficile aussi d'ailleurs (...) des antécédents de fausse-couches aussi... »*

Médecin F : « *Dès le début de sa grossesse, ça été hospitalisations sur hospitalisations parce qu'il y avait des vomissements très, très, importants qu'on arrivait pas à arrêter. Donc j'ai fini*

par la faire hospitaliser. Elle, elle m'a vraiment posé problème avec un risque de tentative de suicide après la naissance du bébé, ça été terrible. »

Médecin I : *« Les circonstances de la naissance, c'est sûr que si la grossesse s'est pas très bien passée, si ce sont des préma... »*

Médecin J : *« La prématurité. »*

Médecin O : *« Quand déjà la grossesse a commencé à être un sujet d'angoisse. »*

● Des pathologies chez l'enfant

Les troubles fonctionnels chez l'enfant étaient parfois cités comme un facteur de risque du fait de l'anxiété qu'ils généraient ou de la fatigue accumulée lorsque l'enfant ne dormait pas la nuit.

Médecin A : *« On explique que ça vient du fait que le bébé il pleure. »*

Médecin B : *« Mme X dont le bébé a, a priori, un gros reflux avec œsophagite... y'avait réellement quelque chose qui n'allait pas avec son bébé et je pense que sa dépression, elle l'aurait pas faite si y'avait pas eu cette souffrance à laquelle elle savait absolument pas comment faire face. »*

Médecin C : *« "Il fait pas ses nuits" »*

Médecin I : *« Si le bébé a une santé un peu fragile... »*

Médecin J : *« La maladie chez les enfants. »*

Médecin P : *« La maman de X qui m'appelle tous les 4 matins, en fait elle a fait une déprime parce que sa gamine a un retard de croissance. »*

● Des grossesses non désirées ou trop désirées

Plusieurs médecins citaient les grossesses non désirées comme à risque de dépression du post-partum.

Médecin A : *« Une grossesse non désirée aussi je suppose que ça doit être un facteur favorisant. »*

Médecin K : *« Elles sont plutôt contente d'être enceinte, enfin je veux dire maintenant les grossesses sont quand même très, très choisies. »*

Mais également les grossesses qui auraient été très attendues.

Médecin K : *« Je trouve que les grossesses fabriquées sont assez complexes justement niveau thymique, c'est peut-être celles-là qui seraient plus à risque, parce que ce bébé a tellement été désiré, qu'il devient une espèce d'être surnaturel, je pense que celles-là sont plus en danger. »*

● Les conditions socio-économiques

Plusieurs médecins mettaient en évidence des conditions socio-économiques extrêmes comme à risque de dépression du post-partum, avec d'un côté des femmes précaires du fait même de leur manque de moyens financiers...

Médecin G : « *Des personnes à risque, socialement en danger, qui cumulent souvent les problèmes et psychologiques et sociaux et éducatifs et sanitaires...* », et plus loin : « *Et puis pour beaucoup, enfin moi je vois dans mon quartier, pour beaucoup de jeunes femmes, la vie est dure quoi. Elles ont pas d'argent, elles rament, elles vivent dans des trucs minables, elles sont isolées, elles connaissent personne enfin y'en a plein pour qui... (...) je vois que vous avez mis en gros le bas niveau socio-économique et l'isolement affectif, c'est effectivement ce que l'on repère, ça correspond à une réalité en tous cas.* »

... Et de l'autre, des femmes très éduquées qui auraient beaucoup investi leur carrière, souvent anxieuses du fait de responsabilités dans leur profession, culpabilisant de laisser leur enfant à garder et ne trouvant pas de relai familial.

Médecins A : « *Les conditions socio-économiques je ne suis pas persuadé, je pense même peut être que plus y'a des conditions socio-économiques élevées, peut être que c'est plus fréquent (...) enfin forcément quand on a pas l'argent pour payer le lait du petit ça doit être source de dépression. Non mais je pense que sans parler de la précarité mais je pense que plus les gens ont... du cerveau et plus (rire) ils doivent être dépressifs.* »

Médecin I : « *Le contexte socio-professionnel, professionnel surtout d'ailleurs, voire si ce sont des libérales qui ont repris vite, qui sont un peu sous pression...* »

Médecin L : « *Les pauvres idiots, ils ont du mal à exprimer donc ça se voit moins, et puis y'a aussi souvent qu'ils sont plus entourés, pas toujours bien mais ils sont entourés, donc y'a moins cette solitude, les pauvres vivent souvent en tas alors que les riches s'isolent. C'est vrai ! La grand-mère elle est pas en maison de retraite, elle est là, donc même si elle est beurrée à midi, elle est là, c'est toute la différence.* », et plus loin, à propos des « riches » : « *Quand elles ont leur enfant, elles sont plus âgées donc elles sont plus isolées, les maris sont pas là, elles ont du boulot...* »

Médecin M : « *Les CSP [catégories socioprofessionnelles] très élevées, qui cachent tout, qui gèrent tout, qui sont des wonder-women. Voilà, ça, ça me paraît des situations à risque.* »

Médecin O : « *De mes souvenirs, c'est plutôt un niveau socio-économique élevé qui intervient parce que bien souvent ce sont des mamans qui vont reprendre le travail avec des horaires pas possibles et qui culpabilisent de laisser leur enfant chez la nounou, de pas être assez présente.* »

Médecin P : « *Bas niveau socio-économique... je sais pas, c'est un truc sociologique ça ? Je pensais plus chez les intellos, les gens qui réfléchissent trop après peut être que les classes hautes l'expriment plus facilement. Ont les mots pour le dire.* »

Pour d'autres, il n'y avait pas de lien évident.

Médecin H : « *Le bas niveau socio-économique ? C'est pas quelque chose qui touche toutes les couches socio-économiques ?* »

Médecin K : « *Pour ce que j'ai vu, ça dépendait pas d'une situation, d'un contexte socioéconomique.* »

● **Un environnement social peu soutenant**

Un entourage peu étayant était un facteur de risque qui revenait très souvent, que ce soit parce que la mère serait une mère célibataire ou parce que sa famille serait éloignée et ne permettrait pas un relai pour s'occuper du bébé.

Médecin B : « *Alors toute mère qui me paraît isolée, soit parce que c'est un parent isolé, qu'il y a pas de papa, soit parce que sa famille est loin, qu'elle n'a pas de relais, donc ça c'est vrai que ça me paraît important, c'est des questions que je pose avant l'accouchement très régulièrement et après l'accouchement aussi, que ce soit des relais amicaux ou bien familiaux, "est-ce qu'il y a un relai ? est-ce que quand vous en pouvez plus avec votre bébé vous pouvez le confier à quelqu'un ?" ça me paraît très important. Et quand y'a pas de relai, je suis plus préoccupée, ça c'est sûr.* »

Médecin E : « *Une maman qui n'est pas entourée, qui est un peu isolée... une absence du papa.* »

Médecin F : « *Un isolement physique mais qui devient un isolement moral, psychologique important. Bon après ça peut être aussi qu'elles sont mariées avec des bourrins.* »

Médecin L : « *C'est pas qu'elles sont incompetentes les femmes qui dépriment, c'est juste qu'elles sont seules, enfin qu'il y'a personne pour les rassurer.* »

Médecin M : « *Si la mère est isolée, déjà si y'a pas de papa, si y'a pas de famille autour, enfin si y'a pas un petit socle, ça me paraît à risque particulièrement.* »

Médecin N : « *J'évalue aussi l'entourage, je pense que le rôle et du conjoint et de la mère enfin de la grand-mère, enfin des grands-parents, est hyper important.* »

Médecin O : « *Quand la maman est toute seule, (...) y'a des mamans qui auraient bien envie que le papa s'en occupe un petit peu plus.* »

Médecin P : « *Les problèmes de couple qui surviennent pendant la grossesse.* »

● **D'autres enfants en bas âge**

Des médecins citaient la présence d'autres enfants en bas âge, du fait de la charge de travail qu'ils pouvaient représenter, d'autant plus en situation d'isolement.

Médecin F : « *Les femmes qui sont dans une situation sociale particulière, ça peut être les séparations, les divorces, les femmes seules, ou les femmes qui ont beaucoup d'enfants par exemple, qui vont avoir d'autres petits enfants à la maison, où la charge de travail va être lourde, (...) elle est un peu isolée, toute seule, avec plein de petits-enfants, le mari qui part travailler loin, les parents qui sont pas dans le secteur.* »

Médecin G : « *On peut avoir des coups de blues dans une période qui est fatigante, usante, un accouchement c'est violent, physiquement, avoir des enfants en bas âge, c'est fatigant.* », et plus loin « *Je pense à cette jeune fille que je suis qui a un premier bébé, qui est encore enceinte de 6 mois et pour qui c'est déjà difficile.* »

● Des évènements de vie traumatiques

Médecin A : « *Je pense à cette patiente qui a eu un accident de la route avec son bébé... a posteriori je me suis dis ouais, elle a très probablement fait une dépression suite à cet accident avec ce bébé.* »

Médecin C : « *J'imagine que je serais peut-être plus regardant chez les personnes qui ont eu (...) des évènements de vie qui se sont rajoutés à la grossesse.* »

Médecin P : « *Les problèmes de vie quoi, en termes de boulot ou le stress au travail, des choses comme ça oui.* »

● Les femmes immigrées

Cumulant souvent plusieurs facteurs de vulnérabilité, les femmes issues de l'immigration seraient plus à risque. Un des médecins en citait en exemple.

Médecin B : « *Une dame qui est portugaise, que j'ai connu en dépression sévère avec une dépression du déracinement, j'appellerais ça comme ça, avec un changement complet de vie, entre le Portugal et ici, au Portugal où ils avaient une entreprise qui a fait faillite donc un autre statut social et ici ils sont ouvriers agricoles tous les deux... et donc c'est vrai que elle, elle était très, très, très dépressive avant la grossesse, très dépressive en début de grossesse, mieux, beaucoup mieux, en fin de grossesse, elle je l'ai surveillée comme l'eau sur le feu.* »

● Une anémie ferriprive, une dysthyroïdie

Deux des médecins citaient ces pathologies somatiques comme source de dépression dans le post-partum.

Médecin F : « *Elles accouchent, elles ont des anémies ferriprives en post-accouchement et moi je pense que ça par contre, c'est la porte ouverte à une dépression du post-partum. Et bien souvent je le rencontre. Donc quand elles arrivent ici en ayant le cafard, en étant pas bien et tout, systématiquement je demande une prise de sang.* »

Médecin L : « *Une fois que le fer est normal, la TSH est normale, on en parle quoi, et assez vite.* »

● Une époque anxiogène

Des médecins citaient l'époque actuelle comme étant anxiogène du fait de la multiplicité des informations qui parvenaient à leurs patientes.

Médecin K : « Comme on est bombardé d'informations, par les forums, par tout ce qu'on veut, par le café des commerces, plus les informations familiales où là les choses ne sont pas filtrées, c'est à dire Houlàlà tu vas voir, il va faire ci, il va faire ça, Hou moi le mien il a fait ci, il a fait ça, les gens sont très, très vite paniqués, les jeunes mères sont très vite paniquées. »

Médecin L : « Y'a des blog, y'a des machins et y'a des trucs et tout le monde a sa solution, bon. L'époque est comme ça, (...) souvent avec beaucoup de donneurs, beaucoup de prescripteurs je dirais, de conseils multiples et variés et ça c'est nouveau, la perfection s'affiche sur internet et forcément à coté je suis une nouille et ça doit pas être facile à vivre. »

Ils dénonçaient également une approche actuelle se voulant plus naturelle et paradoxalement plus normée.

Médecin L : « En général le suivi du tout-petit en post-partum, on a les sages-femmes en libéral qui interviennent, les sages-femmes qui ont en général une cinquantaine d'années, qui supportent plus l'hôpital et donc qui sont très dans une mouvance naturopathe, de sophrologie, de médecine douce et donc qui rendent la grossesse et le post-partum très anxiogène en fait où tout doit être pesé, mesuré, la nourriture pesée... en fait c'est une prise en charge un peu gnangnan où tout devient pathologique, (...) une prise en charge moins intuitive et plus anxiogène. »

Et plus loin : « On a des prises en charges qui sont de plus en plus anxiogènes, pour l'allaitement, la pratique qui est non culpabilisante de dire mais non c'est la nature, ça va marcher tout seul, c'est vachement paralysant par exemple, la veille sur le poids de l'enfant avec les craintes de l'obésité avant 3 mois, il me semble que c'est un peu lourdingue, enfin y'a des choses comme ça qui me semblent pas très importantes et pourtant. »

Médecin K : « Après y'a tout le cirque des vaccins, des médecins, des trucs, l'alimentation qui est très, très stricte aussi suivie, faut tant de grammes, enfin c'est très compliqué. »

Et porteuse d'une injonction au bonheur, en particulier dans le post-partum.

Médecin G : « On doit aller bien parce qu'on a un bébé, parce qu'on est enceinte, parce qu'il faut forcément être heureux... ben non ! »

Médecin O : « Puis c'est tellement véhiculé le fait qu'une maman doit absolument aimer son enfant, c'est pas inné hein, c'est une découverte ! »

Les médecins mettaient en évidence un certain nombre de facteurs de risque de la dépression du post-partum.

Ces facteurs de risque pouvaient être propres à la mère (antécédents psychiatriques, pathologies somatiques), à sa grossesse (complications obstétricales, grossesse non désirée ou assistée), à son environnement socio-professionnel (relai familial, responsabilités familiales ou professionnelles, précarité) ou relatifs à l'époque actuelle anxiogène.

2. Les symptômes

2.1. Chez la mère

● La symptomatologie dépressive

Pour un certain nombre de médecins il s'agissait d'une dépression sans spécificité particulière.

Médecin A : « *Personnellement, je sais pas si y'a des signes spécifiques à la dépression du post-partum, je pense que c'est, entre guillemets, une dépression comme les autres.* » Médecin B : « *Des jeunes femmes qui sont fatiguées, qui dorment plus, qui pleurent beaucoup, qui s'inquiètent pour tout.* »

Médecin C : « *Peut-être que je me dirais même pas c'est une dépression du post-partum, peut être que je me dirais c'est une dépression (rires).* »

Médecin E : « *Une patiente qui est triste, qui pleure, qui est un peu désespérée (...), un mal être évident, une perte d'appétit enfin tout ce qui est signe de dépression.* »

Médecin F : « *Elles viennent me voir, elles décrivent tous les symptômes, elles me disent je sais pas ce que j'ai, je suis fatiguée, j'en peux plus, j'ai l'impression d'être nulle, j'ai eu un bébé, j'ai tout pour être heureuse pis finalement je m'aperçois que je suis pas heureuse, que ça va pas, qu'il y a quelque chose qui va pas, elles se mettent à pleurer sur la chaise (...) ça peut être aussi au cours de l'examen du nourrisson où elles me disent qu'elles arrivent pas à s'en sortir, qu'elles se sentent inutiles.* »

Médecin I : « *Des éléments dépressifs, des éléments dysthymiques, des complexes d'impulsion ou au contraire des sentiments d'impuissance... Alors, les éléments psychotiques, c'est difficile de les chercher quand ils n'apparaissent pas, j'essaie d'être vigilant mais là je fais plus une écoute active, que vraiment les chercher. Et puis après... troubles du sommeil, troubles de l'alimentation.* »

Médecin J : « *La tristesse, (...) non après c'est vraiment les critères classiques de dépression.* »

Médecin K : « *Si y'a une cassure dans la thymie, enfin je veux dire si elle déprime quoi, en liaison directe avec la naissance, l'épuisement, le sentiment de pas faire face, de pas y arriver.* »

D'autres décrivaient des signes plus spécifiques tels que la perte du plaisir à s'occuper de leur enfant.

Médecin G : « *Celles qui ont du mal à s'occuper naturellement de leur [enfant], on a plutôt tendance dans cette période à se suroccuper de son bébé et y'en a qui disent que c'est difficile, qu'elles arrivent pas à se lever, qu'heureusement que le papa est là, dans les bons cas (rires). Depuis l'accouchement souvent elles ont jamais récupéré, on voit les mois qui passent, les semaines qui passent, elles ont du mal à s'alimenter, à dormir, alors, ou des insomnies ou des hypersomnies, qui sont parfois difficiles à dépister parce qu'avec le rythme du bébé, ça met quand même pas mal le bazar dans le rythme du sommeil, qui n'éprouvent pas de joie, pas de plaisir. Les jeunes mamans en général elles ont la fois beaucoup de contraintes et en même temps de joie à s'occuper de leur enfant.* »

Médecin M : « Pendant 2-3 mois tu sens qu'elles sont vraiment à fleur de peau, très fatiguées, des périodes où même s'occuper de l'enfant est difficile (...) puis le moindre truc elles pleurent pour un tout pour un rien »

Médecin O : « C'est souvent une maman qui pleure assez facilement, qui se sent débordée, qu'arrive pas à gérer, qui dit elle-même qu'elle est pas bien, qu'elle n'a pas d'amour pour ce bébé. »

● La culpabilité

Les médecins citaient fréquemment la culpabilité de se percevoir comme une mauvaise mère.

Médecin A : « Souvent y'a un sentiment de culpabilité, bah ouais, "pourquoi je déprimerais alors que tout va bien ?". »

Médecin L : « Elles se mettent à pleurer, ce qui n'est pas normal, alors qu'elles sont contentes, elles arrivent ah mon bébé tout neuf ! Après souvent c'est le bébé qui dort pas, le... enfin c'est jamais elle, mais ça c'est normal (rires) ! On est censé être une mère parfaite non ? Quand on est au 21e siècle (...) parce que le propre de ces... c'est tellement impur d'être une mauvaise mère ou de se ressentir mauvaise mère que c'est un tabou donc j'en parle pas, donc je masque ça. »

Médecin M : « C'est qu'elles ont toujours fonctionné comme ça où on est obligé d'assumer, donc ne pas être en position de le faire, c'est un aveu d'échec terrible ! Et du coup on peut pas avouer et souvent, c'est tardif. En fait il est difficile de dire que c'est dur d'avoir un enfant ou de dire que cet enfant, oui je l'aime de tout mon cœur mais là, moi je sais pas comment faire. »

Médecin O : « La maman quand elle fait une dépression du post-partum elle a l'impression d'être une mauvaise maman, quelques fois elles osent pas le dire (...) on est censé être des mères parfaites. »

● Un déni de la maladie

Plusieurs médecins mettaient en évidence un déni au stade précoce de la maladie.

Médecin A : « Des patientes qui disent "ben non, tout va bien". »

Médecin G : « On a plus de mal des fois à dire que l'on va pas bien, à repérer soi-même, à avouer ou faire un lien entre ce que l'on ressent et un état dépressif... alors qu'on met ça souvent effectivement sur la fatigue. »

Médecin N : « Souvent elles sont un peu dans le déni au départ. »

Médecin K : « Le côté bipolaire est complexe à gérer, en général, ils ont tendance à tourner le dos à la réalité. », et plus loin : « Toutes façons elle est dans le déni de sa maladie, dès qu'on lui donne un médicament pour ça, elle dit bien, j'ai pas besoin de ça moi. »

● L'anxiété

Une anxiété centrée sur l'enfant ou sur les fonctions maternelles était souvent décrite comme un signe normal chez la nouvelle mère mais lorsque cette anxiété devenait excessive au point de consulter trop souvent, d'impacter nettement sur la vie quotidienne, elle devenait un symptôme inquiétant pour le médecin.

Médecin B : « *Parce qu'elle est anxieuse, parce qu'elle a l'impression justement de pas y arriver, qu'il y a quelque chose qui cloche, que son bébé va pas aussi bien qu'il devrait aller, n'est pas comme il devrait être ou... elles vont consulter plus.* », et plus loin : « *Le gros questionnement du baby blues c'est j'y arrive pas donc je suis une mauvaise mère.* »

Médecin F : « *Elles sont dépassées par un nouveau venu, c'est-à-dire je suis revenue de l'hôpital, je rentre chez moi pis je me retrouve face à un petit bébé qui pleure, je sais pas pourquoi il pleure, est-ce qu'il a déjà mal aux dents ? alors il a mal au ventre, alors il a la colopathie du nourrisson, comment ça se fait ?... et là elles se sentent complètement dépassées par la situation, ça on voit beaucoup ça.* »

Médecin H : « *La fatigue, l'agacement envers l'enfant, une maman qui va se mettre à pleurer... ou une maman très inquiète, très sur le somatique de l'enfant.* »

Médecin I : « *Elle était surtout très fatiguée parce que le bébé ne faisait pas du tout ses nuits (...) et vraiment elle récupérait pas, elle en pouvait plus, et au-delà de ça, ça a réveillé des choses chez elle où elle se demandait si elle était capable.* »

Médecin K : « *Le petit rhume devient une affaire d'état.* »

Médecin L : « *C'est souvent des focalisations sur l'enfant, (...) en général c'est des jeunes femmes elles sont rapidement... l'enfant qui pleure, elles s'en sortent pas.* »

Médecin N : « *Quand elles ont beaucoup d'angoisses, quand on les sent très, très angoissées, m'amenant souvent le bébé parce que y'a toujours un truc, il pleure et tout ça.* »

Parfois c'est un ensemble de signaux, qui pris isolément n'étaient pas inquiétants, mais qui ensemble, donnaient l'alerte.

Médecin E : « *Après moi je pense à une maman là que je vois avec son petit, c'est le deuxième, c'est compliqué, j'ai été jusqu'à l'envoyer chez le gastro-pédiatre effectivement parce que le petit avait beaucoup de reflux... bon elle vient à 19h30 parce qu'elle a pas le temps avant, y'a aussi ça, y'a des femmes qui travaillent donc c'est toujours un peu speed, donc tu sais pas trop si c'est... elles dorment pas, elles disent je dors plus, mais bon elle est plus dans la plainte, enfin dans la plainte... un peu survoltée quoi, pas dans l'abattement et la tristesse quoi.* »

● Autre présentation

Un des médecins évoquait une présentation atypique rendant le diagnostic difficile.

Médecin K : « *C'était une patiente bipolaire et en fait, elle est partie plus sur un mode un peu hystéroïde d'une manifestation somatotrope là, et en fait c'était ça quoi, c'était dépressif mais c'était pas un aspect dépressif classique, elle s'est présentée elle avait des douleurs*

invraisemblables, impossibles, ça ressemblait à une PPR, la pseudo polyarthrite là, et vraiment elle était typique quoi, en plus c'est décrit dans le post-partum et en fait chez le rhumato, le rhumato a dit non, non, mais pzz, rien à voir, c'est pas ça, un peu surprenant comme présentation. »

2.2. Chez l'enfant

● Troubles fonctionnels

Plusieurs médecins disaient être vigilants à d'éventuels symptômes chez l'enfant, parfois du fait du risque de dépression qu'ils pouvaient représenter s'ils duraient, selon comment ils étaient perçus... d'autres fois plutôt comme une conséquence de la dépression du post-partum.

Médecin D : « *Des enfants qui même arrêtent de s'alimenter à cause de la rupture du lien. »*

Médecin L : « *Les pleurs et un bébé un peu... voilà et elles s'en sortent pas et comme elles s'en sortent pas, le bébé il le ressent, il pleure encore plus et c'est le bordel. »*

Médecin O : « *Ils le sentent très bien les enfants, les petits, quand la maman va pas bien, alors ça c'est immédiat, c'est souvent un enfant qu'on va voir souvent, ou le pédiatre, parce qu'il aura mal au ventre, parce que... alors qu'il y a rien ! Y'a des choses qui sortent et le plus souvent bébé va bien, par contre, vous ! (rires) »*

Les médecins décrivaient la dépression du post-partum comme étant un épisode dépressif classique avec quelques spécificités.

Ces spécificités étaient une culpabilité particulièrement importante amenant à un déni de la maladie, des angoisses centrées sur la fonction maternelle, et parfois un retentissement sur l'enfant mais alors perçu comme un signe de gravité de la maladie.

3. La prévalence

● Estimation haute

Médecin A : « *Je dois être loin du compte parce que je pense qu'on passe à côté de certaines et peut être de beaucoup, allez on va dire 20-25% (...) et parmi ces 20%, y'en a peut-être au moins la moitié qui vont sortir de ça sans avoir besoin forcément d'être soutenue ou traitée ou tout ce qu'on veut. »*

Médecin F : « *Je dirais quand même que c'est quelque chose qu'on rencontre assez souvent, je dirais 25% pour moi, (...) sachant que ça peut aller du plus petit, c'est à dire de la journée, à plusieurs jours, voilà. Après y'en a quelques-unes ça peut être une porte ouverte à la vraie dépression, mais souvent ce sont des femmes qui quand même ont eu pendant leur grossesse*

des problèmes d'ordre psychologique ou psychiatrique, mais qu'on n'a pas médicalisées parce qu'on pouvait pas les médicaliser. »

Médecin M : « Je dirais presque 25%, ce qui me paraît beaucoup mais je pense que, ouais c'est un peu le sentiment que j'ai, à des degrés plus ou moins importants. Des dépressions très sévères, je crois pas en avoir vu plus d'une en 12 ans, tu vois, un truc vraiment hyper sévère. Mais après ouais la petite déprime et le truc où vraiment pendant 2-3 mois tu sens qu'elles sont vraiment à fleur de peau, très fatiguées, des périodes où même s'occuper de l'enfant est difficile, ça peut arriver. »

● Estimation basse

Médecin C : « Je dirais probablement moins de 10%, mais plus proche de 10, peut-être pas franchement de dépression caractérisée mais des symptômes dépressifs. », et plus loin : « Ah 13% ? C'est énorme ! Donc ça veut dire que ceux qui ont quelques symptômes, beh ça peut monter à un quart quoi, ou peut-être plus j'en sais rien. »

Médecin D : « Aucune idée ! Le baby blues je pense que c'est quelque chose qui est assez fréquent, la vraie dépression voire la psychose puerpérale, c'est quelque chose qui me semble beaucoup plus rare mais là, aucune idée. » et à l'annonce de la prévalence : « Ce qui est déjà beaucoup... »

Médecin E : « Je dirais... moins de 5% ? Mais je sais pas... entre 0 et 5%. »

Médecin H : « Je dirais entre 5 et 10%. »

Médecin N : « Combien ? Oh... je sais pas, je dirais moins de 5% quand même. »

Médecin P : « Un chiffre ? Allez, peut-être 5% ! »

● Estimation moyenne

Les médecins qui avaient une bonne notion de la prévalence théorique évoquaient parfois un doute quant à cette prévalence dans leur patientèle.

Médecin J : « J'en ai pas vu beaucoup en tous cas, des dépressions du post-partum alors qu'a priori y'en a quand même près de 10% il me semble, j'ai cette notion là et j'avais été surprise, c'est pour ça du coup je pose la question mais j'en ai pas diagnostiqué beaucoup, (...) vraiment j'ai pas l'impression de retrouver ça. »

Médecin B : « C'est difficile, peut être que j'ai tendance à le surestimer plutôt qu'à le sous-estimer mais je dirais que c'est probablement autour d'une quinzaine de pourcents »

Médecin G : « Alors, je crois que c'est 20-25% des femmes qui auront une dépression dans leur vie (rires) mais en post-partum, j'en sais rien je dirais 10% peut être. »

Médecin I : « Je sais pas, la prévalence de la dépression dans la population c'est 20% alors je vais dire 20%. »

Médecin K : « La dépression du post-partum ? Je sais pas, 10% ? »

Médecin L : « *Moi je pense c'est très, très minoré... je dirais 5% vraiment avec un diagnostic et 10 ou 15%, sans diagnostic.* »

Médecin O : « *J'ai pas d'idée, disons sur 10 peut être 2, je sais pas si c'est la moyenne nationale mais c'est un peu ce que je dirais, on en voit, c'est pas, enfin moi je trouve que c'est pas rare.* »

● Une difficulté à la définir

Plusieurs médecins distinguaient les « vraies dépressions » qui nécessiteraient une prise en charge car plus sévères, de dépressions plus légères qui passeraient spontanément.

Médecin A : « *Les vraies dépressions où... Parce que moi je pense qu'il y a beaucoup de dépressions qui passent, parce qu'elles passent quoi, avec le temps.* »

Médecin B : « *Après des dépressions sévères, des jeunes femmes qui ont eu vraiment du mal à s'en sortir, j'en ai pas vu tant que ça, (...) des petites oui, des 2-3 premiers mois de vie difficiles, compliqués, avec des jeunes femmes qui sont fatiguées, qui dorment plus, qui pleurent beaucoup, qui s'inquiètent pour tout, ça oui.* », et plus loin : « *Des fois je me dis que peut être que tu sous-estimes ou peut être que tu appelles dépression du post-partum des choses qui n'en sont pas vraiment* »

Médecin F : « *Je dirais quand même que c'est quelque chose qu'on rencontre assez souvent, (...) sachant que ça peut aller du plus petit, c'est à dire de la journée, à plusieurs jours. Après y'en a quelques-unes ça peut être une porte ouverte à la vraie dépression.* »

La dépression du post-partum serait une dépression moins grave, moins à risque.

Médecin K : « *Là, on est dans un truc différent, c'est à dire que la femme elle vient d'avoir un bébé, bon globalement, même si elle peut le prendre de travers, ça se passe bien, je suis pas sûr que la première chose qu'elle pense quand même ce soit se suicider.* »

Plusieurs médecins s'interrogeaient également sur le cadre nosologique : est-ce que toutes les dépressions suivant l'accouchement sont des dépressions du post-partum ? Ici la dépression du post-partum était une dépression qui survenait spontanément en dehors de facteurs favorisants (un terrain psychiatrique...) ou précipitants (des événements de vie difficiles...).

Médecin B : « *Je suis pas certaine de la classer dans la dépression du post-partum parce que, certainement qu'elle était plus vulnérable et que c'est pour ça qu'elle a décompensé plus vite mais elle avait de bonnes raisons je veux dire.* » et plus loin, à propos d'une autre patiente : « *Elle a décompensé sur le plan dépressif après l'accouchement, mais en même temps, elle a tellement un lourd passé psychiatrique que c'est pareil, est-ce qu'on peut vraiment la qualifier de dépression du post-partum ? Je sais pas.* »

Médecin N : « *C'est des choses quand même assez fréquentes, qui peuvent arriver, (...) sauf antécédent ou personnalité un peu particulière, oui je me dis c'est peut être ça (...) j'ai pas les critères, mais pour moi une dépression du post-partum c'est quand même quelque chose qui dure.* », et plus loin : « *Non c'est pas si fréquent que ça quand même. Après je fais la différence*

entre la dépression du post-partum et le syndrome anxieux, alors là le trouble anxieux, déjà on en a plein chez les jeunes adultes, et alors là pour le coup, je vois quand même beaucoup de mamans très anxieuses. »

Médecin P : *« La maman de X qui m'appelle tous les 4 matins, en fait elle a fait une déprime parce que sa gamine a un retard de croissance, (...) mais bon là y'a une raison quoi, c'est une dépression réactionnelle. »*

Le diagnostic était ainsi compliqué à affirmer.

Médecin I : *« Là j'ai un doute, (...) c'est difficile à dire, une dépression je peux pas être aussi affirmatif. »*

Médecin E : *« Après je pense à une maman là que je vois un peu avec son petit, c'est compliqué, tu sais pas trop si c'est... (...) Donc je sais pas si une maman comme ça... il faudrait vraiment creuser un peu plus. »*

L'estimation de la prévalence de la dépression du post-partum s'avérait être difficile pour les médecins. Elle soulevait plus généralement la question de sa définition.

Les médecins rencontraient des difficultés à poser les limites du cadre nosologique et donc à établir un diagnostic chez leurs patientes.

4. Chez l'homme

Le médecin B évoquait la dernière dépression du post-partum qu'elle avait rencontré qui s'avérait être chez un homme, beaucoup plus difficile à dépister.

Médecin B : *« Par rapport au post-partum du papa, (...) je me dis que lui, je l'ai raté au début (...). Je pense que son état dépressif il datait de la naissance de sa fille et que si, probablement que si j'avais réussi à l'évaluer correctement par rapport à ça, (...) on serait pas allé aussi loin dans le syndrome dépressif (...) Et c'est vrai que je me suis beaucoup occupée de sa femme, sa compagne parce que elle me paraissait fragile pour le coup, soucis de trouble obsessionnel, des choses comme ça, de grande anxiété, donc j'ai beaucoup été dans la réassurance vis à vis d'elle, je me suis pas du tout occupée de lui mis à part pour lui dire qu'il fallait que vous soyez très soutenant vis à vis de votre femme et, et j'ai pas du tout vu, je suis complètement passée à côté de ça, avant que ça devienne tellement évident que, que il allait plus fort. »*

Et à nouveau plus loin : *« Et tu vois, quand je lis tout ce qu'il y a marqué, les phobies d'impulsion, la perte du plaisir à prodiguer des soins au bébé, le plus évident de ces cas-là, c'était le monsieur, c'était lui, il avait cette crainte de faire du mal au bébé et il osait plus la toucher sa fille, donc là c'était quand elle avait 9 mois mais je me dis, ça j'ai pas vu. »*

Elle n'était parfois pas du tout envisagée par les autres médecins.

Médecin C : « *Ah bon ? Arrête ! (rires) »*

Médecin F : « *Ah oui ? D'accord. Bah oui, pourquoi pas ? (rires) »*

Médecin G : « *Non ?! (rires) Enfin la dépression oui, du post-partum j'avoue que je me suis jamais posé la question, c'est vrai qu'on est plutôt fixé sur la maman. »*

Médecin I : « *La dépression du post-partum [chez l'homme] ? Euh... non, enfin j'avais pas cette notion mais maintenant qu'on en parle, oui. »*

D'autres fois, elle était envisagée mais avec la limite de ne pas voir les nouveaux pères en consultation.

Médecin D : « *Oui pourquoi pas en fait, pourquoi pas... je pense que le lien avec l'enfant il est encore plus compliqué à mettre en place avec le papa, parce qu'il le porte pas déjà, c'est pas physique, donc y'a 9 mois de... de rien en fait avant l'accouchement (rires) ! »*, et plus loin : « *Je vois jamais les papas quasiment (...) donc c'est pas forcément quelque chose que j'irais rechercher mais... c'est intéressant en tous cas. »*

Médecin H : « *Je suis pas surpris. Après... je dépiste peut-être moins facilement, enfin je pense que j'y pense pas ! Après je pense que les hommes viendraient plus seuls... »*

Médecin J : « *C'est logique mais... (rires) mais jamais je vais, franchement... Chez les tout-petits souvent on voit les 2 parents ensemble, (...) mais c'est sûr que l'on se centre beaucoup plus sur la maman, ça c'est sûr. »*

Médecin P : « *Oui peut être, des fois y'a des problèmes de couple qui surviennent après... qui sont peut-être liés à des difficultés relationnelles par la venue de l'enfant, mais est-ce que ça va jusqu'à la dépression ? J'en ai pas l'expérience. »*

Parfois, elle était connue des médecins.

Médecin K : « *Alors oui, sur le plan, effectivement, de voir débarquer dans leur couple un intrus, ça ouh ! Ça provoque des fois des choses extraordinaires quoi. Moi je vois, je suis actuellement une dame, son fils s'est fait mettre la main dessus par une nana, juste pour faire un bébé quoi, et maintenant que le bébé est là, le mec il n'existe plus, il dégage ! Et lui il déprime. Mais j'ai dû en voir un ou deux, là, dans les dix dernières années et c'est vrai que ces mecs-là, ils se font larguer par l'enfant quoi hein, la mère une fois qu'elle a ce qu'elle voulait, qu'elle a son bébé, c'est terrible quoi. On est dans les caricatures si tu veux de gens qui vont chercher une épouse en Russie, en Asie du Sud Est, qui reviennent, ils ont 50 ans, ils sont bedonnants, là ils reviennent avec une nana qui a 25 ans, qui veut juste faire un bébé, et puis une fois qu'elle a fait le bébé c'est terminé, c'est l'enfer pour eux, c'est un peu ça, j'ai un peu cette impression, ça arrive aussi chez nous. Moi chez les hommes, j'ai l'impression que c'est souvent, uniquement dans ces cas-là, quand ils se font évincer par le bébé, ils sont évincés du couple. »*

Médecin N : « *J'ai vu des papas, ça pouvait réactiver des traumatismes de l'enfance ou des relations familiales compliquées à l'occasion de leur paternité nouvelle... mais souvent dans ces cas-là, ils viennent parce qu'ils veulent voir un psy, ils ont plus une démarche comme ça.*

Alors peut être que y'en a que je vois pas mais ceux que je vois souvent c'est ça, là, j'ai mon enfant, ça me remue, j'aimerais faire le point. »

Médecin O : *« Oui, j'ai eu un papa qui a pas été bien, lui ça avait aussi commencé par la grossesse de sa femme où il était angoissé mais pour tout, tout, tout et quand le bébé est né, il arrivait pas à la toucher, il arrivait pas à... Par contre j'ai jamais été très inquiète quant au devenir du papa parce que la maman, elle, elle tenait le coup. »*

On constatait de grandes disparités parmi les médecins concernant leurs connaissances de la dépression du post-partum chez le père. Les médecins qui en avaient la notion disaient y avoir été confrontés dans leur expérience clinique.

5. La prise en charge de la dépression du post-partum

5.1. Par le médecin généraliste

● Prévenir et conseiller

A la lumière de son expérience personnelle, le médecin K prévenait ses patients des difficultés du post-partum et leur prodiguait des conseils.

Médecin K : *« Ce que j'explique aux gens, parce qu'en fin de grossesse ils sont tout contents, ils vont avoir un beau bébé, ils vont faire des photos mais en fait non, en fait pendant 2 ans c'est un petit peu l'enfer. Donc faut les prévenir et quand on est prévenu des choses je crois que ça passe mieux. »*, et plus loin : *« Moi je leur conseille, alors y'avait Geneviève Pernoux qui faisait un bouquin, J'attends un enfant et après, J'élève mon enfant, c'était un truc que moi j'avais vu, j'avais lu, j'avais regardé des passages (...) donc je leur disais moi de prendre le bouquin et de suivre un peu ce guide-là qui était plein de bon sens et ça pouvait leur faire un fil conducteur, après elles écoutaient tout ce qu'elles voulaient écouter mais (...) c'est pas mal d'avoir un seul chemin tracé pour un peu avoir des repères. »*

● Ecouter et attendre

Le médecin K préconisait une écoute en attendant que l'épisode passe.

Médecin K : *« Je crois qu'il faut être beaucoup dans l'écoute et dans l'empathie (...) on est pas des donneurs de leçons pour les patients. »*, et plus loin : *« Mais après qu'est-ce qu'on peut y faire ? Je sais pas... Bah oui, qu'est-ce qu'on fait derrière ? Psychothérapie... mais toutes façons après faut attendre hein, y'a pas de mystère, faut juste s'assurer que l'entourage et l'enfant n'en souffrent pas trop. Moi j'étais à la fac à l'époque c'était le Pr X qui était notre patron, et il disait toutes façons, la dépression que vous fassiez rien, que vous donniez des médicaments, que vous fassiez des électrochocs, que vous fassiez ce que vous voulez, au bout de 6 mois le résultat est le même, y'en a toujours autant qui sont déprimés, autant qui sont guéris, autant qui vont rechuter, ça change rien. Alors, c'est pas trop ce qu'ils disent maintenant mais malgré*

tout, il avait quand même une bonne expérience clinique et dans ce que je vois moi de dépressifs, aoré, je m'affole pas. »

● Informer

Médecin A : *« Quand on explique que quand ça vient du fait que le bébé il pleure, elles acceptent le fait d'être prise en charge et de discuter du problème. »*

Médecin O : *« En général c'est d'ailleurs ce que je dis, il faut que le bébé s'habitue à la maman et vice versa, c'est une relation qui n'est pas instinctive, pas tant que ça finalement. »*

La plupart du temps, le fait de mettre le doigt sur le problème suffirait.

Médecin A : *« Elles sont peut-être pas toutes non plus à justifier un traitement ou une prise en charge », et plus loin : « Le fait de pointer du doigt le symptôme, des fois peut suffire largement à débloquent une situation (...) 9 fois sur 10 (...) ça permet de sortir d'un état de dépression. »* et enfin : *« Donc souvent y'a pas de traitement et c'est franchement... une prise en charge de médecine générale. »*

● Rassurer

Beaucoup de médecins insistaient sur le fait de rassurer la patiente.

Médecin B : *« Déjà les déculpabiliser, leur dire, alors vous êtes pas folle, ce qui vous arrive ça arrive à plein de gens, c'est pas parce que vous êtes une mauvaise mère (...) et c'est vrai que, dédramatiser ça, il me semble que ça les aide déjà beaucoup. »*

Médecin F : *« Faut surtout essayer de beaucoup parler de leurs problèmes, de les rassurer en leur disant, (...) vous êtes normale hein, elles me font toutes ça alors ce qui vous arrive, c'est pas exceptionnel, c'est à peu près pour tout le monde comme ça donc c'est tout à fait normal. Et des fois le simple fait de leur dire ça les rassure et elles se disent, bon ça va mieux. »*

Médecin G : *« On en parle parfois après l'accouchement, pour les rassurer, pour faire la différence entre une dépression, un baby blues, une fatigue habituelle dans les premiers mois quand même... Donc parfois ça permet de donner des petites informations sur ce qui normal, ce qui est pathologique. »*

Médecin I : *« Sur le plan hormonal je l'ai rassurée en lui disant que ça pouvait arriver, que c'était un moment un peu vulnérable. »*

Médecin L : *« Moi je leur dis aux femmes, votre enfant il peut grandir sur un tas de fumier et bouffer des vers, les enfants c'est assez adaptable... quoique vous fassiez ça va bien se passer. »*

Médecin M : *« Il faut un peu les aider à pouvoir verbaliser ça en disant qu'on était pas une mauvaise mère si à certain moment on supportait pas son gamin, ça arrive à tout le monde. »*

Médecin N : *« Je suis quand même prudente à la première consultation et en général assez rassurante en leur disant que toutes façons c'est normal pendant la grossesse et dans le post-partum, la fatigue aidant et puis tout, c'est normal d'être fragile. », et plus loin : « Après je fais*

la différence entre la dépression du post-partum et le syndrome anxieux, je vois quand même beaucoup de mamans très anxieuses, mais là pour le coup je me sens apte à le gérer, du fait de mon expérience, du fait du lien, et comme on voit beaucoup de troubles anxieux autres, on commence à avoir une certaine habitude. », et plus loin : « Rassurer, rassurer, être présente quand même, pouvoir répondre aux coups de fil quand y'en a. »

Médecin O : *« J'essaie de dédramatiser quand une maman est débordée. »*

● Proposer de revoir la patiente

Ils étaient nombreux également à proposer de revoir la patiente pour réévaluer les choses.

Médecin F : *« Je leur dis, on se revoit la semaine prochaine par exemple pis si ça va pas vous revenez me voir quand vous voulez. En fait, la porte est ouverte et y'en a qui vont revenir 3 jours après, y'en a qui vont venir 1 semaine après, y'en a que je vais revoir pour le suivi du bébé et je vais leur dire alors comment ça va ? Pis elles me disent oh bah c'est fini, oh bah voilà c'est passé. »*

Médecin G : *« Ce que je fais (...) c'est de revoir les patientes qui ont soit une inquiétude elles-mêmes, quand elles trouvent qu'il y a des choses qui vont pas bien, soit nous pour vérifier si l'état de l'humeur se dégrade ou se stabilise ou au contraire, réaugmente spontanément comme ça. »*

Médecin I : *« Je l'ai vue une semaine plus tard pour le bébé, elle m'a dit que ça allait mieux, qu'elle commençait à relativiser, que effectivement la fatigue aidant... aussi, le retour de couche (...) passé d'ailleurs ce moment ça allait déjà un petit peu mieux, donc sur la deuxième consultation elle m'a semblée un peu moins vulnérable, un peu moins à risque que ce que je pouvais craindre, toutes façons je reverrai le bébé quand il aura 2 mois et je lui ai laissé la porte ouverte, je lui ai dit de m'appeler avant si elle avait besoin qu'on refasse le point. »*

Médecin N : *« En général je leur dis si ça va pas mieux vous revenez me voir, (...) finalement après quand je les revois, ça va mieux et donc c'est pas si fréquent que ça que j'évoque ce diagnostic-là. Mais après par contre quand je l'évoque, je l'adresse. »*

Médecin O : *« Souvent je demande à les revoir, qu'on parle du bébé, qu'on voit comment elles arrivent à se débrouiller. » et plus loin : « Y'a un article sur Prescrire sur les coliques du nourrisson et sur les pleurs du bébé intéressant à lire, moi souvent je l'édite pour les parents qui sont inquiets, pour leur dire beh vous savez, vous n'êtes pas les seuls. »*

● Une consultation de couple

Une des solutions pouvait être de créer un espace de discussion entre les partenaires, mettant en évidence l'importance du soutien du conjoint.

Médecin A : *« Avec quelques entretiens, souvent il faut qu'il y ait le conjoint, on explique que ce serait bien que le conjoint soit là, voilà, (...) chacun fait un effort de son côté, que ce soit le mari et la femme, et l'entourage des fois, et ça peut suffire. »*

Médecin K : *« Ça dépend aussi après de l'entourage, du couple, du mari qui accepte ça ou pas (...) bon y'a des pères, des maris qui gèrent ça et puis après ça dure pas longtemps. »*

Médecin B, à propos d'un de ses patients qui a fait une dépression du post-partum : « *Elle, elle voulait qu'il se soigne, ça faisait même parti de la condition pour laquelle ils restaient ensemble, c'était à condition qu'il accepte de se soigner.* »

● La place des traitements médicamenteux

Très peu de médecins disaient prescrire des traitements médicamenteux à leur patientes déprimées.

Médecin P : « *Je l'avais mis et elle est toujours sous anxiolytiques qu'elle prend de temps en temps.* »

Les raisons qui revenaient étaient l'allaitement et la peur de ne pas être capable de se réveiller la nuit. Les anxiolytiques étaient alors remplacés par des compléments alimentaires ou de la phytothérapie.

Médecin F : « *Des anxiolytiques ? On peut pas chez la femme qui vient d'avoir un bébé, c'est vachement dangereux, parce qu'elle peut larguer son bébé par terre, ne pas se réveiller la nuit, les femmes qui allaitent, contre-indication absolue donc après, qu'est-ce qu'on a ? L'Atarax ? Pff pas terrible... (...) j'essaye de les supplémenter en leur disant que si elles ont pas d'anémie ferriprive ou de carence, en tous les cas il faut qu'elles prennent du Gestarelle ou des compléments alimentaires comme ça, que ça leur coute pas trop cher et puis ça va pas très loin.* »

Médecin N : « *Alors, y'en a quand même beaucoup qui allaitent, donc toutes façons on a pas trop le choix donc après si, éventuellement un peu de phyto (...) après, celles qui n'allaitent pas, j'ai tendance à pas trop médicaliser non plus, parce qu'il faut quand même qu'elles soient réactives.* »

Médecin I : « *Elle voulait pas trop que je lui donne de sédatifs, pas trop d'anxiolytiques parce qu'elle voulait pouvoir se réveiller quand même si le bébé pleurait, donc je lui ai donné de l'Euphytose, je crois, quelque chose de très, de très, très, basique, de vraiment très léger.* »

● Du temps pour elles

Médecin F : « *Finalement ce qu'il faudrait c'est qu'elles se reposent.* »

Médecin K : « *Faut leur faire faire du yoga, c'est très bien ça le yoga, ça les oblige à respirer, ça les oblige à penser à elles et effectivement, à faire leur travail elles-mêmes.* »

Médecin N : « *Quand il dort profitez-en pour vous reposer.* »

5.2. Orientation vers un tiers

● Le psychiatre

Pour la plupart des médecins, les patientes présentant les symptômes d'une dépression du post-partum relevaient de la psychiatrie, selon la gravité des symptômes.

Médecin E : « *Lui proposer un accompagnement au départ juste moi et puis après vite, si je vois que vraiment c'est, c'est grave, l'orienter tout de suite vers un psychiatre où moi je me sens pas capable, compétente dans ce domaine, dans ce cas j'adresse assez facilement. Surtout sur une dépression du post-partum, je pense que ça peut être grave. »*

Médecin I : « *Si elle continuait à évoquer ces symptômes là je pense que je l'aurais orientée. »*

Médecin J : « *Je l'ai orientée, ça c'est sûr, tout en gardant [le suivi de l'enfant], du coup la première année de voir assez souvent les enfants ça permet de voir assez souvent les parents aussi, et je l'avais adressée je pense au CMP, à mon avis c'est quand même là qu'on a un avis le plus rapide pour les mamans en psychiatrie, sans avoir besoin de payer forcément. »*

Médecin L : « *Moi je fais mon boulot d'alerte après c'est compliqué à gérer quoi. Enfin c'est un métier très difficile à mon avis, qu'en médecine générale de savoir vraiment la gravité du truc. »*

Médecin N : « *Ça dépend de ce que j'évalue comme degré de fragilité de la dame, parce que nous on a l'avantage de les connaître bien, (...) mais par contre quand je l'évoque, je l'adresse, parce que j'ai un peu la notion quand même que c'est quelque chose qu'il faut prendre en charge de façon assez sérieuse et donc j'ai déjà pas le temps et pas la compétence pour les suivre. Et puis on a la chance d'être bien achalandés contrairement à d'autres endroits. »*

Des fois, la prise en charge par le généraliste était un choix par défaut, soit du fait de la disponibilité et du coût du spécialiste...

Médecin B : « *J'essaie toujours de passer la main dans ces dépressions du post-partum parce que c'est quand même quelque chose que je trouve assez impressionnant. (...) j'essaye mais des fois c'est pas si simple, pour 2 raisons : c'est que les psychiatres ils sont pas si disponibles que ça et que les psychologues il faut les payer (...) donc c'est vrai qu'on se débrouille un peu, un peu seul face à tout ça. Alors peut être que du coup on va pas jusqu'au bout des choses... »*

Médecin O : « *Alors les orienter c'est pas toujours simple ! Parce qu'entre les biberons qui reviennent tout le temps, aller voir un psychiatre ou une psychologue bah c'est pas si simple que ça parce que souvent ils sont très, très pris, donc souvent je demande à les revoir, à suivre de façon un peu rapprochée, je leur conseille quand même d'arriver à se positionner par rapport à un psychiatre ou un psychologue et lorsque je vois que quand même ça va loin, je leur parle de la prise en charge en urgence. »*

... Soit du fait du déni de la maladie...

Médecin K : « *J'ai essayé de l'orienter chez les psychiatres mais le côté bipolaire est complexe à gérer donc en général, ils ont tendance à tourner le dos à la réalité, c'est la terre entière qui les comprend pas ces gens-là donc ils ont aucun intérêt à aller voir quelqu'un. »*

Médecin L : « *Si y'a refus de prise en charge je fais avec mais si j'arrive à les pousser dans le service qui va bien, la prise en charge est quand même meilleure. »*

... Ou bien de la capacité à l'introspection de la patiente.

Médecin M : « Alors parfois je les adresse, ça dépend un peu. Ça dépend aussi de ce qu'elles sont capables d'élaborer quoi. Y'a des fois bah pas grand-chose, tu te dis c'est pas la peine, ça va servir à rien. »

Les médecins formés à la psychiatrie orientaient rarement leurs patientes...

Médecin F : « J'ai dû en orienter ouais oh 3-4 peut être vers des psychiatres, depuis que je suis installée ici. Depuis le début de ma carrière, je crois qu'il y a qu'une seule fois où j'ai eu affaire à une jeune femme y'a très longtemps qui avait vraiment des problèmes très, très importants, mais là ça relevait vraiment de la psychiatrie (...) elle, elle m'a vraiment posé problème avec un risque de tentative de suicide après la naissance du bébé, ça été terrible, (...) mais j'en ai eu qu'une dans ma carrière qui était aussi grave que ça. »

...A moins que l'épisode ne soit la manifestation d'un trouble bipolaire.

Médecin G : « Je les oriente pas forcément parce que je m'occupe quand même pas mal de la dépression. Je les oriente surtout si y'a quand même une idée de trouble bipolaire. Comme c'est un trouble de la vie, je crois que c'est important qu'il y ait un diagnostic fait par des équipes spécialisées, voilà. Mais toute dépression du post-partum n'est pas non plus un trouble bipolaire. »

● Le réseau de psychiatrie périnatale

Plusieurs médecins travaillaient avec un service de psychiatrie périnatale en amont de la grossesse et de l'accouchement.

Médecin G : « Je travaille beaucoup avec le service de X, je les envoie consulter et très souvent, on leur parle que, pendant la grossesse ou après la grossesse, en particulier après l'accouchement, il peut se passer des choses, des troubles de l'humeur et que c'est la période révélatrice, très souvent de ce genre de trouble ».

Médecin H : « Quand il y a des pathologies psychiatriques, j'envoie très facilement en consultation de psy dans le service du Dr X. Alors des fois, elles ont juste une seule consultation, elles sont connues, et si jamais ça se passe pas bien y'a la possibilité d'appeler et d'avoir ce suivi-là. »

Médecin L : « Pour moi c'est beaucoup plus simple, je vais direct voir le bon dieu et basta, donc là l'unité mère-enfant et j'en démords pas et c'est comme ça que ça marche. »

Médecin N : « Le réseau périnat' voilà je les adresse là et puis voilà. »

Médecin O : « Alors y'a l'unité mère-enfant qui existe, je leur dis que ça existe, qu'elle seront pas coupées du bébé, que ça peut être important quand même de se laisser un peu porter. »

● L'hospitalisation

Médecin O : « J'en ai même une que j'ai orientée sur X, au SECOP. »

Parfois envisagée par le médecin, elle était souvent décrite comme difficilement admissible par les patients.

Médecin B : « *L'idée de l'hospitalisation qui moi m'aurait rassurée, lui l'angoissait beaucoup. »*

Médecin K : « *Je lui ai suggéré une hospitalisation, qu'elle a très mal acceptée, je pense que c'est là-dessus qu'elle est partie d'ailleurs. »*

Mais parfois s'imposait quand il y avait un risque pour l'enfant.

Médecin C : « *Parce que quand c'est comme ça de toutes façons, il faut hospitaliser l'enfant ou le protéger si y'a le papa qui est là, (...) enfin je me rappelle d'une femme qui décompensait et du coup je l'avais hospitalisée à X. »*

● Le psychologue

Plusieurs médecins adressaient en complément de leur propre suivi leurs patientes à un psychologue.

Médecin F : « *Si je vois que j'ai pas assez de temps et que ça va pas suffire, j'ai tendance à envoyer les gens vers des sophrologues, des psychologues pour que au moins ils embrayent et que s'ils en ont besoin après qu'ils puissent continuer mais si moi je peux apporter tout ce qu'il faut pour aider, bon on s'arrête là. »*

Les patientes auraient du mal à accepter de rencontrer un psychiatre.

Médecin A : « *Elles sont rarement demandeuses d'une prise en charge psychiatrique, enfin spécialisée on va dire... Alors plus souvent c'est psychologue parce que psychiatre, souvent, y'a un frein quand même, surtout pour entre guillemets, une dépression du post-partum. »*, et plus loin : « *Il faut savoir passer la main quand on voit qu'on n'y arrive pas, (...) on est pas là pour faire une psychothérapie comme le ferait un psychiatre ou un psychologue. »*

La principale difficulté d'un suivi psychologique en libéral était financière.

Médecin A : « *Privés ou dans une structure type CMP parce que le frein aussi au psychologue c'est le coût. »*

Médecin B : « *Les psychologues il faut les payer et qu'on a une patientèle qui n'est pas riche, c'est pas des bobos quoi hein, dans l'ensemble, beaucoup d'employés, beaucoup d'ouvriers viticoles, beaucoup de viticulteurs mais qui gagnent pas des mille et des cents donc voilà, aller voir un psychologue c'est un investissement financier que beaucoup vont hésiter à faire. »*

Médecin J : « *On a des psychologues avec qui ça se passe très bien, avec qui on a de très bons retours, donc moi j'hésite pas à adresser en libéral les gens qui ont besoin d'être soutenu rapidement et qui n'ont pas de problème financier, c'est souvent ça qui coince. »*

Médecin N : « Ça dépend pareil de leur niveau socioéconomique évidemment, parce qu'au niveau de la prise en charge c'est compliqué en ville. »

Tous les médecins n'étaient pas d'accord de l'intérêt de cette prise en charge.

Médecin L : « Je suis souvent plus embêté par des prises en charge hyper psychogènes et des circuits longs que par des circuits courts et rapides et là où il faut (...) on a une palanquée de psychologues, de naturologues, de sophrologues, enfin plein de logues-là qui interviennent et qui sont pas toujours bien pertinents mais qui diluent le merdier. Donc ça se voit moins, c'est un peu plus lisse mais par contre ça dure un peu plus longtemps, voire ça dure, c'est installé quoi. »

● La PMI et autres structures d'étayage

Certains médecins mettaient place de l'étayage à la parentalité via des structures publiques pluridisciplinaires.

Médecin M : « La PMI quand même est d'un super bon ressort, je trouve, parce que même s'ils les prennent pas directement en charge, le fait de s'occuper de l'enfant et d'avoir un accompagnement autour de l'enfant, quand même ça les rassure et du coup c'est pas mal. »

Médecin N : « Quelques fois quand je sens qu'au niveau relationnel c'est un peu compliqué avec des mamans qui sont un peu débordées, je leur dis d'aller à la Parentèle ou dans d'autres structures comme ça avec un petit peu plus de médiation etc. Et puis y'a l'institut de parentalité qui vient d'ouvrir à X, avec un beau panel de professionnels, ça m'est arrivé déjà de donner leurs coordonnées. »

Médecin O : « Je leur dis qu'il y a aussi des choses qui existent pour pouvoir les aider. »

La prise en charge de la dépression du post-partum dépendait essentiellement de l'évaluation des symptômes par le médecin.

Soit les symptômes étaient sur un registre anxieux, perçus comme étant la grande majorité des cas, et dans ce cas ils nécessitaient avant tout de la réassurance, qui était d'autant plus facile à fournir que le médecin était lui-même parent. Selon si le médecin était formé à la psychiatrie, sa disponibilité et les moyens de la patiente, il pouvait faire ou non appel à un tiers, de préférence un psychologue, ou bien à une structure d'étayage à la parentalité telle que la PMI.

Soit les symptômes étaient sur un registre dépressif avec potentiellement un risque pour l'enfant, perçus comme étant bien plus rares, dans ce cas ils nécessitaient une prise en charge spécialisée en psychiatrie (CMP, unité mère-enfant, hospitalisation).

Les médecins savaient décrire un grand nombre de situations à risque de dépression du post-partum avec en premier lieu des antécédents psychiatriques chez la mère et un environnement social peu soutenant.

Concernant le tableau clinique de dépression du post-partum, pour un certain nombre de médecins il s'agissait avant tout d'une dépression comme une autre, survenant dans le post-partum. Pour beaucoup, un des symptômes les plus spécifiques était la culpabilité ressentie par la mère, elle-même en lien avec une anxiété concernant les fonctions maternelles et provoquant parfois un déni de la maladie.

Les médecins évoquaient malgré tout des difficultés à établir un diagnostic de dépression du post-partum du fait de difficultés à la définir, partagés entre des dépressions légères pour lesquelles une prise en charge de médecine générale en termes de réassurance suffirait et passant spontanément, et des dépressions sévères relevant absolument de la psychiatrie.

VI. Les questions de Whooley

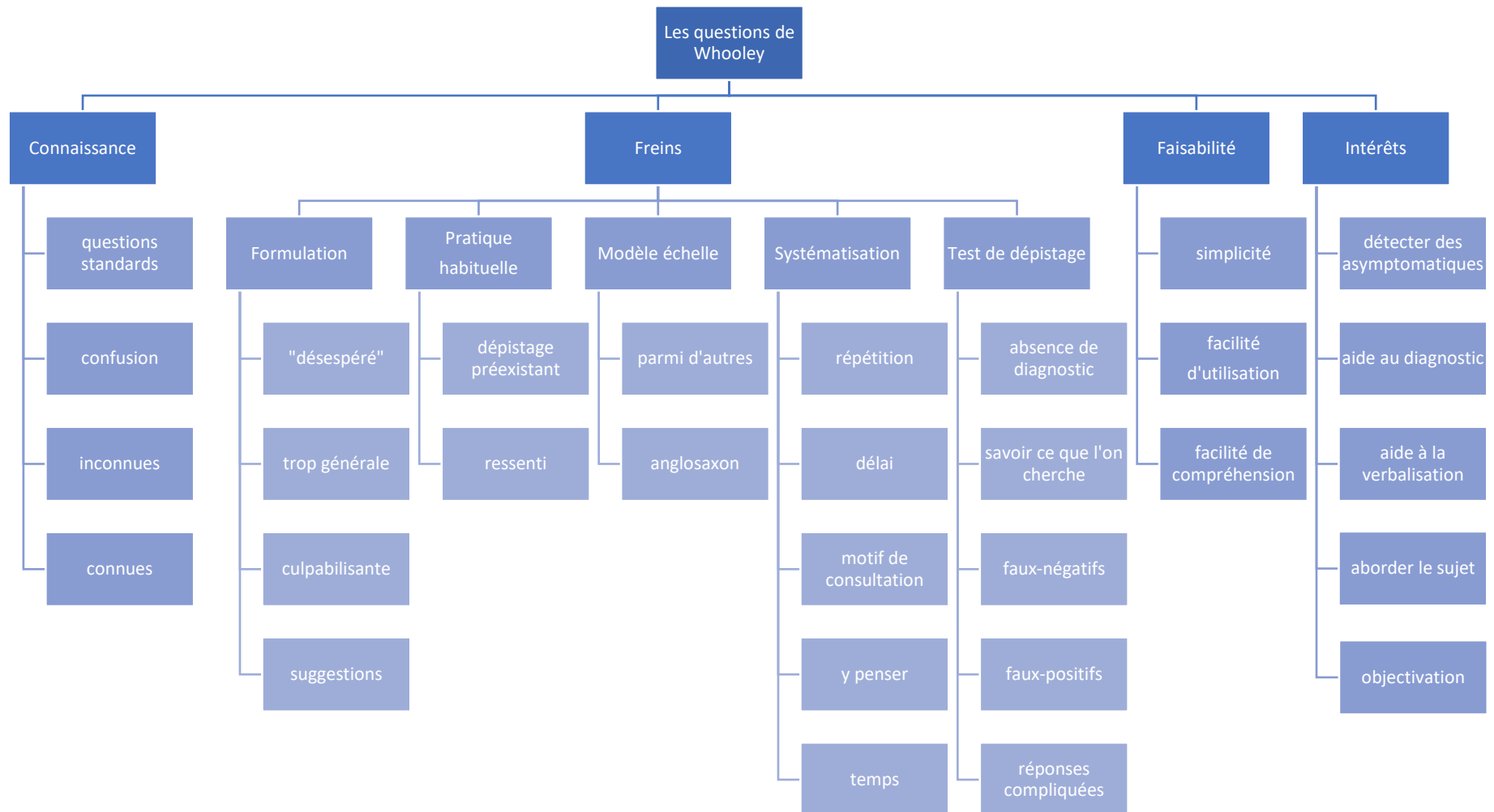


Figure 5 : Les questions de Whooley

Les sous-thèmes abordés dans le thème principal « Les questions de Whooley » sont résumés dans la Figure 5.

1. La connaissance de l'outil

● Des questions standards

De nombreux médecins, sans connaître le nom de Whooley, disaient connaître ses questions, classiques en psychiatrie.

Médecin A : « *Ben je connaissais pas que ça s'appelait les questions de Whooley mais c'est des questions qu'on pose ouais !* »

Médecin B : « *Alors en tant que questions de Whooley non (rires) mais après c'est vrai que c'est des questions assez types sur l'humeur.* »

Médecin D : « *C'est exactement le genre de questions qu'on pose quand on recherche une dépression en général, chez la femme enceinte ou pas, (...) je saurais maintenant que ça s'appelle les questions de Whooley !* »

Médecin F : « *Oui, dans la dépression ! Dans la dépression en médecine générale.* »

Médecin G : « *Alors oui, ça on connaît, c'est les deux premières questions du DSM.* »

Médecin H : « *Alors, les questions de Whooley non, après c'est des questions...* »

Médecin I : « *Ça me dit quelque chose, alors questions de Whooley le terme je le connais pas du tout.* »

Médecin K : « *Alors j'ai déjà vu ces questions mais savoir que c'est Mr Whooley qui a fait ça, ça je sais pas.* »

● Une confusion avec d'autres échelles

Du fait de leur caractère classique dans le dépistage des troubles de l'humeur, certains médecins les confondaient avec d'autres échelles.

Médecin A : « *HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale, c'est la même ?* »

Médecin C : « *C'était pas québécois du tout ? Non ça n'a rien à voir... C'est le HADS en fait, l'échelle HADS, Hospital Anxiety and Dépression Scale, tu l'avais non ? C'est vrai que c'est les mêmes questions en fait.* »

Médecin I : « *C'est pas des questions qui existent dans la GDS ?* »

● Inconnues

Pour les médecins E, J, M, O, c'était des questions qu'ils ne connaissaient pas du tout.

- **Connues en tant que telles**

Un des médecins en avait entendu parler une fois à l'occasion d'une thèse.

Médecin N : *« J'en ai entendu parler parce qu'en fait j'étais à une thèse d'une amie où elle, elle parlait de la dépression du sujet âgé et donc du coup on a parlé pas mal des tests etc., voilà. Et donc du coup, moi je les connaissais pas et j'en ai entendu parler à cette occasion-là. »*

La plupart des médecins, sans savoir qu'elles s'appelaient les questions de Whooley, connaissaient ces questions dans le dépistage des troubles de l'humeur.

2. Les freins à leur utilisation

2.1. La formulation

- **Le terme « désespéré »**

Plusieurs médecins relevaient le terme « désespéré », mettant possiblement en cause la traduction.

Médecin A : *« Alors désespérée oui mais là c'est quand on sent vraiment qu'on est au bout du rouleau. »*

Médecin J : *« Je pense que triste ça suffit, si elles sont déprimées ou désespérées, je pense qu'on l'aura perçu avant ! »*

Médecin P : *« La traduction, par exemple désespéré ça correspond pas trop au terme anglais, je me souviens plus du terme... Hopeless c'est pas désespéré, c'est sans espoir. »* et plus loin : *« Je vais peut-être du coup utiliser le mot tristesse, mais je vais pas dire déprimée, par contre ça je dirais pas. »*

- **Des questions trop générales**

Des médecins mettaient en évidence le manque de spécificité de la formulation ne permettant pas aux patientes de s'identifier.

Médecin F : *« Oui mais formulées autrement. Si vous voulez, j'aime pas poser la question vous êtes-vous sentie triste, déprimée ou désespérée, je préfère demander aux gens, est-ce que ça vous arrive de vous asseoir dans votre fauteuil dans la journée et tout à coup vous vous mettez à pleurer parce que c'est plus parlant pour eux. Voilà, faut rester très pratique avec les gens en fait. »*

Médecin G : *« Ça n'a pas de spécificité. C'est des questions qu'on pose dans la dépression en général. »*

Médecin I : *« Après je les trouve assez basiques quand même ces questions. »*

Médecin O : « *Avez-vous ressenti un manque d'intérêt, on demande si elles arrivent à faire les choses entre les biberons, si elles arrivent à sortir un peu, si elles arrivent à faire des choses, si elles voient des gens. »*

- **Une formulation culpabilisante**

Un des médecins trouvait la formulation culpabilisante.

Médecin P : « *Est-ce que vous êtes déprimée, c'est une question, peut-être qu'elles vont pas vouloir le dire, elle va pas dire oui je suis déprimée parce que j'ai accouché, mon enfant est en pleine forme... Des fois le terme déprimé, elles vont pas trop bien comprendre ou elles vont pas l'intégrer comme toi tu veux le faire passer quoi, parce que la déprime pour certaines, c'est mal vécu de se dire qu'on est déprimée. »*

- **Autres suggestions de formulation**

Médecin G : « *Alors moi, je leur dis souvent "inhabituellement", il me semble que...* »

Médecin N : « *Moi je trouve ce qui manque c'est le sommeil, ça permet aussi de discuter, de dire mais quand il dort profitez-en pour vous reposer. »*

2.2. La pratique habituelle

- **Un dépistage préexistant**

Beaucoup de médecins exprimaient déjà réaliser un dépistage de la dépression sans utiliser ces questions.

Médecin A : « *C'est le genre de questions qu'on pose, à bâtons rompus, sans pour autant que ce soit formalisé sur 2 lignes. »*

Médecin F : « *Alors moi je ne le formule pas comme ça, ce que je leur demande en fait, c'est est-ce-que quand vous êtes chez vous l'après-midi avec votre bébé, vous êtes assise sur un fauteuil comme ça, tout à coup vous vous mettez à pleurer sans que vous compreniez ce qui se passe, c'est un peu le même style non ? »*

Médecin K : « *Je pense que moi je me sers de ça de manière intuitive et j'y ajoute ça [porte son index à la bouche et le tend au vent] »*

Médecin I : « *C'est à peu près les questions qu'on pose quand on recherche des signes positifs de dépression dans un contexte de post-partum comme dans les autres contextes de dépression. »*

Médecin J : « *Le seul truc c'est que je pense que c'est un truc que je faisais plus ou moins naturellement il me semble. »*

Médecin L : « *C'est la question ouverte qu'on pose dans toutes les consultations pour voir si ça mord, (...) c'est pas exactement la même formulation mais c'est ça, c'est à part ça, ça va bien ? vous avez la pêche ?* »

Médecin M : « *J'ai l'impression que c'est à peu près le même genre de questions que je leur pose, après peut être qu'on a un meilleur rendu si on le formule de cette façon-là.* »

Médecin N : « *Bon ça franchement moi c'est des trucs que je pose dans la consultation.* »

Médecin O : « *On les pose de façon indirecte, enfin, en tous les cas moi je les pose de façon indirecte.* »

Médecin P : « *C'est des questions qu'on pose de façon informelle.* »

● **Négliger un ressenti**

Pour des médecins, le ressenti était aussi efficace qu'un test dans le dépistage.

Médecin A : « *Oui il faut aborder ces sujets, mais le faire sous forme d'une échelle... pourquoi pas hein (...), mais pfff, y'a le ressenti des choses...* »

Médecin N : « *J'ai eu vraiment toute une période dans mon activité au départ où je me disais, oui, ce serait bien que j'ai tel ou tel, et puis c'est vrai qu'on en a beaucoup discuté entre collègues, et en fait ce qu'on s'est dit c'est que nous on est vraiment dans la santé primaire quoi, et c'est plutôt des ressentis, (...) en fait l'intuition était en fait souvent plus efficace que toutes les échelles et tous les tests possibles et imaginables.* »

2.3. Le modèle « échelle »

● **Une échelle parmi tant d'autres**

Plusieurs médecins rattachaient ces questions à une sorte d'échelle et exprimaient une réticence à leur utilisation, d'autant plus qu'il en existait une grande multiplicité.

Médecin A : « *Ces échelles maintenant sont devenues un peu systématiques pour plein de choses et je ne suis pas un fervent habitué des échelles pour tout.* »

Médecin K : « *Je me sers pas des échelles, trucs comme ça.* »

Médecin N : « *Sortir un questionnaire en plus, voilà, faut avoir, le questionnaire de la dépression, le questionnaire... le truc pour le trouble dyslexique ou que sais-je donc c'était quand même compliqué.* »

Alors que pour d'autres, elles avaient un côté rassurant car venaient confirmer une intuition.

Médecin D : « *Moi j'aime beaucoup les questionnaires et les échelles dans ma pratique parce que ça me rassure en fait.* »

- **Des échelles élaborées pour des anglo-saxons**

Pour un des médecins, le modèle des échelles serait plus adapté à la culture anglosaxonne car produite par elle.

Médecin K : « *Ce sont souvent des échelles anglo-saxonnes qui sont faites par des anglo-saxons et à mon avis, pour des anglo-saxons, avec des gens qui ont des formes de pensée, des habitudes, une culture qui est différente de la nôtre. Nous sommes un peuple de latins et on est plus latin que les latins, c'est à dire que nous on veut tout et son contraire et donc c'est très compliqué. »*

2.4. La systématisation

Certains médecins exprimaient une difficulté à systématiser le dépistage.

- **Une difficulté à les répéter**

Un des médecins exprimait ses doutes quant à la possibilité de répéter le dépistage avec ces questions.

Médecin A : « *Alors tous les mois, je pense que la patiente va nous dire, euh... »*

- **Une difficulté à les utiliser au-delà d'une certaine durée**

Un autre ne se voyait pas les poser au bout d'une trop longue durée.

Médecin C : « *Est-ce que je vois des freins ? Pas du tout, non... enfin ptet pas au bout des un an mais, enfin... »*

- **Une difficulté à les utiliser pour certains motifs de consultation**

Pour certains médecins la difficulté pouvait venir du motif de consultation.

Médecin J : « *Faut pas que ce soit bizarre quand ils viennent pour une rhino mais au cours du suivi du nourrisson y'a pas de soucis. »*

- **Y penser**

Plusieurs médecins évoquaient la difficulté d'y penser.

Médecin D : « *Après faut repenser à ça dans le post-partum. »*

Médecin H : « *Le seul frein c'est d'y penser ! C'en est un, hein ! C'en est un... c'est arriver à l'intégrer à la pratique de façon systématique. »*

Médecin J : « *Après c'est sûr qu'on doit y penser. C'est le côté systématique qui doit manquer. »*

- **Le temps de la consultation**

D'autres médecins évoquaient une contrainte de temps.

Médecin E : « *Le manque de temps pour en parler.* »

Médecin L : « *Le seul frein qu'on peut avoir il viendrait du médecin, c'est le temps qu'on a, sur une consultation quand on a 1h de retard, ce type de questions il peut passer à l'as, pour pas induire, parce que sinon on s'en sort plus, enfin ça demande d'avoir une certaine réceptivité, un temps d'écoute, si nécessaire et ça, c'est pas toujours facile à maintenir, mais y'a des fois ça mérite d'avoir 1h de retard, de se faire engueuler.* »

Médecin N : « *Déjà nous en médecine générale on est déjà un peu surbooké par le temps, (...) c'est à dire qu'après on a tellement de choses à faire qu'il faut pas... à vouloir en faire plus, quelques fois, on fait moins bien, vous voyez ?* »

Notamment lorsque c'est imposé à un certain moment.

Médecin N : « *C'est des trucs qui durent tellement longtemps ! En plus ils nous avaient mis ça à 4 mois, à 4 mois on a les vaccins à faire, en plus faut qu'on les pèse, qu'on les mesure, qu'on les déshabille complètement, déjà là on les a les 20 minutes, et encore moi c'est 20 minutes.* »

2.5. Les limites en tant que test de dépistage

- **Ne font pas un diagnostic**

Certains médecins mettaient en évidence qu'en deux questions, le champ d'exploration des questions était limité pour faire un diagnostic.

Médecin E : « *Enfin c'est juste 2 questions, quoi ! C'est assez limitatif.* »

- **Ne remplace pas la formation des médecins**

Un des médecins mettait en évidence la nécessité de connaître ce que l'on recherche.

Médecin N : « *Par contre à mon avis ce qui est important c'est d'avoir en tête plutôt peut être les diagnostics à éventuellement pas louper, pour les avoir en tête, pour pouvoir éventuellement dans son interrogatoire, poser les bonnes questions et peut être aller les chercher.* »

- **Risque de faux-négatifs**

Soit du fait de la banalisation, de la dissimulation ou de tableaux cliniques ne rentrant pas dans le champ d'exploration des questions, des médecins mettaient en exergue un risque de faux-négatifs.

Médecin E : « *Y'a des mamans qui vont dire oh non je suis un peu fatiguée, je pleure un peu mais ça doit être la fatigue.* » et plus loin : « *Après je pense à une maman là que je vois un peu*

avec son petit, un peu survoltée, pas dans l'abattement et la tristesse. Donc je sais pas si une maman comme ça... il faudrait vraiment creuser un peu plus. »

Médecin K : *« C'est pas parce qu'il va te dire qu'il a des idées noires qu'il va se flinguer, au contraire même je dirais, s'il arrive à te le dire c'est que, quelque part, il a encore une capacité à raisonner. »*

Ces faux-négatifs pourraient faussement rassurer le médecin.

Médecin K : *« Il pensait pouvoir avec tous les outils, les machins, les trucs, savoir que ce type allait se suicider, chose que je pense, est rigoureusement impossible donc aller rechercher un truc impossible, c'est pas mon truc à moi. »*

● Risque de faux-positifs

Comme le faisait remarquer le médecin K, toutes les personnes tristes ne sont pas dépressives et il est intéressant d'en évaluer le retentissement.

Médecin K : *« Et puis surtout l'intensité et puis la répercussion que ça peut avoir parce qu'effectivement se sentir triste, déprimée ou désespérée, ça peut m'arriver tous les jours à moi aussi, quand je vois arriver une hémoglobine glyquée à 12, je me dis, pu... mais c'est pas possible quoi ! Ça, ça me désespère mais c'est pas pour ça que je suis dépressif. »*

● Questions simples mais réponses compliquées

Médecin E : *« C'est jamais des réponses tranchées... »*

Les médecins mettaient en évidence un certain nombre de freins a priori à l'utilisation des questions de Whooley dans le dépistage de la dépression du post-partum.

Ces freins concernaient les questions elles-mêmes (leur formulation, leur modèle « échelle », leur efficacité), leur pratique (leur impression de déjà faire un dépistage similaire, la peur de négliger leur ressenti) et la systématisation du dépistage (le fait d'y penser, l'impossibilité de le faire quel que soit le motif de consultation, le retard dans la consultation ou le délai dans le post-partum).

3. La faisabilité à les utiliser

● Un outil simple

Les médecins étaient d'accord sur ce point, ils trouvaient l'outil simple.

Médecin A : *« Ah celui-là il est d'une simplicité redoutable ! (rires) »*

Médecin J : « *Moi y'a pas de soucis, en plus le questionnaire il est simple, c'est toujours compliqué les trucs qui prennent beaucoup de temps, qui sont compliqués à mettre en œuvre mais là...* »

● Un outil facile à intégrer en consultation

Ces questions étaient donc considérées a priori comme faciles à insérer dans une consultation dont l'humeur ne serait pas un des motifs de consultation.

Médecin A : « *C'est des questions qu'on peut tout à fait poser comme ça, même à l'occasion d'une consultation du nourrisson, je veux dire même si la femme elle vient pas pour ça.* »

Médecin D : « *En effet ça paraît tout à fait intégrable.* »

Médecin J : « *C'est des questions qu'on pose assez facilement, enfin moi je trouve que c'est pas compliqué de demander.* »

Médecin O : « *C'est très facile en examinant, si elle vient pour le bébé, c'est très facile de poser ces questions-là l'air de rien hein.* »

● Des questions faciles à comprendre

Médecin J : « *Y'a des choses qui sont un peu floues des fois pour qu'ils comprennent bien, là y'a pas de soucis.* »

Les médecins trouvaient a priori ces questions suffisamment simples et compréhensibles pour qu'elles soient facilement insérées dans la conversation de la consultation, même si le motif n'était pas en lien avec l'humeur, afin de dépister la dépression du post-partum.

4. L'intérêt à les utiliser

● Repérer des gens qui seraient inaperçus

Des médecins appréciaient le fait d'intégrer une démarche systématique pour ne pas oublier dépister et diagnostiquer des gens qui seraient passés inaperçus.

Médecin A : « *C'est vrai que le fait d'avoir une échelle ou un questionnaire type, ça nous permet de pas passer à côté de choses.* »

Médecin H : « *Effectivement ça permettrait de dépister davantage si c'était inclus de façon systématique, le fait de poser les questions de façon systématique, je pense qu'on va quadriller davantage.* »

Médecin M : « *Le fait de rentrer dans une démarche systématique ça peut être intéressant pour pas passer à côté les fois où tu le fais pas.* »

Médecin B : « *Je me dis que lui, je l'ai raté au début, probablement que si j'avais réussi à l'évaluer correctement par rapport à ça, on serait pas allé aussi loin dans le syndrome dépressif.* »

Médecin G : « *Le Pr X, qui était le patron de la psychiatrie avant à X, avec l'INSERM a fait une étude sur le DSM-3 (...) et la dépression en médecine générale, et donc nous avons été tirés au sort, moi j'ai été tiré au sort et il fallait que je pose ces questions-là à tous mes patients dans la journée, qui avaient plus de 18 ans. Et ça m'a mis la puce à l'oreille puisque j'ai découvert 2 ou 3 patients déprimés, sur une journée, à qui j'avais jamais vraiment posé ce genre de questions. En fait on s'habitue vous savez, au mal-être de nos patients, hein, malheureusement pour eux, et donc j'ai découvert que ces questions étaient importantes.* »

● Aider au diagnostic

Ces questions constituaient une aide au service du diagnostic.

Médecin A : « *Toutes façons, tout ce qui peut nous aider au diagnostic ne peut être qu'intéressant.* »

Médecin D : « *En fait ça c'est pour ouvrir, on est d'accord, avant de poser le diagnostic.* »

● Aider les patients à verbaliser

Pour des médecins, ces questions étaient importantes à poser pour faciliter la parole avec les patientes et ainsi lutter contre la culpabilité qui les en empêcherait.

Médecin F : « *Il faut, il faut, il faut, parce que c'est ce qui permet d'avancer, de gratter et d'aller chercher les infos pour pouvoir aider le patient, parce que si le patient il s'enferme dans sa solitude et qu'il peut pas parler avec le médecin, je vois pas à quoi il sert le médecin.* »

Médecin O : « *Pour la maman on est pas intrusif en posant ces questions-là donc à mon avis elles se sentiront pas jugées, parce que le problème à mon avis dans la dépression du post-partum c'est que la maman quand elle fait une dépression du post-partum elle a l'impression d'être une mauvaise maman, quelque fois elles osent pas le dire.* »

● Aborder le sujet des difficultés psychologiques du post-partum

Le médecin B envisageait les questions de Whooley comme un moyen de sensibiliser ses patientes aux fragilités psychologiques que l'on peut rencontrer dans le post-partum.

Médecin B : « *Ça peut me permettre de poser la problématique du bébé blues d'une manière différente et de leur dire, si je vous pose ces questions, c'est parce qu'il faut une grande vigilance dans cette période-là, parce qu'il y a une fragilité psychologique à côté de laquelle il faut pas passer, c'est mieux que de leur dire avez-vous entendu parler du post-partum ? Le prof élève, c'est pas forcément le meilleur moyen d'entrer en relation.* »

● Objectiver des symptômes

Pour des médecins, les échelles permettaient d'objectiver des symptômes non reconnus par le patient lui-même.

Médecin A : « Alors des fois l'échelle ça a un intérêt aussi, ça permet d'appuyer sur le diagnostic et de leur dire bah oui, vous voyez bien, y'a quand même des signes de dépression, c'est là où j'utilise l'échelle moi c'est quand y'a des femmes qui... enfin des femmes ou des hommes d'ailleurs, mais en général... qui reconnaissent pas leur dépression. »

Médecin H : « Ça m'est arrivé récemment de faire le questionnaire pour la dépression, c'est pas mal de poser ces questions-là de façon vraiment systématisée pour scorer. »

D'après les médecins généralistes, les questions de Whooley présentaient a priori plusieurs intérêts au dépistage de la dépression du post-partum.

Elles permettaient de dépister des patientes qui seraient passées inaperçues, elles constituaient en ce sens, une aide au diagnostic. Elles pouvaient permettre également de faire prendre conscience aux patientes de leur pathologie et de les aider à verbaliser un sujet source de culpabilité. Enfin plus généralement, elles donnaient au médecin la possibilité d'aborder les difficultés psychologiques du post-partum au cours d'une consultation non dédiée.

Les questions de Whooley étaient perçues par les médecins généralistes comme étant des questions standards dans le dépistage des troubles de l'humeur.

Les principaux freins à leur utilisation a priori concernaient les questions elles-mêmes de par leur formulation et leur modèle « échelle », la pratique des médecins (leur impression de déjà faire un dépistage similaire, la peur de négliger leur ressenti) et la systématisation du dépistage (le fait d'y penser quel que soit le motif de consultation, le retard dans la consultation ou le délai dans le post-partum).

Malgré cela, les médecins généralistes pensaient à priori un dépistage via ces questions faisable de par leur simplicité et leur rapidité à faire passer, et intéressant car la pathologie pourrait facilement passer inaperçue. La dépister permettrait d'aborder le sujet sans que cela soit un motif de consultation.

VII. Test des questions de Whooley

Les médecins avaient trois mois pour tester les questions de Whooley sur les mères d'enfants de moins d'un an venant quel que soit leur motif de consultation.

Les résultats à l'issue de ces trois mois sont compilés dans le tableau 2 (Annexe 6).

1. Utilisation des questions de Whooley

Parmi les seize médecins de l'étude, dix ont utilisé au moins une fois les questions de Whooley.

Un des médecins qui ne les a pas utilisées évoquait l'absence de point d'appel clinique.

Médecin G : « *Les mamans je les ai vues avant et y'avait aucun signe, donc c'est pas le thème si vous voulez, cliniquement y'avait pas de raison de poser la question.* »

Pour un des médecins il s'agissait d'une erreur de consigne (enfants de moins de trois mois au lieu de moins d'un an).

Pour un autre, l'occasion ne s'est pas présentée hormis un homme, dont le diagnostic était déjà évident.

Médecin E : « *Par contre, j'ai eu un cas de dépression du post-partum chez l'homme, pour le coup très sérieux puisqu'il a fini hospitalisé en clinique psychiatrique, (...) il avait des idées suicidaires, un gros syndrome dépressif, il avait aussi, parce qu'il travaillait dans le transport, des angoisses au volant.* »

Pour les autres, il s'agissait du manque de temps, du manque d'occasions et d'oublis.

2. Systématisation du dépistage

Parmi les dix médecins qui ont utilisé les questions de Whooley, deux ont posé ces questions systématiquement à toutes les mères d'enfants de moins d'un an qu'ils ont vu pendant les 3 mois de test.

Dans la plupart des cas, il s'agissait de consultations de suivi du nourrisson du 8^e jour jusqu'au 11^e mois de l'enfant.

Pour l'un des médecins, il s'agissait de consultations pour des pathologies intercurrentes de l'enfant.

Certains médecins ont pratiqué un dépistage ciblé en fonction de points d'appel du patient. Pour l'un, il s'agissait de consultations de la mère pour asthénie. Pour un autre, il s'agissait d'une consultation du père qui venait également pour asthénie. Pour deux autres, le point d'appel était une rupture avec l'état antérieur de la patiente, avec un retentissement

physique, alors que le motif de consultation n'était pas en rapport avec la dépression du post partum.

Le principal frein à systématiser le dépistage était d'y penser. Tous les médecins ayant utilisé les questions ont cité l'oubli comme première raison au fait de ne pas les avoir systématiquement posées.

Médecin C : « *Le plus dur c'est que ça devienne un automatisme au cours de la consultation de suivi du nourrisson.* »

Le deuxième frein qui revenait était la peur d'être intrusif en l'absence de point d'appel.

Médecin K : « *Je veux bien être dans le dépistage, dans la prévention, dans tout ce qu'on veut mais faut quand même que j'ai moi un sentiment de quelque chose qui ne va pas. Alors c'est pas forcément dans le verbal mais aussi le comportement des gens. Quand les gens vont bien, ils vont bien. Oui j'aurais été intrusif et je fais pas ça, c'est pareil pour les gens, est-ce que vous buvez de l'alcool ? Pfff, c'est bon quoi ! Je fais pas ça ! Donc je l'ai pas fait systématiquement mais quand à un moment donné j'ai pensé que ça pouvait être intéressant.* »

Médecin I : « *Comme c'est du systématique, elle venait pas pour ça, elle me paraissait pas être en demande, elle me paraissait pas avoir de signe, de symptôme, alors je voulais pas... je voyais pas l'intérêt de creuser plus en fait. Disons que j'avais pas envie de médicaliser, de mettre du stress et de créer des faux-positifs, j'ai préféré ouvrir la porte à la conversation, rappeler effectivement le principe de la dépression du post-partum, que ça peut arriver, qu'il faut s'en prévenir, mais peut-être pas se lancer dans des questions trop précises en fait.* »

3. Facilité à employer

Concernant la facilité à insérer ces questions dans la conversation au sein d'une consultation, les médecins donnaient une note moyenne de 4,15/5.

Les médecins mettaient en évidence le fait que ces questions étaient simples à utiliser dans le cadre du suivi de l'enfant ou à condition que le parent vienne pour un motif d'alerte de la dépression du post-partum tel que l'asthénie.

Les questions de Whooley seraient plus difficiles à utiliser dans une consultation dont le motif n'aurait pas de rapport ni avec l'enfant, ni avec la dépression du post-partum.

Médecin A : « *Je me souviens l'avoir posé à Mr X. qui venait pour un problème de fatigue, mais ce serait pour une angine, ce serait plus compliqué.* »

Médecin M : « *Elle ne venait pas pour ça, pas du tout, une mycose des ongles je crois, un truc comme ça. Elle était tellement pas là pour ça, elle était étonnée que je lui pose ces questions, elle s'est effondrée.* »

Ceci étant dit, la moitié des médecins ayant utilisé les questions de Whooley les avaient reformulées.

Deux des médecins les reformulaient pour les intégrer à la conversation.

Médecin F : « *Je les ai reformulées parce qu'en fait je les mets dans un discours, je me vois pas leur dire « attendez, je sors mon papier, je vais vous poser 2 questions », (...) mais finalement c'est à peine reformulé, c'est simplement pour les intégrer à la discussion. »*

Un des médecins les reformulait pour des raisons linguistiques.

Médecin O : « *Reformulées pour l'une de mes patientes qui est africaine, c'était plus simple que je le formule différemment. »*

Un des médecins écourtait la question.

Médecin P : « *J'ai demandé est-ce que vous vous sentez triste. »*

Pour un autre, la formulation était un frein à leur utilisation, il a donc modifié la phrase.

Médecin I : « *Honnêtement je les ai reformulées, j'ai demandé à la mère comment elle se sentait en fait. Je trouve que les phrases sont longues, c'est un discours trop médical, impersonnel, ça fait un peu grille sémiologique, je dirais que c'est une formulation qui met de la distance entre la patiente et le médecin. »*

Un autre médecin trouvait également la formulation pas adaptée.

Médecin K : « *C'est direct je trouve, c'est un peu violent comme questions, je trouve ça un peu raide, je l'aurais pas formulé comme ça. »*

Pour ce même médecin, la difficulté venait également du fait de modifier sa pratique.

Médecin K : « *Ça fait pas parti de mon champs d'investigation habituel, culturellement je suis pas branché la dessus, (...) c'est pas naturel pour moi alors si c'est pas naturel c'est compliqué, je suis vieux. »*

Et inversement, les médecins qui trouvaient ces questions faciles à utiliser avaient l'habitude de poser ce genre de questions.

Médecin B : « *C'est vrai que j'ai déjà l'habitude de poser ce genre de question. »*

Médecin J : « *C'est des choses que je faisais déjà un petit avant donc non, ça me choque pas du tout. »*

4. Acceptabilité par les patientes

Concernant l'acceptabilité par les patientes, les dix médecins ayant utilisé les questions de Whooley leur donnaient une note moyenne de 4,45/5.

Les médecins mettaient en évidence que les patientes appréciaient de sentir que le médecin s'intéressait à elles.

Médecin C : « *Aucun problème, pas du tout intrusif, j'ai trouvé au contraire qu'elles étaient contentes de se poser et d'échanger un peu et de découvrir qu'on était là aussi pour les écouter.* »

Elles pouvaient être d'autant mieux acceptées qu'il existe une relation de confiance entre le médecin et le patient.

Médecin K : « *Y'a une alliance thérapeutique, à partir du moment où les gens qui te posent des questions sont des gens en qui tu as confiance, ils répondent en confiance.* »

Ceci à condition que les questions ne semblaient pas sortir de nulle part, et ce, d'autant plus que l'accouchement avait eu lieu à distance de la consultation.

Médecin F : « *Aucun problème, les patients sont complètement à l'écoute quand on commence à leur poser des questions, à leur demander comment ils se sentent. (...) J'ai pas encore vu un patient s'offusquer qu'on lui pose ce genre de question ou alors c'est que ça été mal formulé et que c'est arrivé comme un cheveu sur la soupe. Encore une fois je pense que ça doit être intégré dans un échange.* »

Médecin J : « *Des fois c'est pas toujours à propos.* »

Médecin P : « *Des fois ça surprend ! On m'a dit « Beh pourquoi ? » mais le petit avait 11 mois mais sinon ça passe très bien dans la conversation comme ça.* »

Médecin M : « *Quand j'ai commencé à lui poser ces questions, elle a tout de suite commencé à se retrancher, alors peut être que c'est moi qui les ai pas bien posées, pas bien amenées, mais pour elle c'était pas envisageable qu'on pose la question, donc j'ai pas pu les poser.* »

Et quand bien même une réaction de retrait arrivait, les questions pouvaient avoir un intérêt en débutant une réflexion.

Médecin M : « *Je me dis que poser une question ça mange pas de pain et même si les gens ils ont pas envie d'y répondre, ça veut pas dire qu'après quand ils sortent d'ici ils y réfléchissent pas.* »

5. Temps à faire passer

Concernant le temps que les questions de Whooley prenaient à faire passer, les dix médecins mettaient une note moyenne de 4,30/5.

Les médecins appréciaient que ces questions soient courtes.

Médecin C : « *Deux questions simples comme ça en fin de consultation, c'était vite placé.* »

Médecin B : « *C'est rapide, facile, on peut les poser en faisant autre chose avec le bébé.* »

Même si le fait d'avoir une réponse positive pouvaient induire un dialogue qui rallongeait la consultation ou une nouvelle consultation pour revoir la patiente.

Médecin B : « *De temps en temps ça va entraîner un dialogue qui va rallonger la consultation.* »

Médecin A : « *Si y'a rien, y'a rien, si y'a quelque chose tu te retrouves parfois à embrayer sur une deuxième consultation... après faut trouver le moyen de revoir le patient pour assurer le suivi.* »

Conséquemment, le fait d'être en retard sur ses consultations pouvait être un frein à utiliser les questions de Whooley, compenser par le fait de revoir facilement les patientes.

Médecin J : « *Quand on est en retard c'est plus compliqué. Quand je les ai posées j'ai pas eu ce problème mais j'ai peut être sélectionné des moments où j'avais plus le temps aussi, où y'avait pas de problématiques trop compliquées, et comme on revisite les patientes, y'a toujours un moment où on a l'occasion de les poser et être systématique.* »

Mais le plus souvent, le temps n'était pas une problématique.

Médecin F : « *Moi je regarde pas le temps quand je fais de la médecine, si j'ai besoin de passer du temps avec un patient, je prends ce temps, je me pose pas ce genre de question.* »

Médecin K : « *Ça pourrait faire rebondir sur quelque chose d'un peu complexe, de chronophage mais bon, pas aberrant quoi.* »

Médecin M : « *Y'a des consultations qui durent dix minutes et d'autres trois-quarts d'heure, si y'en a qui en prennent davantage, c'est certainement qu'il y en a besoin.* »

6. Efficacité pour dépister de la dépression du post-partum

Concernant la capacité des questions de Whooley à dépister la dépression du post-partum, neuf médecins ayant utilisé les questions leur donnaient une note moyenne de 3,88/5.

Un des médecins s'est abstenu de répondre car avait pratiqué un dépistage ciblé.

Les médecins trouvaient que les deux points soulevés par ces questions étaient des points pertinents à rechercher dans la dépression.

Médecin F : « *Je crois que l'item de savoir comment le patient se sent, qu'il accepte l'idée qu'il se sente pas bien et qu'il puisse le formuler, et deuxièmement, de savoir ce qu'il n'arrive plus à faire parce qu'il n'a plus d'attrait pour cette chose, ça c'est 2 points très importants.* »

Médecin O : « *Franchement je pense que c'est même indispensable de poser ce genre de questions.* »

Leur sensibilité était plutôt satisfaisante mais leur spécificité faisait défaut.

Médecin O : « *Je ne suis pas sûre que ça suffise à poser un diagnostic de vraie dépression ou bien simplement de mamans débordées.* »

7. Les réponses aux questions de Whooley

Quatre médecins sur les dix qui ont utilisé ces questions ont eu des réponses positives.

Médecin O : *« Oui pour une. Je l'ai géré assez simplement, je lui ai proposé d'essayer de voir avec son mari qu'il y ait au moins un biberon de prêt pour la nuit pour qu'elle puisse dormir et que ça changerait rien à l'allaitement, je lui ai marqué aussi en homéopathie de la passiflore mais je crois que rien que le fait de lui en parler, de lui expliquer qu'elle n'était pas toute seule, que c'était fréquent, ça a suffi. Je l'ai revue pour l'examen du 2^e mois et elle allait déjà mieux. »*

Pour les médecins ayant pratiqué un dépistage ciblé, il y avait des réponses positives.

Le médecin F avait constaté une dépression du post-partum.

Médecin F : *« La première fois elle est venue pour un engorgement, elle est revenue 48h plus tard pour des douleurs abdominales (...), et c'est la 3^e fois où là elle était complètement en pleurs, que tout d'un coup j'ai tilté, que je me suis dit ah bah voilà c'est ça cette dame, et là j'ai posé les questions. J'ai pas tilté tout de suite, je ne sais pas pourquoi, parce que le contexte était pas... je me suis trop focalisée sur le plan médical, d'abord l'engorgement puis les douleurs abdominales, je me suis trop focalisée sur la médecine et pas assez... après elle parlait pas cette dame et moi-même je suis pas allée la chercher cette dame, c'est vraiment à la 3^e consultation qui a duré ¾ d'heure que je me suis dit là y'a un problème. Je l'ai revue en consultation avec son mari, j'ai essayé d'expliquer à son mari ce qu'il fallait qu'il mette en œuvre pour essayer de l'encadrer sur le plan psychologique cette dame. Et le bébé, je l'ai pesé plusieurs fois ce bébé, l'allaitement n'a pas pu être continué parce que la maman était tellement déprimée, il a fallu passer au biberon, c'est certainement avec ce passage de dépression, le sein ne devait plus sécréter suffisamment de lait et y'avait une stagnation du poids du bébé. Après le fait de l'avoir revue avec son mari, d'avoir beaucoup parlé, qu'on l'ait bien entourée avec son mari cette petite dame, dans les 15 jours qui ont suivi tout est rentré dans l'ordre. Ça, ça été le cas le plus important. »*

Et d'autres difficultés psychologiques passagères : *« Après, y'a eu un autre cas, une dame, il a suffi que je parle un petit peu avec elle, que je lui explique que c'était tout à fait normal qu'elle passe par là. »*

Le médecin M a également repéré une dépression du post-partum à huit mois de l'accouchement.

Médecin M : *« Elle était positive partout, très, très positive. Elle était tellement pas là pour ça, elle était étonnée que je lui pose ces questions, elle s'est effondrée. Ça m'a interpellé parce que je la connais depuis qu'elle a 14 ans, elle en a 25, donc c'est pas hyper compliqué de repérer quelqu'un qui va pas bien quand tu le connais depuis aussi longtemps que ça, elle était complètement repliée sur elle-même, il y avait vraiment une marque physique de son repli. Je l'ai quand même encouragée à ne pas être toute seule, (...) donc elle a accepté de demander de l'aide à sa mère et elles ont convenu que sa mère prenne une fois par semaine le petit pour la soulager et après par contre, elle a pas du tout accepté de voir un psy, elle a complètement refusé mais normalement je devrais la revoir d'ici une quinzaine de jours. »*

L'un des médecins constatait arriver un peu tard.

Médecin A : « *Oui, alors j'ai pu voir que le papa avait eu des difficultés mais finalement là ça allait mieux donc si j'avais posé la question au 4 mois de sa fille j'aurais pu le repérer.* »

Même en cas de réponse négative, les médecins appréciaient l'opportunité de discuter de la dépression du post-partum.

Médecin C : « *Je n'ai pas eu de réponse positive mais j'ai eu l'occasion du coup d'en parler et j'ai senti que les patientes ont senti que la porte était ouverte et qu'on était pas là que pour le bébé.* »

8. Réutilisation des questions de Whooley

Trois des seize médecins de l'étude disaient ne pas vouloir réutiliser les questions de Whooley.

Médecin E : « *C'est des questions que je posais déjà donc en fait je ne pense pas changer mes habitudes.* »

Médecin L : « *Je suis pas sûr de le faire, parce que c'est pas dans ma pratique, parce que je fais pas que ça, quand c'est au milieu de consultations avec que des enfants ou que des femmes en post-partum j'y penserais mais là, des bébés de moins d'un an j'en vois 2 par jour, maximum, mais entre les deux, j'ai couru dans tous les sens.* »

Médecin N : « *Non, je m'en inspire mais je vais pas sortir le questionnaire.* »

Certains médecins disaient vouloir les réutiliser à condition de modifier la formulation.

Médecin I : « *Oui mais pas avec cette formulation-là.* »

Médecin M : « *Oui, dans l'esprit.* »

Médecin H : « *Je pense que je les adapterais par contre, même si d'un point de vue scientifique je suis pas persuadé que ce soit validé mais déjà le principe.* »

9. Perspective d'un dépistage systématique

Treize des seize médecins de l'étude pensaient qu'il serait faisable et intéressant que ces questions puissent s'intégrer dans le cadre d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum.

Médecin D : « *Vu la simplicité du test ça me semble tout à fait envisageable à titre systématique, ça peut rentrer dans les mœurs.* »

Les principales justifications étaient d'éviter les oublis, de lutter contre le sous-diagnostic, de faire connaître la dépression du post-partum aux patientes et de les aider à verbaliser d'éventuelles difficultés qu'elles pourraient rencontrer.

Médecin A : « *Oui, il faut que ça rentre dans notre tête de les poser au cours des visites systématiques.* »

Médecin B : « *Ça nous permettrait d'avoir une idée du ressenti des nouvelles mères, c'est très sous-évalué à mon avis.* »

Médecin I : « *Oui, je pense quand même, malgré tout, je suppose qu'il y a un sous-diagnostic, sous cette formulation-là ou sous une autre, mais oui je pense.* »

Médecin M : « *Ne serait-ce que pour faire connaître, pour pouvoir déculpabiliser les mamans de ce sentiment-là, je trouverais ça intéressant.* »

Médecin H : « *Effectivement elle viendront pas forcément spontanément en parler.* »

En retravaillant la formulation.

Médecin K : « *Ouais mais je pense qu'il faudrait les reformuler pour les franciser.* »

A condition de ne pas répéter les questions et de ne pas le faire trop longtemps après l'accouchement.

Médecin C : « *Oui, peut-être pas à chaque fois mais au moins une fois au début, pour montrer que tu es là.* »

Médecin A : « *Après 9 mois ça me paraît un peu plus...* »

Pour faciliter l'adhésion collective, plusieurs médecins ont fait des suggestions.

Médecin A : « *Ça devrait être dans le carnet de santé lors des examens obligatoires !* »

Médecin L : « *Ou alors faudrait que ce soit sur le certificat médical de la CAF à 9 mois, pour vraiment formaliser les choses.* »

Médecins F : « *Si y'avait comme ça pour la dépression du post-partum un mini-test à mettre en place qui ait une cotation et bien pourquoi pas, je pense que mes confrères ont tort de pas vouloir utiliser comme ça des outils à disposition des médecins et qui nous permettent déjà de mieux gagner notre vie et puis aussi en contrepartie d'assurer une médecine de qualité.* »

Médecin K : « *Faudrait les diffuser au journal de 13h, là ça porterait bien, c'est ça qui est entendu.* »

Médecin M : « *Même à faire remplir dans la salle d'attente, tu vois tu laisses les gens réfléchir et ça pourrait permettre aux mamans de savoir que même si avoir un enfant c'est formidable, des fois c'est trop difficile, et malheureusement on s'en sort pas toujours.* »

Médecin N : « *Alors ça par contre oui, via la mat' ou via un mail qui peut être envoyé à toutes les mamans, moi ça me paraît plus pertinent, faire un envoi massif auprès des mamans qui ont accouché pour les sensibiliser et leur dire voilà si vous avez les critères, parlez-en à votre médecin.* »

Médecin C : « *Peut-être faire une consultation pas que gynéco mais aussi générale au décours de la grossesse.* »

Parmi ceux qui ne pensaient pas faisable et intéressant la mise en place d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum par les généralistes, certains suggéraient que ce soit réalisé par les sages-femmes ou les pédiatres.

Médecin E : « *Au départ elles voient beaucoup leur sage-femme, donc à la limite c'est peut-être plus...* »

Médecin L : « *Ah ça c'est sûr, à condition que ce soit des gens spécialisés qui le fasse, la première consult' de la sage-femme ou les pédiatres, mais des gens dont c'est une pratique courante.* »

Un des médecins ne croyait pas au dépistage systématique.

Médecin K : « *J'y crois pas trop au dépistage systématique en fin de compte. L'important, c'est que c'est quelque chose qu'il faut garder en tête après un accouchement.* »

Le médecin N soulevait une limite au dépistage, celle de possiblement générer de l'anxiété en créant des diagnostics.

Médecin N : « *On médicalise beaucoup, notamment les femmes enceintes et les jeunes mamans et il faut quand même faire attention à ça, à pas pathologiser tout, dès qu'il y a un petit souci on va essayer de classer sur quelque chose et moi je pense que c'est important de globaliser et de pas mettre une étiquette obligatoirement sur quelqu'un.* »

10. Alternative au dépistage

Le médecin N croyait en d'autres vecteurs de la prévention tels que les affiches ou les dépliants.

Médecin N : « *Après ce à quoi moi je pense et auquel je crois de plus en plus c'est les affiches dans la salle d'attente. (...) Moi c'est ça qui m'intéresserait plus, ce serait d'avoir des outils, des plaquettes que je puisse mettre dans la salle d'attente, où que je puisse avoir là, et quand je sens une maman qui est un peu... lui dire bah regardez, (...) donc avoir un truc comme ça et puis avoir ces questions, ce truc sous forme d'affiche pour que quand les mamans elles viennent dans la salle d'attente, elles voient le truc, et puis après n'hésitez pas à en parler à votre médecin, comme pour l'énurésie, ou que sais-je, et que moi ensuite je puisse leur donner un truc comme ça pour qu'elles puissent un peu mieux comprendre (...) donc quand je vois ce qu'ils ont à la main comme dépliant, j'essaie de leur en parler, d'en discuter avec eux, et voilà, ça un truc comme ça ce serait, à mon avis, ce serait vraiment un bon support, (...) Mais faut pas qu'il y en ait trop non plus, parce que trop d'infos tue l'info.* »

Durant les trois mois à disposition, dix médecins sur les seize de l'échantillon ont utilisé les questions de Whooley, dont la moitié les ont reformulées.

En retirant les erreurs de consignes et le manque d'occasions du fait d'une période courte d'utilisation, les principaux freins à l'utilisation des questions de Whooley étaient le fait d'y penser et le manque de temps dans la consultation.

Les principaux freins à une utilisation systématique pour toutes les mères d'enfants de moins d'un an de ces questions étaient à nouveau le fait d'y penser et la peur d'être intrusif alors que précisément il n'y avait pas de point d'appel à un éventuel trouble de l'humeur.

Lorsqu'ils les utilisaient, les médecins étaient globalement satisfaits de leur facilité d'utilisation à condition de reformuler les questions telles qu'elles puissent s'intégrer plus naturellement au contexte, que le motif de consultation ait un rapport avec un signe d'alerte du médecin ou avec le suivi de l'enfant et enfin, que le dépistage soit une pratique habituelle du médecin.

Les médecins évaluaient satisfaisante l'acceptabilité de ces questions par les patientes, mettant en évidence qu'elles étaient en général contentes que le médecin s'intéresse à leur bien-être. Ces questions étaient d'autant mieux acceptées qu'il existait un lien de confiance entre le médecin et la patiente, que les questions arrivaient contextualisées dans la conversation et que la consultation avait lieu à un délai raisonnable après l'accouchement.

En termes de temps à faire passer, les médecins évaluaient les questions de Whooley satisfaisantes. Les réponses pouvaient induire un allongement de la durée de la consultation ou une deuxième consultation pour réévaluation, mais globalement ils trouvaient cela acceptable car cela répondait alors à un besoin des patientes.

Concernant l'efficacité de ces questions à dépister effectivement la dépression du post-partum, les médecins étaient plus partagés. Les deux points recherchés, la tristesse et l'anhédonie, étaient jugés comme des points essentiels à rechercher dans une dépression, ils étaient sensibles mais peu spécifiques.

Quatre médecins sur les dix qui ont utilisés les questions de Whooley ont eu des réponses positives. Sur les quatre médecins, trois ont utilisé ces questions dans le cadre d'un dépistage ciblé de la dépression du post-partum après avoir constaté un signe d'alerte chez les patients (asthénie, rupture avec l'état antérieur, consultations à répétition).

Trois médecins sur les seize ayant participé à l'étude ne souhaitaient pas réutiliser les questions de Whooley ultérieurement. Les raisons qu'ils donnaient étaient pour l'un, qu'il pensait déjà dépister avec ses propres questions, pour un autre, que le dépistage n'était pas dans sa pratique, et pour le dernier, qu'il ne souhaitait pas utiliser un questionnaire. Plusieurs des médecins souhaitant les réutiliser, souhaitaient le faire en les reformulant.

Treize des seize médecins pensaient faisable et intéressant la mise en place d'un dépistage systématique au niveau national. Leurs principaux arguments étaient de lutter contre le sous-diagnostic, d'y penser, de créer l'opportunité d'informer les patientes sur la pathologie et de les aider à verbaliser d'éventuelles difficultés. Les arguments contre étaient que le dépistage pouvait être générateur d'anxiété et qu'un dépistage implicite en sachant quoi chercher était aussi efficace.

Les médecins proposaient des suggestions pour la mise en place d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum : faire apparaître les questions dans le carnet de santé de l'enfant, faire une campagne publicitaire au journal télévisé de 13 heures, envoyer les questions par email à la sortie de la maternité, éditer des dépliants à remplir dans la salle d'attente ou encore, coter l'acte. Deux des médecins envisageaient que ce dépistage systématique soit fait par les sages-femmes.

VIII. Intérêts à la formation des médecins

● Un sujet digne d'intérêt

Les médecins ont montré de l'enthousiasme à participer à cette thèse et beaucoup déclaraient spontanément être intéressés par le sujet.

Médecin O : « *Non mais c'est un sujet de thèse intéressant quand même !* »

● Une capacité à remettre en question sa pratique

Le médecin A exprimait dans son discours une certaine humilité par rapport à son savoir ou sa pratique, notamment au travers le fait d'être rassuré par l'usage.

Médecin A : « *Pas de signe sp...enfin, personnellement, je sais pas si y'a des signes spécifiques à la dépression du post-partum.* » et plus loin, à propos du fait que l'échelle de dépistage de la dépression du post-partum de référence soit peu utilisée : « *Bon alors ça me rassure.* »

Le médecin B, exprimait une large culpabilité d'avoir pu prendre du retard au diagnostic d'une dépression du post-partum chez l'homme, la poussant à modifier sa pratique plus tard.

Médecin B : « *Et tu vois la réflexion que ça me fait avoir par rapport à ça (...) je me dis que lui, je l'ai raté au début (...) et que si, probablement que si j'avais réussi à l'évaluer correctement par rapport à ça, (...) on serait pas allé aussi loin dans le syndrome dépressif. Et c'est vrai que (...) je me suis pas du tout occupée de lui mis à part pour lui dire qu'il fallait que vous soyez très soutenant vis à vis de votre femme et, et j'ai pas du tout vu, je suis complètement passée à côté de ça, avant que ça devienne tellement évident que, qu'il allait plus fort. Donc voilà, je me dis je vais poser la question aux mamans, et si je peux aux papas, mais les papas je les vois moins quand même.* » et plus loin : « *Donc c'est vrai que ça aurait dû m'alerter.* », et à nouveau : « *Et tu vois, quand je lis tout ce qu'il y a marqué, les phobies d'impulsion, la perte du plaisir à prodiguer des soins au bébé, le plus évident de ces cas-là, c'était le monsieur, c'était lui, il avait cette crainte de faire du mal au bébé et il osait plus la toucher sa fille, donc là c'était quand elle avait 9 mois mais je me dis, ça j'ai pas vu. Donc maintenant je vais être plus attentive au moins.* »

Le médecin C prenait conscience au fil de l'entretien de la problématique de la dépression du post-partum, ceci mis en évidence par l'usage du conditionnel puis du présent passant d'une hypothèse à une déclaration factuelle.

Médecin C : « *Je recherche pas du tout la dépression du post-partum (...) je me dis que spontanément... mais t'as raison hein parce qu'elles viendraient pas spontanément pour dire, enfin, t'as une grosse culpabilité j'imagine, ouais dans la dépression du post-partum, donc elles viennent pas spontanément.* », et plus loin : « *Je sais même pas si, enfin maintenant que tu le dis, mais je sais même pas si ça ferait tilt en fait, si... je sais pas si, peut être que je me dirais même pas c'est une dépression du post-partum, peut être que je me dirais c'est une dépression (rires).* »

Cette capacité à se remettre en question justifiait l'intérêt de la formation continue auprès des médecins.

Médecin C : « *C'est vrai que je devrais les poser.* »

Médecin D : « *J'essaierai d'y penser un peu plus d'ailleurs !* »

Médecin I : « *J'avais pas cette notion mais maintenant qu'on en parle, oui.* »

Médecin K : « *Non, tu vois y'a un truc qui me fait réfléchir là...* »

Médecin N : « *Vous voyez là, 10 à 20%, après on est plus sensibilisé.* », et plus loin : « *A mon avis ce qui est important c'est d'avoir en tête plutôt peut être les diagnostics à éventuellement pas louper, pour les avoir en tête, pour (...) aller les chercher.* »

Médecin F : « *C'est très bien, j'étais très contente, c'est un petit rappel qui est intéressant et qui pose des questions sur son exercice professionnel et à se dire qu'il ne faut rien oublier, parce que le problème de la médecine générale, c'est ça, les spécialistes nous reprochent de pas être à la page mais d'un quart d'heure à un autre, ça part dans tous les sens et c'est vrai que d'avoir des petits trucs comme ça, qui sont simples, ça aide, c'est très important en tant que médecin généraliste.* »

● **Sensibilisation à la dépression du post-partum**

Quatorze médecins parmi les seize reconnaissent, au terme des trois mois, avoir été sensibilisés à la dépression du post-partum suite à notre rencontre et disaient même avoir modifiés leur pratique.

Médecin A : « *C'est pas quelque chose que j'ai découvert mais je suis un peu plus systématique maintenant, c'est ce qui m'a fait changé tu vois. J'en parle pas qu'aux mamans, j'en parle même aux papas ! Chez les femmes, je l'abordais quand elles venaient me voir pour un problème de fatigue, je l'avais en tête, mais j'étais pas systématique. Donc ça a changé un peu ma façon de faire tu vois.* »

Médecin C : « *Ah bien-sûr absolument, je n'y étais pas du tout ! Ça a modifié ma pratique puisque je le faisais pas du tout avant.* »

Médecin D : « *Oui. Ce n'est effectivement pas quelque chose auquel j'aurai pensé faire même chez les mamans les moins adaptées. Les questions sur la dépression ce sont des questions que je pose assez facilement mais dans un contexte qui l'évoque, pas à titre systématique chez toutes les femmes qui viennent d'accoucher. Ce qui m'a aidé c'est de prendre conscience que c'est fréquent et pas forcément bien verbalisé, du coup c'est bien de poser la question, ça permet de dénouer les langues, donc depuis j'y pense.* »

Médecin F : « *Le fait qu'on en ait discuté ensemble ça m'a sensibilisé dans le fait de me dire que peut être qu'il faudrait que je sois plus systématique dans le questionnement. Alors je l'étais déjà un peu auparavant mais peut être que j'aurais été moins attentive.* »

Médecin I : « *Oh bah oui, oui, oui, c'est comme après une formation quand même, c'est une pique de rappel, on a un peu plus conscience du sujet de façon un peu plus prégnante après avoir reçu une formation, après avoir reçu une thésarde qui aborde le sujet.* »

Médecin L : « *Oh oui beaucoup ! Non mais je l'étais déjà mais d'en parler plus, ça fait toujours du bien.* »

Médecin N : « *Oui tout à fait, déjà je l'étais un peu mais ça m'a permis d'en parler un peu systématiquement même à une maman qui me paraissait bien en forme, avant je le faisais pas systématiquement, là je l'ai fait plus systématiquement.* »

Médecin P : « *Oui, tout à fait, 100% ! Ça m'a rallumé des clignotants, et modifier ma pratique oui parce que j'y pense.* »

Un des médecins ne s'était pas sentie sensibilisée particulièrement car concernée dans sa vie personnelle.

Médecin E : « *Je me sentais déjà sensibilisée à ça, déjà parce que j'en ai déjà vu mais aussi parce que je crois que je t'avais dit, ma belle-sœur a été prise en charge pour une grosse, grosse dépression du post-partum, donc voilà j'étais déjà bien sensibilisée.* »

Les médecins disaient être intéressés par le sujet de la dépression du post-partum. Ils montraient au cours de l'entretien une bonne capacité à remettre en question leur savoir et leur pratique et effectivement, se sentaient sensibilisés à la problématique du fait de notre rencontre et avaient été plus vigilants dans leurs consultations.

IX. Prise de position des médecins

Des médecins adoptaient des positionnements marqués sur certaines disciplines ou utilisaient des éléments de langage particuliers qu'il nous semblait intéressant de relever car apportant des éléments de compréhension sur leurs pratiques. Les sous-thèmes abordés dans le thème principal « Le positionnement des médecins » sont résumés dans la Figure 6.

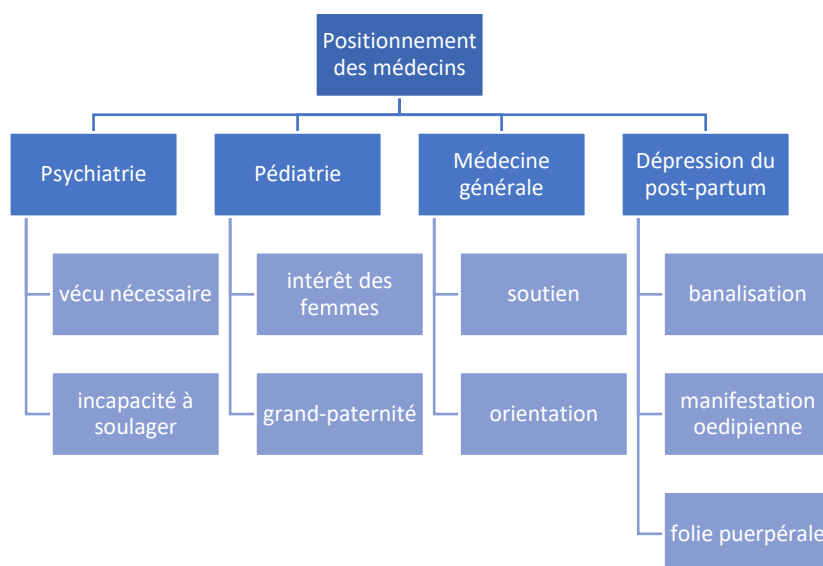


Figure 6 : Positionnement des médecins

1. Rapport à la psychiatrie

● Un vécu nécessaire

Pour le médecin F, le vécu d'une maladie apporterait une empathie nécessaire au médecin pour soigner cette pathologie.

Médecin F : « Et je vais même vous dire, je pense qu'un médecin s'il n'a pas fait une dépression, à mon sens, il ne peut pas suivre un dépressif. Suivre un dépressif c'est forcément avoir fait une dépression un jour ou l'autre, c'est mon opinion personnelle hein, elle n'appartient qu'à moi. Parce que la souffrance du dépressif, pour la comprendre, il faut en être passé par là. », et encore : « La violence de l'anxiété et des sentiments négatifs que vous avez quand vous êtes dépressif, vous ne pouvez, à mon sens, la percevoir que quand vous l'avez vécue, à quel point la souffrance d'ordre psychologique peut être importante, comprendre qu'un patient est capable d'ouvrir une fenêtre et de se jeter par la fenêtre pour se tuer, je dirais que quelque part, il faut avoir connu cette souffrance si vous voulez, personnellement, pour comprendre jusqu'à quel point peut aller un patient. ».

- **Un sentiment d'incapacité à soulager**

On relevait dans le discours du médecin K de nombreuses hyperboles au sujet de la psychiatrie : « *C'était une patiente bipolaire et en fait, elle est partie plus sur un mode un peu hystéroïde d'une manifestation somatotrope, elle avait des douleurs invraisemblables, impossibles.* », et plus loin : « *Le côté bipolaire est complexe à gérer donc en général, ils ont tendance à tourner le dos à la réalité, c'est la terre entière qui les comprend pas ces gens-là donc ils ont aucun intérêt à aller voir quelqu'un.* », et encore : « *Y'a des structures mentales assez particulières chez des gens qui vont programmer leur suicide, Jim Morrison je sais pas s'il l'avait programmé ou pas...* » ou « *une sinistrosique chronique* »

Ceci était associé à un sentiment d'incapacité à soulager ces patients : « *Toutes façons, elle est en échec partout enfin je veux dire, y'a aucun médecin qui va la guérir...* », et plus loin « *Mais après qu'est-ce qu'on peut y faire ? Je sais pas... Bah oui, qu'est-ce qu'on fait derrière ? Psychothérapie... mais toutes façons après faut attendre hein, y'a pas de mystère, (...) toutes façons, la dépression que vous fassiez rien, que vous donniez des médicaments, que vous fassiez des électrochocs, que vous fassiez ce que vous voulez, au bout de 6 mois le résultat est le même, y'en a toujours autant qui sont déprimés, autant qui sont guéris, autant qui vont rechuter, ça change rien.* »

2. Rapport à la pédiatrie

- **Une inclination naturelle des femmes**

Le médecin N mettait en évidence que les femmes auraient une inclination plus naturelle que les hommes pour la pédiatrie.

Médecin N : « *Je pense qu'il y a que les femmes médecins aiment bien la pédiatrie.* »

- **La pratique au service de la grand-paternité**

Pour le médecin G, le fait d'être confronté à une large part de pédiatrie dans son métier de généraliste lui apportait une expérience qui facilitait son vécu de grand-paternité.

Médecin G : « *Moi, j'ai eu aucun problème avec mes petits-enfants petits, vu que j'ai toujours vu des petits enfants, mais j'ai plein de copains, qui d'un coup à 60 balais vous avez des bébés qui reviennent dans votre maison, ça fait 30 ans que vous en avez pas vu, vous voyez (rires) ! Bon, moi tous les jours j'en habille, j'en déshabille, j'en manipule, (...) donc je suis à l'aise avec ça. Ça m'a apporté dans ce sens-là.* »

3. Rapport à la médecine générale

- **Le soutien**

Pour le médecin F, l'essentiel du métier consistait à soutenir les gens.

Médecin F : « *Ah oui, de toutes façons en médecine générale on fait tout le temps du soutien ! On commence le matin à 8h avec du soutien et on finit à 8h du soir avec du soutien, ça c'est la base de notre profession. On est là pour absorber l'angoisse des gens.* », et plus loin : « *(Rires) C'est là où la médecine c'est quand même un métier passionnant.* »

● L'orientation

Pour le médecin L, il s'agissait d'orienter les gens, même si ce n'était pas la partie du métier qu'il préférait.

Médecin L : « *Mon métier à moi, c'est trouver les rendez-vous qui vont bien pour des gens qui valent le coup. Après c'est pas toujours facile, mais c'est le boulot, (...) ça me fait chier parce que c'est pas ça que j'aime faire mais c'est mon métier.* » et plus loin : « *Moi je défends l'idée que de toutes façons, médecin généraliste, c'est un métier que l'on fait avec de la technique beaucoup et avec un peu d'âme et l'âme, forcément, elle vient de ce qu'on est et pas de ce qu'on appris.* »

4. Rapport à la dépression du post-partum

● Banalisation

La dépression du post-partum était parfois banalisée.

Le médecin A par exemple en parlait comme d'une dépression qui passait toute seule la plupart du temps contrairement « *aux vraies dépressions* », qu'elle relevait donc « *franchement* » de la médecine générale et qu'un bon dialogue suffisait « *largement* ».

Elle était parfois reléguée à un problème de contrôle de soi quand il fallait expliquer que « *ça vient du fait que le bébé pleure* », à un problème de couple quand il fallait que « *chacun fasse un effort de son côté, que ce soit le mari et la femme* », voire à un problème d'estime de soi quand « *2-3 entretiens ça peut suffire à ce que la femme se sente prise en compte* »

Pour lui, adresser les patientes à un psychiatre pour « *entre guillemet, une dépression du post-partum* » représentait un frein, mais il reconnaissait toutefois qu'il fallait savoir laisser la main quand ça devenait trop compliqué car « *autant... c'est plus drôle après.* »

Le médecin K s'exprimait également dans ce sens lorsque la dépression du post-partum était résumée avec ironie à un problème de susceptibilité : « *Là, on est dans un truc différent, c'est à dire que la femme elle vient d'avoir un bébé, bon globalement, même si elle peut le prendre de travers, ça se passe bien, je suis pas sûr que la première chose qu'elle pense quand même ce soit se suicider.* », donc uniquement lié au caractère : « *Pour ce que j'ai vu ça dépendait pas d'une situation, d'un contexte socioéconomique, c'était vraiment très, très, très personnel hein, lié au caractère.* »

En faire le dépistage semblait donc aberrant : « *Moi je l'évoque si je vois des signes cliniques en faveur de la dépression du post-partum, mais sinon les femmes qui vont bien (...) je vais pas*

leur dire, "et alors, la dépression oui ? non ?" , enfin je... non, j'ai pas, j'évoque pas comme ça des choses comme ça. »

Le dépistage ne valait pas le risque d'être intrusif « c'est difficile d'y mettre le nez », « on est pas des donneurs de leçons pour les patients » car le risque serait de perdre la patiente « je lui ai suggéré une hospitalisation, qu'elle a très mal acceptée, je pense que c'est là-dessus qu'elle est partie d'ailleurs », d'autant que les traitements ne seraient pas efficaces « toutes façons, la dépression que vous fassiez rien, que vous donniez des médicaments, que vous fassiez des électrochocs, que vous fassiez ce que vous voulez, au bout de 6 mois le résultat est le même, y'en a toujours autant qui sont déprimés, autant qui sont guéris, autant qui vont rechuter, ça change rien. ».

● **Manifestation « œdipienne »**

Pour le médecin K la solution de la dépression du post-partum dépendrait de la capacité du mari à reprendre sa place auprès de sa femme : « Ça dépend aussi (...) du mari qui accepte ça ou pas. On retombe toujours dans ce problème-là du couple avec d'un seul coup la maitresse qui devient autre chose, qui n'existe plus, y'a plus que la mère de l'enfant, l'enfant dans le lit entre les deux, enfin bon, truc assez difficile à gérer, bon y'a des pères, des maris qui gèrent ça et puis après ça dure pas longtemps. »

Finalement, le problème de dépression du post-partum serait plus intelligible pour l'homme que pour la femme : « Sur le plan de voir débarquer dans leur couple un intru, ouch ! Ça provoque des fois des choses extraordinaires, hein. Moi je vois, je suis actuellement une dame, son fils s'est fait mettre la main dessus par une nana, juste pour faire un bébé quoi, et maintenant que le bébé est là, le mec il n'existe plus, il dégage ! Et lui il déprime. C'est vrai que ces mecs-là, ils se font larguer par l'enfant quoi, la mère une fois qu'elle a ce qu'elle voulait, qu'elle a son bébé, terminé, c'est l'enfer pour eux, ils se font évincer par le bébé, ils sont évincés du couple. »

Le médecin P abordait également ce problème de place dans la famille : « Elle m'expliquait qu'en fait elle n'avait plus l'enfant à elle seule, donc pour elle c'était une source de... parce qu'avant c'était elle le centre du monde et maintenant avec la venue de l'enfant c'est l'enfant qui était le centre du monde, plus personne ne s'occupait d'elle, même le mari il s'occupait plus de l'enfant que d'elle alors elle, elle se sentait un petit peu délaissée dans son rôle de femme quoi. Mais après c'est passé très vite, y'a pas eu besoin d'intervenir sur le plan thérapeutique quoi. Elle a repris sa place, elle a repris un petit peu le cours de sa vie et c'est passé. »

● **La folie puerpérale**

Le médecin O en faisait le lapsus : « Une tétée ça revient vite hein, toutes les 3h, y'a des mamans qui deviennent folles, enfin qui deviennent folles, non peut être pas mais qui ne sont pas bien dans cette espèce de confinement et d'impression de ne rien pouvoir faire. ».

DISCUSSION

I. Résultats principaux

1. Résultats sur les objectifs

1.1. Les pratiques des généralistes concernant le dépistage de la dépression du post-partum

● Un dépistage implicite systématique

Les médecins généralistes décrivaient pratiquer un dépistage implicite systématique de la dépression du post-partum. Pour cela, ils posaient des questions d'ordre général sur le bien-être de la patiente et son adaptation à son nouveau statut de mère, couplées à la recherche d'indices cliniques visibles d'une rupture avec son état antérieur ou d'une atypie dans sa relation à l'enfant.

Derrière ce questionnement aspécifique, on peut s'interroger sur l'intentionnalité du médecin. En effet, en posant ces questions d'ordre général sur le bien-être physique et psychique de leurs patientes, sans nécessairement penser sciemment à la dépression du post-partum, l'évaluation du médecin est implicite, intuitive. Peut-être peut-on alors parler d'un dépistage par sérendipité¹ ? Mais tout fortuit qu'il puisse être, c'est un dépistage tout de même si ce n'est de la dépression du post-partum spécifiquement, au moins d'un changement d'humeur, car dépister une maladie c'est en découvrir la trace.

Ce dépistage implicite habituel paraît d'autant plus efficace lorsque le médecin connaît suffisamment sa patiente pour repérer un changement chez elle, et inversement, lorsque la patiente connaît suffisamment son médecin pour qu'elle accepte de se confier à lui.

Les médecins étaient plus vigilants à la dépression dans le post-partum précoce et à certains moments charnière de la relation à l'enfant (fin du congé paternité, reprise du travail, arrêt de l'allaitement).

● Un dépistage explicite ciblé

Lorsqu'ils repéraient des signes qui les alertaient, certains médecins généralistes pratiquaient un dépistage ciblé de la dépression du post-partum, en posant des questions sur des symptômes spécifiques et sur leur retentissement sur la vie quotidienne.

¹ L'évaluation implicite est une notion théorisée par Jean-Marie Barbier dans son ouvrage *L'évaluation en formation* paru en 1985 (56) et reprise pour l'évaluation en protection de l'enfance dans l'ouvrage éponyme de Francis Alföldi (57).

● Motivations et freins au dépistage courant

Pour les médecins généralistes, dépister la dépression du post-partum avait comme objectif premier d'aborder le sujet afin de déculpabiliser la patiente et de la rassurer en l'informant sur ce qui était de l'ordre du normal ou du pathologique. A plus long terme, la principale inquiétude des médecins sur les conséquences de la dépression du post-partum concernait l'enfant.

Le fait que les médecins ne dépistaient pas systématiquement de façon explicite la dépression du post-partum dépendait avant tout de leur sensibilité pour le sujet (vécu, expérience clinique), des limites qu'ils s'imposaient dans leur relation à la patiente (la peur de se montrer intrusifs, suggestifs ou illégitimes à ne pas être eux-mêmes parents) et des contraintes de la consultation (temps, exhaustivité).

Le point particulier de paraître intrusif en interrogeant les patientes sur le thème de la dépression du post-partum était un frein uniquement mentionné par des médecins hommes ; il s'agit donc d'une problématique genrée. Poser des questions sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement est du ressort du domaine médical de façon évidente, alors que la perception de la maternité par la femme, son vécu, relève d'une sphère plus intime, pouvant être moins assumée par les deux parties. Ainsi l'accès à la symptomatologie dépressive du post-partum par le vécu de la maternité peut être moins évident pour des médecins hommes, d'autant plus qu'ils ne sont pas parents.

● Connaissance des facteurs de risque et du tableau clinique

Les médecins savaient décrire un grand nombre de situations à risque de dépression du post-partum avec en premier lieu et de façon quasiment unanime, des antécédents psychiatriques chez la mère et un environnement social peu soutenant.

Concernant le tableau clinique de dépression du post-partum, pour un certain nombre de médecins il s'agissait avant tout d'une dépression comme une autre, survenant dans le post-partum. Pour beaucoup, un des symptômes les plus spécifiques était la culpabilité ressentie par la mère, elle-même en lien avec une anxiété concernant les fonctions maternelles et provoquant parfois un « déni » de la maladie et donc un retard au diagnostic.

Les médecins évoquaient également des difficultés à établir un diagnostic de dépression du post-partum du fait de difficultés à la définir, partagés entre des dépressions légères, fréquentes, pour lesquelles une prise en charge de médecine générale suffisait et passant spontanément, et des dépressions sévères, plus rares, relevant de la psychiatrie. On s'interroge ici sur un éventuel abus de diagnostic de dépression du post-partum, la majorité relevant probablement d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et non pas d'un épisode dépressif caractérisé en tant que tel, qui lui nécessiterait des soins.

1.2. La faisabilité et l'intérêt du dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley

● Utilisation des questions de Whooley

Durant les trois mois entre les deux entretiens, dix médecins généralistes parmi les seize de l'échantillon ont utilisé les questions de Whooley. La moitié d'entre eux les ont reformulées et huit ont pratiqué un dépistage ciblé après avoir repéré des signes qui les alertaient.

Le principal frein à l'utilisation des questions de Whooley était le fait d'**y penser**.

Un deuxième frein était **la peur pour le médecin d'être intrusif** en l'absence de point d'appel pour un trouble de l'humeur. Il semble que le manque d'habitude du médecin à poser des questions de dépistage augmente cette sensation d'intrusion, d'autant plus sur un sujet où il peut ne pas être à l'aise comme nous le soulignons plus haut.

● Modalités d'utilisation

Concernant le temps que les questions de Whooley prenaient à faire passer, même si les réponses à ces questions pouvaient induire un allongement de la durée de la consultation ou une deuxième consultation pour réévaluation, globalement les médecins trouvaient cela **acceptable**, car cela répondait à un besoin des patientes. Malgré ce bénéfice remarqué, un retard dans les consultations restait un frein à leur utilisation en pratique courante.

Concernant leur facilité d'emploi et leur acceptabilité par les patientes, les médecins qui ont utilisé ces questions ont ressenti la nécessité de les **reformuler** et de les **contextualiser** pour qu'elles soient amenées naturellement dans la conversation. Ainsi selon le motif de consultation, elles pourraient ne pas trouver leur place hors contexte de prévention (suivi de l'enfant, consultation post-natale) ou si le médecin ne relève pas de signe d'alerte de la dépression du post-partum. De même, si la consultation a lieu à distance de l'accouchement, si le sujet n'a jamais été abordé auparavant, la question arrive hors contexte. Enfin, ce sujet, pouvant être perçu comme intime bien que médical, est d'autant plus facile à aborder qu'il existe une relation de confiance entre médecin et patiente.

● Efficacité des questions

Concernant l'efficacité des questions de Whooley à dépister effectivement la dépression du post-partum, si les deux points qu'elles soulèvent étaient identifiés par les médecins comme des symptômes essentiels de la dépression du post-partum, ils soulignaient que ces questions n'en étaient **pas spécifiques**. Ainsi, un des médecins se posait la question de leur capacité à discriminer une dépression d'un simple surmenage.

Quatre médecins sur les dix qui ont utilisé les questions de Whooley ont eu des réponses positives. Sur ces quatre médecins, trois ont utilisé ces questions dans le cadre d'un dépistage ciblé de la dépression du post-partum après avoir constaté un signe d'alerte chez leurs patients (asthénie, rupture avec l'état antérieur, consultations à répétition). Il est difficile de dire si les femmes qui avaient des réponses positives à ces questions présentaient

effectivement les critères d'une dépression du post-partum mais les questions de Whooley paraissent ainsi potentiellement **très sensibles**, d'autant plus parmi une population ciblée.

Le fait que les médecins généralistes aient en grande partie utilisé ces questions en ciblant les personnes d'après des signes qui les avaient alertés, laisse penser que ces médecins s'en sont servis pour valider leur hypothèse de départ. Ils avaient déjà soupçonné si ce n'est une dépression du post-partum, au moins une difficulté psychologique, que les questions de Whooley sont venues confirmer ou infirmer.

Une patiente a été dépistée dans le cadre d'un dépistage systématique. Nous ne pouvons affirmer qu'elle ne l'aurait pas été avec la pratique habituelle du médecin.

Il est intéressant de noter que ce sont les médecins qui estimaient la prévalence de la dépression du post-partum la plus haute qui ont eu des réponses positives aux questions de Whooley. Inversement, les questions de Whooley semblaient être moins utilisées par les médecins qui n'avaient pas l'impression d'être souvent confrontés à des dépressions du post-partum, c'est-à-dire ceux qui en auraient probablement eu le plus l'utilité.

De manière générale, les médecins disaient avoir **apprécié être sensibilisés** à la dépression du post-partum lors de notre rencontre, ils reconnaissaient avoir été **plus vigilants** chez les nouvelles mères.

● Utilisation à l'avenir

Malgré des réticences initiales concernant leur format « échelle », la plupart des médecins étaient motivés pour continuer à utiliser ces questions mais reformulées, qu'ils aient eu l'occasion de les tester ou pas. Ceux qui ne souhaitaient pas les réutiliser donnaient pour raison, pour l'un, qu'il pensait déjà dépister avec ses propres questions, pour un autre, que poser des questions de dépistage n'était pas dans sa pratique, et pour le dernier, qu'il ne souhaitait pas utiliser un questionnaire.

Les médecins étaient globalement favorables à la mise en place d'une mesure nationale de dépistage systématique de la dépression du post-partum via les questions de Whooley. Leurs principaux arguments étaient d'**y penser**, de **lutter contre le sous-diagnostic**, de créer **l'opportunité d'informer** les patientes sur la pathologie et de les **aider à verbaliser** d'éventuelles difficultés. Les arguments contre étaient que le dépistage pouvait être **générateur d'anxiété** et qu'**un dépistage implicite était aussi efficace**.

Il est intéressant de noter qu'un des principaux arguments cités dans la mise en place d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum via les questions de Whooley est également le principal frein à leur utilisation : le fait d'y penser.

Les médecins suggéraient pour la mise en place d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum de faire apparaître les questions dans le carnet de santé de l'enfant, de faire

une campagne publicitaire au journal télévisé de 13 heures, d'envoyer les questions par email à la sortie de la maternité, d'éditer des dépliants à remplir dans la salle d'attente ou encore, de coter l'acte. Deux des médecins envisageaient que ce dépistage systématique soit fait par les sages-femmes.

La pratique des médecins généralistes en matière de dépression du post-partum couvre de façon large la mère, l'enfant et la relation entre les deux. En ce sens, c'est une pratique sensible pour le repérage d'un changement de fonctionnement individuel ou de rupture par rapport à la norme, car vient tester un grand nombre de paramètres, implicites ou explicites. Cette pratique paraît également spécifique car la connaissance des patients et de leur mode de vie fait que les médecins généralistes peuvent plus facilement discriminer d'autres causes de symptômes d'allure dépressive, tel que pourrait l'être un surmenage (parentalité, conditions de travail, présence ou pas d'un soutien, aidant principal d'un tiers...).

Les questions de Whooley, même si leur forme courte est rapide à faire passer en consultation et donc a priori adaptée aux soins primaires, il conviendrait pour que les médecins les utilisent, de les reformuler et de les contextualiser.

Elles permettraient pour les médecins qui n'en ont pas déjà l'habitude, d'aborder plus facilement le sujet du vécu de la maternité avec leurs patientes afin de les aider à verbaliser d'éventuelles difficultés.

L'intérêt qu'ont montré les médecins à réutiliser les questions de Whooley et à la perspective d'une mesure nationale de dépistage systématique de la dépression du post-partum traduit leur volonté d'améliorer leur pratique dans ce domaine et de lutter contre le principal frein au dépistage : l'oubli.

Enfin pour les sensibiliser à la dépression du post-partum, les médecins auraient besoin de formation où leur soient rappelés les principaux symptômes chez la mère et chez l'enfant car la grande difficulté pour eux était de la définir précisément avant d'en établir le diagnostic.

2. Thèmes émergents

● Les femmes préfèrent un médecin femme pour leur suivi gynécologique

S'il semble évident pour chacun des médecins que le choix des patientes pour leur suivi gynécologique s'orientera plus naturellement vers un médecin femme, les raisons en étaient éludées. On peut supposer la pudeur et éventuellement la connotation sexuelle intrinsèque à l'examen gynécologique.

Par ailleurs, plusieurs médecins évoquaient certaines de leurs caractéristiques pouvant « attirer » les patients. Le mot n'est pas anodin, parler d'attraction comme un insecte irait vers une fleur selon des critères sensoriels, de beauté ou d'odeur, comme la gravité donc une force contre laquelle l'on ne pourrait lutter, et comme un lien entre deux êtres, une alchimie

que l'on ne saurait expliquer. Nous sommes dans le ressenti, le non palpable, dans l'intuitif mais l'intuition n'est pas fortuite, elle est basée sur des a priori, eux-mêmes basés sur l'expérience personnelle et collective.

- **Les femmes ne consultent pas pour elles-mêmes dans le post-partum**

Selon les médecins, le principal motif de consultation énoncé de la femme dans le post-partum concernait avant tout son enfant.

Comme l'enfant devient le centre des préoccupations de la mère, de l'entourage et parfois même du médecin, qu'il existe une injonction sociétale à être heureux et que la fatigue est souvent banalisée, cela ne facilite pas la reconnaissance et la verbalisation spontanée d'éventuelles difficultés psychologiques par la mère.

Cela est concordant avec le fait que les médecins citaient un des principaux objectifs du dépistage de la dépression du post-partum comme étant avant tout d'aider leurs patientes à verbaliser leurs difficultés et de les informer sur la dépression du post-partum.

- **Les médecins parents sont plus à même de suivre les femmes dans le péri-partum**

Pour les médecins parents cela apparaissait comme une évidence que leur prise en charge se trouvait améliorée par leur propre parentalité, d'autant plus que ceux-là étaient des femmes.

Comme certains médecins le soulevaient il s'agit d'une problématique universelle en médecine, nos propres expériences nous rendent-ils meilleurs dans nos prises en charge ?

Il est amusant de constater que les opinions changent à partir du moment où la parentalité a été expérimentée, où les pathologies ont été vécues personnellement.

II. Comparaison avec la littérature

Dans une étude de 2009 (58) évaluant la rentabilité d'un dépistage formel de la dépression du post-partum au Royaume-Uni utilisant les questions de Whooley et en cas de réponse positive, l'EPDS avec un seuil à 16, Paulden et al. ne montraient pas d'amélioration du rapport coût-efficacité de cette méthode par rapport aux pratiques courantes en soins primaires. Le principal facteur responsable était le coût inhérent à la prise en charge des patients « faux-positifs », c'est-à-dire des femmes diagnostiquées à tort avec une dépression du post-partum.

Dans le même sens, l'analyse du National Screening Committee britannique (59) à partir d'une revue de la littérature de 2010 démontrait que la majorité des critères de pertinence et d'efficacité pour le dépistage de la dépression post-partum en première ligne n'étaient pas remplis (60).

En effet, bien que la dépression post-partum soit jugée comme un problème de santé publique important au vu de sa prévalence et qu'un test de dépistage simple et validé soit disponible et acceptable selon la population, plusieurs critères n'étaient pas remplis, par exemple :

- L'histoire naturelle de la dépression post-partum, particulièrement en ce qui a trait à la dépression mineure, ne serait pas bien comprise ;
- Les avantages d'une intervention précoce pour la dépression post-partum, comparée à une intervention tardive, n'ont pas été étudiés ;
- Aucune des études retenues dans cette revue n'a évalué l'optimisation de la gestion clinique de la dépression post-partum et la prise en charge des patientes ;
- Le dépistage isolé de la dépression post-partum ne réduit pas la mortalité ou la morbidité des mères et des enfants ;
- Les effets négatifs potentiels du dépistage de la dépression post-partum ne sont pas documentés ;
- Le dépistage de la dépression post-partum aurait une faible valeur économique, en raison des coûts engendrés par le taux élevé de faux positifs.

Par conséquent, le dépistage de la dépression post-partum ne semblait pas constituer une mesure pertinente ou efficace pour améliorer l'état dépressif des femmes durant la période postnatale.

Mais si depuis cette analyse, les recommandations au Royaume-Uni n'ont pas changé et préconisent toujours le dépistage systématique de la dépression du post-partum via les questions de Whooley, c'est que ces études présentaient de nombreux biais. Ainsi, le coût était calculé pour la National Health Service et pas pour la société de façon générale, l'impact était mesuré sur la qualité de vie des femmes mais pas sur celle du couple ni de l'enfant. Malgré tout, cette analyse est intéressante car elle met en évidence le problème que représente l'excès de diagnostic de la dépression du post-partum, en termes de coût pour le système de santé d'une part et en termes de qualité de vie d'autre part, rejoignant ce que l'un des médecins disait à propos du dépistage systématique pouvant être anxiogène pour les femmes.

Ainsi récemment, un rapport de la London School of Economics and Political Science (61), concluait que toutes les interventions en termes de dépistage et de prise en charge des troubles mentaux dans le péri-partum étaient rentables au regard du coût pour la société lorsque l'on regarde sur le moyen et le long terme, en particulier en prenant en compte la prévention des conséquences sur le développement de l'enfant.

En dehors des considérations financières, Canévet, un professeur du Département de Médecine Générale de Nantes, interrogeait à propos d'un outil conçu pour dépister la dépression au cours de la grossesse en médecine générale (62) : « *La soumission d'un questionnaire à réponses fermées peut-elle être vécue par les patientes autrement que comme une objectivation, par le soignant, d'une réalité émotionnelle singulière ? La distance objectivante introduite par l'administration d'un tel questionnaire, fut-il simplifié, est-elle compatible avec l'instauration de la relation de confiance dont parlait Molenat à ce sujet dans le rapport qui a introduit la mise en place de l'entretien prénatal précoce destiné au repérage des difficultés psychosociales ? (...) Quelle est, par exemple, la sincérité de la réponse « non » à la question « vous êtes-vous sentie triste ou peu heureuse » (79 % de l'échantillon) ? Quelle femme ou homme enceint(e) ne ressent pas, même de façon fugace, doute, crainte de l'avenir, sentiment d'incompétence, peur d'une malformation ? Cette écrasante majorité dans la dénégation peut se voir comme l'affirmation massive d'une bonne santé psychique, mais elle*

peut aussi s'interpréter comme une forme de soumission à l'obligation sociale de bonheur pendant la grossesse. Ou bien comme un pied de nez à un interviewer intrusif ! Cette question ramène à la réflexion anthropologique sur la possibilité pour une femme enceinte de dire son désarroi : c'est le plus souvent une réalité qui n'est pas donnée au soignant, mais que celui-ci doit savoir reconnaître à de subtils signaux audibles au travers d'une écoute attentive. ».

Comme nous l'avons vu dans notre étude, si effectivement beaucoup de médecins hommes pouvaient se sentir intrusif à poser ce genre de question sur l'humeur, en revanche les patientes l'acceptaient tout à fait et même pouvaient se sentir soulagées que le médecin prenne les devants sur ce sujet particulièrement source de culpabilité à cette période de la vie. Ainsi, la vision intrusive des questions de Whooley est donc plus une barrière du médecin imaginée à la place de la patiente, qu'une réalité exprimée par celles-ci.

De plus, quand bien même une absence de réponse ou une réponse négative survenait, le questionnement pouvait permettre de faire savoir à la patiente que le médecin était là en cas de besoin, de faire avancer la réflexion de la patiente dans le cas d'un éventuel déni de la maladie et tout simplement d'informer la patiente sur une pathologie qui touche 18% des parturientes en France.

Si le repérage de signaux non explicites est l'apanage de la médecine générale à travers la relation de confiance entre le médecin et sa patiente, l'aider à verbaliser des difficultés qui justement ne seraient pas spontanément évoquées semble également de bonne pratique.

Ainsi, à conditions de les reformuler pour les contextualiser, les questions de Whooley pourraient permettre une approche didactique et empathique de la dépression du post-partum auprès des patientes.

Enfin, plusieurs auteurs s'accordent sur le fait qu'avant de mettre en place une mesure de dépistage organisé de la dépression en soins primaires, il convient d'améliorer sa prise en charge, notamment la compréhension des mécanismes de résistance des patients face à leur diagnostic, ainsi que les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques à leur proposer (63). Des experts suggèrent également (59) que des efforts supplémentaires pour fournir un traitement adéquat et améliorer l'adhésion au traitement seraient susceptibles de produire des effets plus importants que la mise en place d'une mesure de dépistage. En effet, dans les milieux de première ligne, 40 à 67 % des patients cessent précocement la prise de leur médication (dans les trois mois) et très peu d'entre eux reçoivent un suivi adéquat. Les programmes coordonnés de soins seraient associés à des bénéfices plus grands, car ils permettraient d'offrir un suivi rapproché aux patients pour évaluer leur réponse au traitement et de leur fournir un soutien psychosocial.

Concernant la dépression du post-partum, le traitement médicamenteux est rarement instauré par le médecin généraliste du fait des contre-indications et des effets indésirables qu'il présente. Il est réservé aux épisodes jugés sévères qui nécessitent une prise en charge spécialisée. Pour la majorité des épisodes dépressifs, l'accent est mis sur des mesures d'accompagnement à la parentalité et psychothérapeutiques.

Parallèlement à la mise en place d'une mesure de dépistage organisé, il serait donc souhaitable de prévoir l'orientation des patientes, d'autant plus que les acteurs de cette prise en charge, du fait de leur multiplicité et de leur répartition très inégale sur le territoire, ne sont pas forcément connus des médecins généralistes.

III. Forces et limites de l'étude

1. Choix de la méthode

Le choix de la méthode a été guidé par la question de recherche, le dépistage de la dépression du post-partum en médecine générale libérale via les questions de Whooley est-il faisable et apporterait-il une amélioration par rapport aux pratiques habituelles ?

Pour y répondre, il était nécessaire de s'intéresser à la manière dont est pratiqué le dépistage de la dépression du post-partum actuellement, de comprendre le vécu qu'ont les médecins généralistes de la dépression du post-partum dans leur pratique et d'essayer d'en mettre en exergue les déterminants dans ce domaine à la croisée de la gynécologie, de la pédiatrie, de la psychiatrie et de la prévention en soins primaires.

La recherche qualitative consiste à recueillir des données le plus souvent verbales pour en extraire du sens, elle permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». De son côté, la recherche quantitative essaie aussi de répondre au « pourquoi ? » quand il s'agit d'étudier un lien de causalité, mais d'une manière statistique (compter), alors que la recherche qualitative s'intéresse aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) (39).

Dans ce but, la méthode qualitative semblait la plus appropriée.

2. L'échantillon

L'échantillon recruté était varié en termes de sexe, d'âge et de lieux d'exercice.

Un des médecins contactés n'a jamais répondu malgré une relance, un autre a différé évoquant un manque de temps.

Tous les autres médecins contactés ont participé à l'étude laissant penser un certain intérêt des médecins pour le sujet, comme ils nous l'ont confirmé dans les entretiens.

Certains médecins étaient connus de l'enquêtrice, soit du fait de son cursus d'interne en médecine générale, soit du fait de connaissances familiales, pouvant faciliter leur recrutement, par complaisance.

Le fait que trois des médecins étaient installés depuis un an ou moins pouvaient faire qu'ils n'avaient pas ou peu été confrontés à des femmes dans le péri-partum.

Il est à noter que huit médecins sur les seize étaient maîtres de stage universitaires. On peut imaginer chez ces médecins une certaine volonté de remettre en question leur pratique mais également une influence sur leurs consultations avec un tiers car pouvant alors compliquer la verbalisation des patientes sur un sujet déjà source de culpabilité telle que la dépression du post-partum.

Il n'a pas été recherché chez les médecins une participation à la formation médicale continue, un abonnement à une revue médicale ou la participation à un groupe de pairs, c'est-à-dire des facteurs qui auraient pu venir corroborer une remise en question de leur pratique.

3. L'entretien

Le fait que l'enquêtrice connaissait certains médecins pouvait majorer un biais de désirabilité sociale dans les échanges, tant du côté de l'enquêtrice que de celui des enquêtés. Ce biais correspond à une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux des autres.

Au contraire, pour des sujets parfois intimes notamment l'influence de la parentalité, la connivence entre enquêtés et enquêtrice pouvait favoriser des réponses sincères.

Il existait un biais d'induction des réponses lorsque certaines questions suggéraient des hypothèses, favorisé au départ par l'inexpérience de l'enquêtrice, et minimisé au fil des entretiens.

Il existait également un biais de confirmation d'hypothèses, l'enquêtrice ayant parfois pu avoir tendance à privilégier les informations qui confirmaient ses hypothèses et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de ses conceptions. Ce biais a été minimisé également au fil des entretiens et corrigé lors de l'analyse des verbatims en redonnant une valeur identique à chacun des arguments évoqués.

4. L'analyse

Le biais d'interprétation inhérent à la méthode qualitative a été minimisé par une triangulation des données. L'intégralité des entretiens a reçu un double codage, et deux entretiens ont été codés par trois chercheurs.

Cependant, les trois chercheurs étaient des femmes. Compte tenu du nombre de thématiques genrées soulevées dans notre étude, il aurait peut-être été intéressant d'avoir un point de vue masculin.

CONCLUSION

Le dépistage de la dépression du post-partum représente pour les médecins un enjeu de santé publique du fait de sa prévalence, de son sous-diagnostic et des conséquences qu'elle représente tant chez la mère que chez l'enfant.

La pratique des médecins généralistes en matière de repérage de la dépression du post-partum couvre de façon large la mère, l'enfant, la relation entre les deux et l'entourage. En ce sens, c'est une pratique sensible pour le dépistage d'un changement de fonctionnement individuel ou d'une rupture par rapport à la norme car elle vient tester un grand nombre de paramètres.

Cette pratique paraît également spécifique car la connaissance des patients et de leur mode de vie fait que les médecins généralistes peuvent plus facilement discriminer d'autres causes de symptômes dépressifs.

Les questions de Whooley, de par leur forme courte, sont rapides à faire passer en consultation et donc adaptées aux soins primaires. A la demande des médecins, il conviendrait de les reformuler pour affiner leur traduction, augmenter leur spécificité et les contextualiser dans la consultation. Elles pourraient permettre à des médecins qui n'en n'ont pas déjà l'habitude, d'aborder plus facilement le vécu de la maternité chez les nouvelles mères. Elles fournissent aux patientes une aide à la verbalisation d'éventuelles difficultés psychologiques alors que la culpabilité leur empêcherait d'en parler spontanément et elles donnent l'occasion aux médecins d'informer leurs patientes sur la dépression du post-partum qui touche pratiquement une femme sur cinq.

L'organisation d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum via les questions de Whooley était plébiscitée par les médecins car il permettrait de lutter contre le principal frein au dépistage : l'oubli. Les modalités d'un tel dépistage restent à définir. Avant toute chose, il conviendra de réaliser une étude de validité des questions de Whooley traduites en français, avec les ajustements de leur formulation que nous suggérons.

Si une telle mesure était mise en place, il serait souhaitable de réaliser un effort de formation des médecins afin en amont, de leur rappeler les symptômes de la dépression du post-partum chez la mère et chez l'enfant car ils exprimaient des difficultés à la définir et donc à en faire le diagnostic ; et en aval, d'informer les médecins sur les réseaux de soins existants et de leur proposer un parcours de soins adaptés aux différentes situations de leurs patientes afin que le dépistage ne soit pas vain.

REFERENCES

1. Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd ed. London, England: Royal College of Psychiatrists Publications; 2014. 242 p.
2. American psychiatric association. DSM-IV-TR : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. 4th ed. Masson; 2005.
3. Garrabé J, Kammerer F. Classification française des troubles mentaux R-2015 : correspondance et transcodage CIM 10. Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2015.
4. Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de psychiatrie. Collège national des universitaires en psychiatrie. Presses universitaires François Rabelais. 2014.
5. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2018 Feb 1;8.
6. Ramchandani P, Stein A, Evans J, O'Connor TG, Team AS, others. Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*. 2005;365(9478):2201–2205.
7. Kim P, Swain JE. Sad dads: paternal postpartum depression. *Psychiatry Edgmont*. 2007;4(2):35.
8. Pitt B. "Atypical" Depression Following Childbirth. *Br J Psychiatry*. 1968 Nov;114(516):1325–35.
9. Kumar R, Robson KM. A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry*. 1984 Jan;144(1):35–47.
10. Sutter A-L, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier; 2005. p. 524–528.
11. Lebovici S, Stoléro S. La mère, le nourrisson et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris, Le Centurion. 1983.
12. Ajuriaguerra, J. de. Manuel de psychiatrie de l'enfant. Paris, Masson. 1977.
13. Winnicott WD. Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. Aux limites de l'analysable. *Nouvelle revue de psychanalyse*. 1974.10: 79-86.
14. Mazet P, Conquy L, Latoch J. et Al. Bébés et mères déprimées. *Devenir*. 1990. 4: 71-80.
15. Franchitto L. Les interactions parents bébé. Clinique et psychopathologie. Rencontres régionales de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé mentale. Toulouse. 2015. [Internet]. [cited 2017 Oct 10]. Available from: <http://www.rencontres-ferrepsy.com/ressources2015/vendrediPM/1%20-%20cours%20intensif%20psy%20LF.pdf>
16. Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *Psychiatr Enfant*. 2001;44(1):211.

17. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014;384(9956):1800–1819.
18. Van der Waerden J, Bernard JY, De Agostini M, Saurel-Cubizolles M-J, Peyre H, Heude B, et al. Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort: van der Waerden et al. *Depress Anxiety*. 2017 Feb;34(2):105–17.
19. Van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles M-J, Sutter-Dallay A-L, Melchior M. Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. *J Pediatr*. 2015 Jun;166(6):1440-1448.e1.
20. Sutter-Dallay A-L, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois M-L, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Eur Psychiatry*. 2011 Nov;26(8):484–9.
21. Milgrom J. Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN): Une approche cognitiviste et comportementale. *Devenir*. 2001;13(3):27.
22. Stewart DE, Gagnon A, Saucier J-F, Wahoush O, Dougherty G. Postpartum depression symptoms in newcomers. *Can J Psychiatry*. 2008;53(2):121–124.
23. Di Florio A, Jones L, Forty L, Gordon-Smith K, Robertson Blackmore E, Heron J, et al. Mood disorders and parity – A clue to the aetiology of the postpartum trigger. *J Affect Disord*. 2014 Jan;152–154:334–9.
24. Grant K-A, McMahon C, Austin M-P. Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *J Affect Disord*. 2008 May;108(1–2):101–11.
25. Munk-Olsen T, Pedersen HS, Laursen TM, Fenger-Grøn M, Vedsted P, Vestergaard M. Use of primary health care prior to a postpartum psychiatric episode. *Scand J Prim Health Care*. 2015 Apr 3;33(2):127–33.
26. Beck CT. A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27(1):39–46.
27. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A Review of Postpartum Psychosis. *J Womens Health*. 2006 May;15(4):352–68.
28. Bourgeois M, Sutter A-L. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum. In: *Extraits des Mises à Jour en Gynécologie et Obstétrique*. Paris; 1995.
29. Alhusen JL, Frohman N, Purcell G. Intimate partner violence and suicidal ideation in pregnant women. *Arch Womens Ment Health*. 2015 Aug;18(4):573–8.
30. Mauri M, Oppo A, Borri C, Banti S. SUICIDALITY in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. *Arch Womens Ment Health*. 2012 Feb;15(1):39–47.
31. Healey C, Morriss R, Henshaw C, Wadoo O, Sajjad A, Scholefield H, et al. Self-harm in postpartum depression and referrals to a perinatal mental health team: an audit study. *Arch Womens Ment Health*. 2013 Jun;16(3):237–45.

32. Gressier F, Guillard V, Cazas O, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Sutter-Dallay A-L. Risk factors for suicide attempt in pregnancy and the post-partum period in women with serious mental illnesses. *J Psychiatr Res.* 2017 Jan;84:284–91.
33. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry.* 2003;183(4):279–281.
34. Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. Centre for Mental Health and London School of Economics; 2014.
35. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987 Jun;150(6):782–6.
36. 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 Jan;13(2):83–9.
37. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017 Oct;45.
38. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *Rev Sage-Femme.* 2014 Apr;13(2):84–98.
39. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. National Institute for Health and Care Excellence; 2014 Dec.
40. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997 Jul;12(7):439–45.
41. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ.* 2003 Nov 15;327(7424):1144–6.
42. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits: Validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9. *Ann Fam Med.* 2009 Jan 1;7(1):63–70.
43. Lombardo P, Vaucher P, Haftgoli N, Burnand B, Favrat B, Verdon F, et al. The “help” question doesn’t help when screening for major depression: external validation of the three-question screening test for primary care patients managed for physical complaints. *BMC Med.* 2011 Dec;9(1).
44. Samra J, Gilbert M, Shain M, Bilsker D. Questionnaire sur la santé du patient-2 (PHQ-2). Consortium for Organizational Mental Healthcare; 2009.
45. Pfizer. The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) - Overview. 1999.
46. Hearn G, Parr P, Jones I. Postnatal depression in the community. *Br J Gen Pract.* 1998;3.
47. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. *Rev Prat.* 2016 Feb 20;66(2):211–5.
48. Jardri R, Maron M. Why and how to improve postnatal depression screening in the immediate post-partum? *Clin Eff Nurs.* 2006 Jan;9:e238–41.
49. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;84(19):142–5.

50. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: Armand Colin; 2015. (128 : Tout le savoir).
51. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2016. Paris; 2016.
52. Alber A. Sonal [Internet]. 2009. Available from: <http://www.sonal-info.com/fr>
53. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 296 p. (Quadrige).
54. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; Available from: <https://demographie.medecin.fr/>
55. Ameli. Référentiel Région d'Activité et de Prescriptions. Aquitaine; 2016 Dec.
56. Barbier J-M. L'évaluation en formation. Paris: Presses Universitaires de France; 1985. (Pédagogie d'aujourd'hui).
57. Alföldi F. Evaluer en protection de l'enfance. 4th ed. Dunod; 2015. 292 p.
58. Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S. Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. BMJ. 2009 Dec 22;339(dec22 1):b5203–b5203.
59. Comeau L, Chan A, Desjardins N. Synthèse des connaissances sur le dépistage de la dépression en première ligne chez les adultes. Institut National de Santé Publique du Québec; 2014.
60. Guide méthodologique : Comment évaluer a priori un programme de dépistage ? ANAES; 2004.
61. Bauer A, Knapp M, Adelaja B. Best Practice for Perinatal Mental Health Care: The Economic Case. London School of Economics; 2016 Nov p. 63.
62. Canévet J-P. À propos de l'article : « La dépression au cours de la grossesse : construction et validation d'un outil d'aide au diagnostic en médecine générale ». Exercer. 2015;26(119):92–3.
63. Möller H, Henkel V. What are the most effective diagnostic and therapeutic strategies for the management of depression in specialist care? World Health Organization; 2005.
64. Sutter A-L. Calcul du score de dépression à partir de l'échelle de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [Internet]. Groupe Santé Mentale Elfe; 2011. Available from: <https://pandora.vjf.inserm.fr/public/>

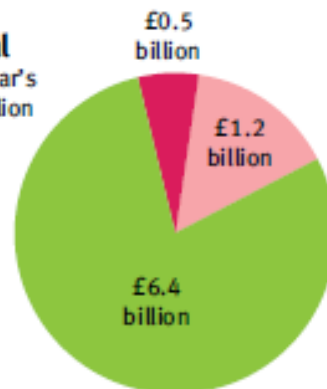
ANNEXES

I. Annexe 1 : Les troubles psychiatriques périnataux au Royaume-Uni en 2014

Key points from the report

Known costs of perinatal mental health problems per year's births in the UK, total: £8.1 billion

health and social care
other public sector
wider society

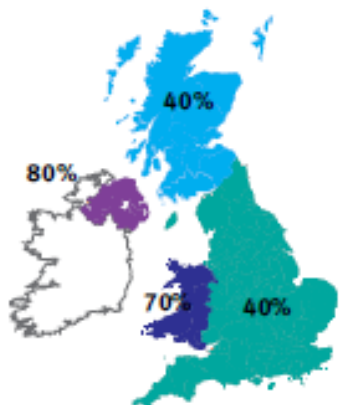


Of these costs
28%
relate to the mother
72%
relate to the child



Up to 20%
of women develop a
mental health problem
during pregnancy or
within a year of
giving birth

Women in around half the UK
have NO access to specialist perinatal
mental health services



Suicide

is a leading cause
of death for women
during pregnancy
and in the year
after giving birth



Costs v improvement

The cost to the
public sector of
perinatal mental
health problems is
5 times the cost of
improving services.

Annexe 1: Les troubles psychiatriques périnataux au Royaume-Uni en 2014 (34)

II. Annexe 2 : EPDS

Questionnaire EPDS version traduite (64)

1 - Au cours de la semaine qui vient de s'écouler vous avez pu rire et prendre les choses du bon côté

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins ces jours-ci

Absolument pas

2 - Toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler, vous vous êtes sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

Aussi souvent que d'habitude

Pas tout à fait autant

Vraiment beaucoup moins ces jours-ci

Absolument pas

3 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

4 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie inquiète ou soucieuse sans motif

Non, pas du tout

Presque jamais

Oui, parfois

Oui, très souvent

5 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

Oui, vraiment souvent

Oui, parfois

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

6 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous avez eu tendance à vous sentir dépassée par les événements

Oui, la plupart du temps, vous vous êtes sentie incapable de faire face aux situations

Oui, parfois, vous ne vous êtes pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude

Non, vous avez pu faire face à la plupart des situations

Non, vous vous êtes sentie aussi efficace que d'habitude

7 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie si malheureuse que vous avez eu des problèmes de sommeil

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

8 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie triste ou peu heureuse

Oui, la plupart du temps

Oui, parfois

Pas très souvent

Non, jamais

9 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous vous êtes sentie si malheureuse que vous en avez pleuré

Oui, la plupart du temps

Oui, très souvent

Seulement de temps en temps

Non, jamais

10 - Et (toujours au cours de la semaine qui vient de s'écouler) vous est-il arrivé de penser à vous faire du mal

Oui, très souvent

Parfois

Presque jamais

Jamais

III. Annexe 3 : Guide d'entretien face à face

Bonjour,

Je m'appelle Marine Vergnaud, je prépare une thèse de médecine générale sur la prise en charge des femmes en contexte de périnatalité.

Je vous remercie beaucoup de prendre le temps de me recevoir.

Si vous êtes d'accord, nous allons pouvoir débiter l'entretien qui va être enregistré et qui prendra le temps que vous voudrez.

Toutes les données seront anonymisées, c'est-à-dire que lorsque nous retranscrivons en format papier l'enregistrement, nous enlèverons votre nom et tout ce qui pourrait faciliter votre identification ultérieure. Vous disposez à tout moment d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant.

Enfin, il n'y aura pas de piège, pas de bonne ou de mauvaise réponse. Les questions que je vais vous poser n'ont pour seuls objectifs que d'essayer de comprendre les généralistes dans leur vécu professionnel et personnel du sujet.

Etes-vous d'accord ? **CONSENTEMENT**

Je vais donc vous poser quelques questions afin d'explorer votre prise en charge des femmes qui ont accouché récemment.

Tout d'abord, voudriez-vous bien vous présenter ?

Question bris de glace pour l'âge et les conditions d'installation

Avez-vous fait des formations complémentaires ?

Pensez-vous pratiquer plus de gynécologie et de pédiatrie que vos confrères ? Comment l'expliquez-vous ?

Prenez-vous souvent en charge des femmes qui ont accouché dans l'année ? Pour quels types de problèmes ?

Evoquez-vous avec elles la possibilité d'une dépression du post-partum ? Comment ?

La dépistez-vous de façon systématique avec toutes les femmes qui ont récemment accouché ou bien de façon opportuniste ? Dans ce cas en fonction de quoi ? Pourquoi ?

Quelles situations vous semblent à risque ?

Avez-vous des difficultés à en faire le diagnostic ? Quels critères retenez-vous ?

Quelle proportion de femmes cela touche-t-il selon vous ?

Aviez-vous la notion que la dépression du post-partum peut également toucher les hommes ?

Avez-vous des difficultés concernant l'orientation des femmes présentant des signes de dépression du post-partum ?

Pensez-vous que votre propre expérience de parentalité (pour vous-même ou pour un proche) influence votre sensibilité à la dépression du post-partum ?

Je vais ensuite vous présenter un outil que voici.

Il s'agit des questions de Whooley. Comme vous le voyez, c'est un outil simple, composé de deux questions, qui a fait ses preuves dans le dépistage de la dépression du post-partum au point que son utilisation est recommandée de façon systématique par la NHS au Royaume-Uni.

Il n'existe pas de traduction française officielle ainsi, c'est selon ma libre traduction.

Une réponse positive à l'une des deux questions rend le test de dépistage positif et devrait amener à une deuxième consultation consacrée à l'évaluation plus poussée de l'état psychique de la patiente.

Est-ce que vous connaissez ces questions ?

Pensez-vous qu'en les intégrant de façon libre à la conversation, cela puisse être un outil intéressant pour le dépistage de la dépression du post-partum ?

Selon vous quels seraient les freins à leur utilisation ?

Je vais ainsi vous laisser les questions de Whooley avec au dos, quelques brefs rappels sur la dépression du post-partum, les objectifs de cette étude, ainsi que mes coordonnées.

Je vous encourage à utiliser cet outil de façon systématique lorsque vous serez amenés à voir en consultation une femme ayant accouché dans l'année, et ce quelque-soit son motif de consultation (consultation de suivi du nourrisson, ...), il devrait vous aider dans le dépistage de la dépression du post-partum.

Je vous suggère également de le tester chez les nouveaux pères, si vous êtes amenés à les rencontrer en consultation, vous pourriez être surpris de leur réponse.

Je vous recontacterai ensuite par téléphone d'ici trois mois pour avoir vos retours.

L'entretien arrive ainsi à sa fin, auriez-vous quelque chose à rajouter ?

Encore une fois, je vous remercie bien chaleureusement de participer à cette étude. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant des résultats.

Questions de Whooley²

Au cours du dernier mois :

- Vous êtes-vous souvent sentie triste, déprimée ou désespérée ?
- Avez-vous souvent ressenti un manque d'intérêt ou de plaisir à réaliser vos activités de la vie quotidienne ?

² Diagnostic accuracy of the Whooley questions for the identification of depression: a diagnostic meta-analysis. Bosanquet K, Bailey D, Gilbody S, et al. BMJ Open 2015;5:e008913. doi:10.1136/bmjopen-2015-008913

Dépistage de la dépression du post-partum

Thèse de Médecine générale - Marine Vergnaud



Objectif principal : Explorer la faisabilité et l'intérêt du dépistage de la dépression du post-partum par les questions de Whooley en médecine générale libérale.

Objectif secondaire : Explorer les pratiques habituelles concernant le dépistage de la dépression du post-partum dans l'échantillon de médecins généralistes étudié.

☎ 06 XX XX XX XX

✉ xxx@gmail.com

Concernant la dépression du post-partum...

- Trouble psychiatrique post-natal le plus fréquent avec **10 à 20% des mères**
- Une des **premières causes de mortalité** dans le post-partum
- Touche également les hommes

Les principaux facteurs de risque :

- Sociaux : migrantes, **bas niveau socio-économique**, **isolement affectif**, mère célibataire, difficultés dans le couple, grossesse non désirée, adolescence ou grossesse tardive, maltraitance dans l'enfance, ...
- Gynéco-obstétriques : pathologie fœtale, césarienne (d'autant plus en urgence et sous AG), accouchement difficile, prématurité, ...
- Psychiques : **antécédent de troubles psychiatriques** personnels ou familiaux

Délai : Prolongation du baby blues au-delà de 7 jours ou survenue d'un épisode dépressif caractérisé dans l'année suivant l'accouchement ; **le plus souvent dans les 6 à 12 semaines**

Quelques symptômes spécifiques chez la mère :

- Humeur triste : **sentiment d'incapacité** concernant les fonctions maternelles, **perte de plaisir à prodiguer des soins au bébé**, ...
- Anxiété : **phobies d'impulsion**, crainte de faire du mal au bébé, ...
- Forte **culpabilité** (« j'ai tout pour être heureuse ») et **minimisation** des troubles voire dissimulation à l'entourage
- Plaintes somatiques : **sentiment d'épuisement**, céphalées, ...
- **Troubles des interactions mère-enfant** (visuelles, vocales, corporelles...)

Et chez l'enfant, recherche d'une souffrance psychique : troubles fonctionnels (sommeil, alimentation, ...), trouble du comportement (agitation, apathie...) voire retard de développement psychomoteur.

V. Annexe 5 : Guide d'entretien téléphonique

Evaluation de l'utilisation des Questions de Whooley après 3 mois

Avez-vous utilisé ces questions ?

➔ *Si non : Pour quelles raisons ?*

➔ *Si oui :*

- *Combien de fois environ les avez-vous utilisées ?*
- *Les avez-vous reformulées ou utilisées comme telles ?*
- *Dans quel cadre les avez-vous employées (suivi du nourrisson, consultation de la mère...) ?*
- *Pensez-vous les avoir utilisées dès que vous en aviez l'occasion, de façon systématique ?*
- *Quels ont été les freins à leur utilisation ?*
- *Avez-vous trouvé ces questions faciles à utiliser, à insérer dans la conversation ? 0 à 5*
- *Diriez-vous que ces questions ont été bien acceptées par les patientes ? 0 à 5*
- *Avez-vous trouvé ces questions satisfaisantes en termes de temps à faire passer ? 0 à 5*
- *Vous est-il arrivé d'avoir des réponses positives à ces questions ? Dans ce cas, qu'avez-vous fait ?*
- *Avez-vous trouvé ces questions efficaces pour dépister la dépression du post-partum ? 0 à 5*
- *Pensez-vous réutiliser ces questions ?*

Pensez-vous faisable que ces questions puissent s'intégrer dans le cadre d'un dépistage systématique de la dépression du post-partum ?

Y voyez-vous un intérêt ?

Vous êtes-vous senti sensibilisé à la dépression du post-partum ? Pensez-vous que le fait que l'on ait discuté ensemble vous ait rendu plus vigilant à cette problématique ? Ait modifié votre pratique ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

VI. Annexe 6 : Utilisation des questions de Whooley

	Utilisation	Systématique	Facilité à employer	Acceptabilité par les patientes	Temps à faire passer	Efficacité au dépistage	Réponses positives	Réutilisation	Dépistage systématique	Sensibilisation à la DPP
Médecin A	2-3	Non	5/5	5/5	3/5	5/5	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin B	2-3	Non	4,5/5	4/5	4/5	5/5	Non	Oui	Oui	Oui
Médecin C	2-3	Non	5/5	5/5	5/5	5/5	Non	Oui	Oui	Oui
Médecin D	-							Oui	Oui	Oui
Médecin E	-							Non	Non	Non
Médecin F	5	Non	5/5	5/5	5/5	5/5	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin G	-							Oui	Non	Non
Médecin H	-							Oui	Oui	Oui
Médecin I	1	Oui	2/5	4/5	5/5	4/5	Non	Oui	Oui	Oui
Médecin J	10	Non	4/5	5/5	5/5	4/5	Non	Oui	Oui	Oui
Médecin K	1	Non	2/5	5/5	3/5	1/5	Non	Oui	Oui	Oui
Médecin L	-							Non	Non	Oui
Médecin M	1	Non	5/5	2,5/5	4/5	-/5	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin N	-							Non	Oui	Oui
Médecin O	3	Oui	5/5	5/5	4/5	3/5	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin P	2	Non	4/5	4/5	5/5	3/5	Non	Oui	Oui	Oui
Total	62,5%	20%	4,15/5	4,45/5	4,30/5	3,88/5	40%	81%	81%	87,7%

Tableau 2: Utilisation des questions de Whooley

RESUME

INTRODUCTION

La dépression est l'une des principales complications du post-partum, or, près de la moitié ne serait pas dépistée. Les questions de Whooley (QW) sont un outil de dépistage de la dépression du post-partum (DPP) recommandé de façon systématique au Royaume-Uni. L'objectif de notre travail était d'explorer la faisabilité et l'intérêt d'un dépistage de la DPP par les QW en médecine générale libérale par rapport aux pratiques habituelles.

METHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès de médecins généralistes (MG) installés en Gironde afin de connaître leurs habitudes concernant le dépistage de la DPP. Ensuite, ces MG testaient les QW pendant 3 mois auprès de mères d'enfant de moins d'un an puis un second entretien structuré était réalisé.

RESULTATS

16 MG ont participé à l'étude. Ils pratiquaient un dépistage implicite systématique de la DPP. En présence de signes d'alerte, certains MG faisaient un dépistage explicite ciblé.

10 MG ont utilisé les QW. La moitié d'entre eux les ont reformulées et la majorité ont pratiqué un dépistage ciblé. Le principal frein à leur utilisation était d'y penser. Ils évaluaient les QW satisfaisantes en termes de temps à faire passer, de facilité d'emploi et d'acceptabilité par les patientes à conditions de les reformuler et de les contextualiser. Les QW leurs sont apparues comme sensibles mais peu spécifiques de la DPP. L'intérêt des QW résidait dans l'opportunité qu'elles créaient d'aborder le sujet. Les MG souhaitaient continuer à les utiliser en les reformulant et seraient favorables à la mise en place d'une mesure de dépistage systématique.

CONCLUSION

Les QW, à condition d'être reformulées, peuvent permettre aux MG qui n'en ont pas l'habitude, d'aborder le vécu de la maternité avec leurs patientes et de les aider à verbaliser d'éventuelles difficultés. Une mesure de dépistage systématique permettrait de lutter contre le principal frein au dépistage : l'oubli.

MOTS CLES : dépression du post-partum, dépression post-natale, dépistage, questions de Whooley, soins primaires, médecine générale.

ABSTRACT

POST-PARTUM DEPRESSION SCREENING WITH THE WHOOLEY QUESTIONS: A QUALITATIVE STUDY AMONG GENERAL PRACTITIONERS IN GIRONDE, FRANCE.

BACKGROUND

Depression is one of the most frequent postnatal disorder but only half of it are detected. The Whooley questions are a screening tool which is recommended in routine for post-partum depression screening in UK. The objective of the present work was to explore the feasibility and the interest of a screening using the Whooley questions in general practice, compared to the routine care.

METHODS

A qualitative study was conducted by individual interviews of general practitioners (GPs) in Gironde. A first semi-structured interview explored the way they were used to screen post-partum depression. Then, GPs tested the Whooley question during three months to screen mothers of one-year or less children and a second structured interview was conducted at the end of this period.

RESULTS

Sixteen GPs have been interviewed. They used to do a systematic and implicit screening for post-partum depression. In case of warning symptoms, some of them used to do a targeted explicit screening.

Ten doctors over the 16 used the Whooley questions. Half of them rephrased the questions and most of them used it on targeted patients. The main obstacle for screening was to think about it. They estimated those questions satisfying with duration to be passed, ease of use and acceptability by patients, provided to rephrase them. The Whooley questions appeared to them sensible but poorly specific. The interest of those questions is the opportunity that they create to broach the subject. GPs were ready to keep it on use after a rephrasing and would be favourable to a guideline including a systematic screening for postnatal depression.

CONCLUSION

The Whooley questions, after having been rephrased, can allow GPs who are not use to, to broach their patients maternity experience and to help them verbalize some psychological difficulties. A preconisation of a systematic screening could avoid the main obstacle to screening: to forgot it.

KEY WORDS: post-partum depression, post-natal depression, screening, Whooley questions, 2-Question screen, primary care, general practice.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.