HAL open science

Repérage des leviers de prévention et de prise en charge de la dépression du post-partum chez les femmes médecins exerçant en libéral : une étude qualitative originale sur l'interprétation d'expériences individuelles

Marine Gratiot

To cite this version:

Marine Gratiot. Repérage des leviers de prévention et de prise en charge de la dépression du post-partum chez les femmes médecins exerçant en libéral : une étude qualitative originale sur l'interprétation d'expériences individuelles. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03419651

HAL Id: dumas-03419651

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03419651

Submitted on 8 Nov 2021

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine GRATIOT

Le 13 octobre 2021

TITRE

« REPERAGE DES LEVIERS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES MEDECINS EXERCANT EN LIBERAL : UNE ETUDE QUALITATIVE ORIGINALE SUR L'INTERPRETATION D'EXPERIENCES INDIVIDUELLES»

Directeur de thèse : Docteur Chris SERRAND

JURY

Président :

Professeur COURTET Philippe	Professeur des universités, Praticien Hospitalier

Assesseurs

Docteur LESAGE Francois-Xavier	Maître de conférences des universités, Praticien Hospitalier
Docteur LOGNOS Béatrice	Maitre de conférences des universités de Médecine générale
Docteur SERRAND Chris	Assistant Hospitalier Universitaire

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marine GRATIOT

Le 13 octobre 2021

TITRE

« REPERAGE DES LEVIERS DE PREVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION DU POST-PARTUM CHEZ LES FEMMES MEDECINS EXERCANT EN LIBERAL : UNE ETUDE QUALITATIVE ORIGINALE SUR L'INTERPRETATION D'EXPERIENCES INDIVIDUELLES»

Directeur de thèse : Docteur Chris SERRAND

JURY

Président :

Professeur COURTET Philippe	Professeur des universités, Praticien Hospitalier

Assesseurs

Docteur LESAGE François-Xavier	Maître de conférences des universités, Praticien Hospitalier
Docteur LOGNOS Béatrice	Maitre de conférences des universités de Médecine générale
Docteur SERRAND Chris	Assistant Hospitalier Universitaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard
ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASENCIO Gérard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOURGEOIS Jean-Marie
BOUSQUET Jean
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CANAUD Bernard
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain
DUBOIS Jean Bernard
DUJOLS Pierre
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GUILHOU Jean-Jacques
GUITER Pierre
HEDON berbard
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOURDAN Jacques
KLEIN Bernard
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LEROUX Jean-Louis
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie Madeleine
MAGNAN DE BORNIER Bernard
MARTY ANE Charles
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
PELISSIER Jacques
PETIT Pierre
POUGET Régis
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
REBOUL Jean
RIEU Daniel
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SEGNARBIEUX François
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SOLASSOL Claude
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BONAFE Alain
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DAVY Jean-Marc
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GROLLEAU RAOUX Robert
GUERRIER Bernard
GUILLOT Bernard
JONQUET Olivuer
LANDAIS Paul
LARREY Dominique
LE QUELLEC Alain
MARES Pierre
MAUDELONDE Thierry
MAURY Michèle
MESSNER Patrick
MILLAT Bertrand
MONNIER Louis
MOURAD Georges
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
RIBSTEIN Jean
SCHVED Jean-François
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
UZIEL Alain
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Docteurs Emérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie

DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Arnaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive

PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Eric	Pédiatrie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1re classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé

MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENECéline	Immunologie

MCU-PH de 2éme classe

BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactérologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2ème classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE
2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick
AKKARI Mohamed
ALRIC Jérôme
AMEDRO Pascal
AMOUROUX Cyril
ANTOINE Valéry
ARQUIZAN Caroline
ATTALIN Vincent
AYRIGNAC Xavier
BADR Maliha
BAIS Céline
BARBAR Saber Davide
BASSET Didier
BATIFOL Dominique
BATTISTELLA Pascal
BAUCHET Luc
BENEZECH Jean-Pierre
BENNYS Karim
BERNARD Nathalie
BERTCHANSKY Ivan
BIBOULET Philippe
BLANCHET Catherine
BLATIERE Véronique
BOBBIA Xavier
BOGE Gudrun
BOURRAIN Jean Luc
BOUYABRINE Hassan
BRINGER-DEUTSCH Sophie
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie
BRISOT Dominique
BRONER Jonathan
CADE Stéphane
CAIMMI Davide Paolo
CARR Julie
CARTIER César
CASPER Thierry
CASSINOTTO Christophe
CATHALA Philippe
CAZABAN Michel
CHARBIT Jonathan
CHEVALLIER Thierry
CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
COROIAN Flavia-Oana
COUDRAY Sarah
CRANSAC Fréderic
CUNTZ Danielle
DARDALHON Brigitte
DAVID Aurore
DE BOUTRAY Marie
DE LA TRIBONNIÈRE Xavier
DEBIEN Blaise
DELPONT Marion
DENIS Hélène
DEVILLE de PERIERE Gilles
DJANIKIAN Flora
DONNADIEU-RIGOLE Hélène
FAIDHERBE Jacques
FATTON Brigitte
FAUCHERRE Vincent
FILLERON Anne
FITENI Frédéric
FOURNIER Philippe
GAILLARD Nicolas
GINIES Patrick
GRECO Frédéric
GUEDJ Anne Marie
GUYON Gaël
HENRY Vincent
JAMMET Patrick
JEDRYKA François
JREIGE Riad
KINNE Mélanie
LABARIAS Coralie
LACAMBRE Mathieu
LANG Philippe
LAZERGES Cyril
LE GUILLOU Cédric
LEGLISE Marie Suzanne
LOPEZ Régis
LUQUIENS Amandine
MANZANERA Cyril
MARGUERITTE Emmanuel
MARTIN Lucille
MATTATIA Laurent

BIRON-ANDREANI Christine
BLANC Brigitte
BLANCHARD Sylvie
COLIN Olivier
CONSEIL Mathieu
CORBEAU Catherine
GALMICHE Sophie
GENY Christian
GERONIMI Laetitia
MEROUEH Fadi
MEYER Pierre
MILESI Christophe
MORAU Estelle
MOSER Camille
MOUSTY Eve
MOUTERDE Gaël
PANSARD Nicole
PERNIN Vincent
PERRIGAULT Pierre François
PEYRON Pierre-Antoine
PICARD Eric
PICOT Marie Christine
PIERONI Laurence
POQUET Hélène
PUJOL Sarah-Lise
PUPIER Florence
QUANTIN Xavier
RAFFARD Laurence
RAPIDO Francesca
RIBRAULT Alice
RICHAUD-MOREL Brigitte
RIDOLFO Jérôme
RIPART Sylvie
RONGIERES Michel
ROULET Agnès
RUBENOVITCH Josh
SEGURET Fabienne
SENESSE Pierre
SKALLI El Medhi
SOLA Christelle
SOULLIER Camille
STOEBNER DELBARRE Anne
TEOT Luc
THIRION Marina
VACHIERY-LAHAYE Florence
VERNES Eric
VINCENT Laure
WAGNER Laurent
ZERKOWSKI Laetitia

SANTONI Fannie

SASSO Milène

SCHULDINER Sophie

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury :

Professeur Philippe COURTET je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance ainsi que de mon profond respect.

Aux membres du Jury pour avoir accepté de m'accompagner dans ce travail :

Dr Francois-Xavier LESAGE, je vous suis sincèrement reconnaissante pour votre implication ainsi que votre soutien dans mes différents projets ces dernières années.

Dr Béatrice LOGNOS, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Dr Chris SERRAND, je te remercie pour tes conseils précieux et avisés, ta disponibilité, ta patience et ton soutien sans failles.

A **mes pairs** pour leurs enseignements qui enrichissent ma pratique jour après jour ainsi qu'aux **équipes paramédicales** qui m'ont tant appris.

Aux « **Mamans Médecins** » pour leur bienveillance. Remerciements particuliers aux **participantes de cette étude** d'avoir permis de faire avancer les recherches concernant cette pathologie.

Aux **Médecins du service de Médecine Interne du Centre Hospitalier de Béziers** et particulièrement au **Dr Eric et Véronique OZIOL**, au **Dr Bernard SIMORRE**, au **Dr Fabrice BORLOT**, au **Dr Soumicha HANTAZ** ainsi qu'au **Dr Françoise MONTPEYROUX** pour leurs enseignements. Je vous admire particulièrement pour votre bienveillance envers vos patients.

Au **Dr Thierry STEFANAGGI** pour m'avoir donné confiance en moi et encadrée avec tant de soins lors de mes premières consultations en solo au cabinet.

Au **Dr Thierry DUNAND** ainsi qu'au **Dr Emmanuel DE JOUX** pour m'avoir accompagnée lors de mes premiers pas en tant que remplaçante. Merci également au **Dr Alain GRANIER** pour sa confiance.

Au **Dr Jérôme CAMPAGNAC** pour son soutien et pour son encadrement bienveillant et si formateur, en particulier lors des séances de GEPT.

Au **Dr Thi Le Thao NGUYEN** pour m'avoir confié son cabinet et ses patients ces dernières années. Merci de ta confiance ainsi que de ta disponibilité.

A tous **les enseignants** que j'ai eu la chance de rencontrer tout au long de mon parcours scolaire et qui m'ont donné l'envie d'apprendre et encouragé à suivre ma voie. Remerciements particuliers à **Gérard HUILLE**, un enseignant extraordinaire.

A ma sage-femme **Nathalie ESPANOL** pour son aide dans mon travail de recherche mais également pour m'avoir si bien entourée pendant ma grossesse et en post partum.

A **mes collègues de l'EFS** pour le plaisir de travailler ensemble.

A mes amis :

A **Pauline, Baptiste et Louis.** Vous êtes tellement incroyables ! Que de bons moments déjà passés ensemble et sûrement pas les derniers…

A **Bérangère**, mon binôme de première année de Médecine sans qui je n'aurais peut-être jamais eu la chance de poursuivre ce cursus.

A mes copines devenues Docteurs et Mamans : **Irina, Mélanie, Amélie** et leurs enfants : **Emma, Chloé et Côme**. Tant de bons moments passés ensemble tout au long de ces années d'étude !

A **Martin et Solène.** Merci Solène d'avoir partagé avec nous ces premiers rangs dans les amphis pendant l'externat. Merci pour ta bonne humeur, ton enthousiasme, et aussi de continuer à nous surprendre avec tes plats improbables mais délicieux.

A tous mes co-internes/colocs/copains rencontrés au cours de l'internat et avec qui j'ai passé des moments incroyables et inoubliables.

Remerciements particuliers à **Camille et Vincent**, qui comptent tellement pour moi et qui sont toujours là pour nous.

A **Claudine et Sébastien** qui me font tant rire et sont des amis sur qui je peux toujours compter.

A **Chakir** dont j'admire le talent et **Radia** sa bonne humeur.

Mais aussi remerciements particuliers à **David S** pour sa présence à mes côtés durant ces difficiles premiers semestres d'internat , à **Clara, Simon , Céline , Marine Lr, Jessica, Barbara, Jacques, Thomas, Joris, Lucie, Morgane, Stéphanie, Justine, Floriane, Nicolas, Candice, Elodie et David P-C.**

Aux rémois : **Laurène, Aurélien, Charles** et **Agathe.**

A **Thierry** et **Hind** pour leur bonne humeur**.**

A nos bébés de la Colombière **: Lyla, Paul, Chloé, Anna, Ninon** et leurs futurs frères et sœurs...

A **Camcam et Cloclo** pour votre soutien, vos conseils et votre présence à mes côtés depuis ce début d'internat.

A **Fémie, Stéphane** et **Cassie** avec qui j'ai partagé de magnifiques moments riches en émotions.

A **Minh** pour les heures passées à nous enseigner le Jiu-Jitsu Brésilien et à **Paul et Yann** pour m'avoir sortie de l'eau en Wake.

A mes copains du groupe du 3ème âge avec qui j'adore passer des heures **: Chris, Yann, Maelle, Baba, Jules et Elodie.**

A ma famille :

A mes oncles, tantes et cousins : **Doudou, Laurence, Alban, Maxime , Laurence , Jean-Luc , Yoan et Yann.**

A tata **Simone** pour m'avoir apporté des petits plats pendant mes révisions.

A **Dominique** ainsi qu'à **Sylvie et Bruno** pour avoir été à mes côtés dans des moments importants de ma vie.

A **Eric et Myriam Canivet** pour m'avoir encouragée à prendre mon envol. Merci de m'avoir soutenue tout au long de ces longues années d'étude.

Aux autres membres de ma famille et aux amis de famille : pour votre présence à mes côtés depuis mon enfance.

A ma Belle-Famille et en particulier **Isa, Manu, Philippe, Alexandre, Barbara, Sarah** et **Nicole** de m'avoir tout de suite adoptée dans votre famille.

Merci à **Sylvie Bertrand**, pour toutes ces heures de relecture et de correction tout au long de mon parcours scolaire. Merci surtout d'avoir toujours été là quand j'en ai eu besoin, d'avoir été ma confidente, ma conseillère. Merci de m'avoir grondée quand il le fallait et réconfortée quand c'était nécessaire. Je te suis infiniment reconnaissante pour toutes ces années que tu as passé à veiller sur moi.

A **Mamie et Jacquot** pour m'avoir transmis leur goût de l'aventure et de la découverte du monde.

A **mes Grands-Parents** partis trop tôt et **Arrière Grands-Parents** dont je chéris les souvenirs des moments passés ensemble.

A **Nina**, ma nièce adorée, et à **Sylvie** pour tous les bons moments passés ensemble. A **mon** frère **Julien** qui a supporté mon espièglerie pendant l'enfance mais qui, je l'espère, sait qu'il pourra toujours compter sur moi.

A mes parents pour tout l'amour qu'ils m'ont donné**.** Merci **Papa et Maman** de m'avoir offert les moyens d'atteindre mes objectifs et de réaliser mes rêves. Je vous suis éternellement reconnaissante pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi. Je vous aime.

A mon fils **Charles** que j'aime tant et qui me comble de bonheur. Chaque jour j'apprends et réapprends à tes côtés. Je suis tellement heureuse et fière d'être ta maman.

Et remerciements très particuliers à mon mari **Guillaume**. Ton soutien constant et inconditionnel depuis toutes ces années me permet d'avancer sereinement dans mes projets. Merci d'être un père et un mari si formidable et aimant. Tu es un homme extraordinaire, qui réussit tout ce qu'il entreprend et je mesure la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. Je te suis infiniment reconnaissante pour tout ce que tu fais pour moi. Je t'aime

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION 25

1. Définitions 26

1-1. La dépression 26

1-2. La dépression du post-partum 27

2. Epidémiologie 27

3. Diagnostics différentiels 28

4. Complications et retentissement de la dépression du post-partum 29

4-1.Chez la mère : 29

4-2.Chez l'enfant : 29

4-3.Chez le père : 30

5. Dépression chez les médecins libéraux 30

6. Dépression du post-partum chez les médecins libéraux 31

7. Contexte de l'étude 31

8. Objectif de l'étude 32

II. MATERIEL ET METHODE 33

1. Type d'étude, paradigme : 33

2. Population 33

2-1.Caractéristiques de la population 33

2-2.Critères d'inclusion 33

2-3.Critères de non inclusion 34

2-4.Critères d'exclusion 34

2-5.Critères de fin de recrutement 34

3. Caractéristiques du chercheur pouvant influencer les résultats de la recherche et méthodes utilisées pour limiter cette influence 34

4. Protection des personnes, protection des données, consentement éclairé 35

5. Analyse des données : 35

III.RESULTATS 36

1. Recrutement des participantes 36

2. Analyse des résultats 39

2-1. Séméiologie de l'épisode de dépression du postpartum : 39

2-2. Facteurs de risque de dépression du postpartum 41

2-3.Leviers de la prévention et de la prise en charge de la dépression du postpartum 43

2-4. Analyse des citations des participantes non incluses dans l'analyse principale 45

2-5. Risque suicidaire 49

IV.DISCUSSION 49

1. Discussion concernant les résultats 49
2. Forces et limites 52
3. Perspectives 53

V.CONCLUSION 54

BIBLIOGRAPHIE 55

ANNEXES 58

Annexe 1. Questionnaire 58

Annexe 2. Notice d'information 64

SERMENT D'HIPPOCRATE 71

RESUME 72

MOTS CLES : 72

I.INTRODUCTION

La grossesse et la naissance d'un enfant sont des périodes et évènement de la vie d'une femme qui sont accompagnés de changements importants d'un point de vue physiologiques, psychologiques et sociaux la rendant plus vulnérable à l'apparition de troubles psychiatriques (1).

Les études réalisées sur la dépression sont anciennes, celles concernant la dépression du post-partum plus récentes et moins nombreuses.

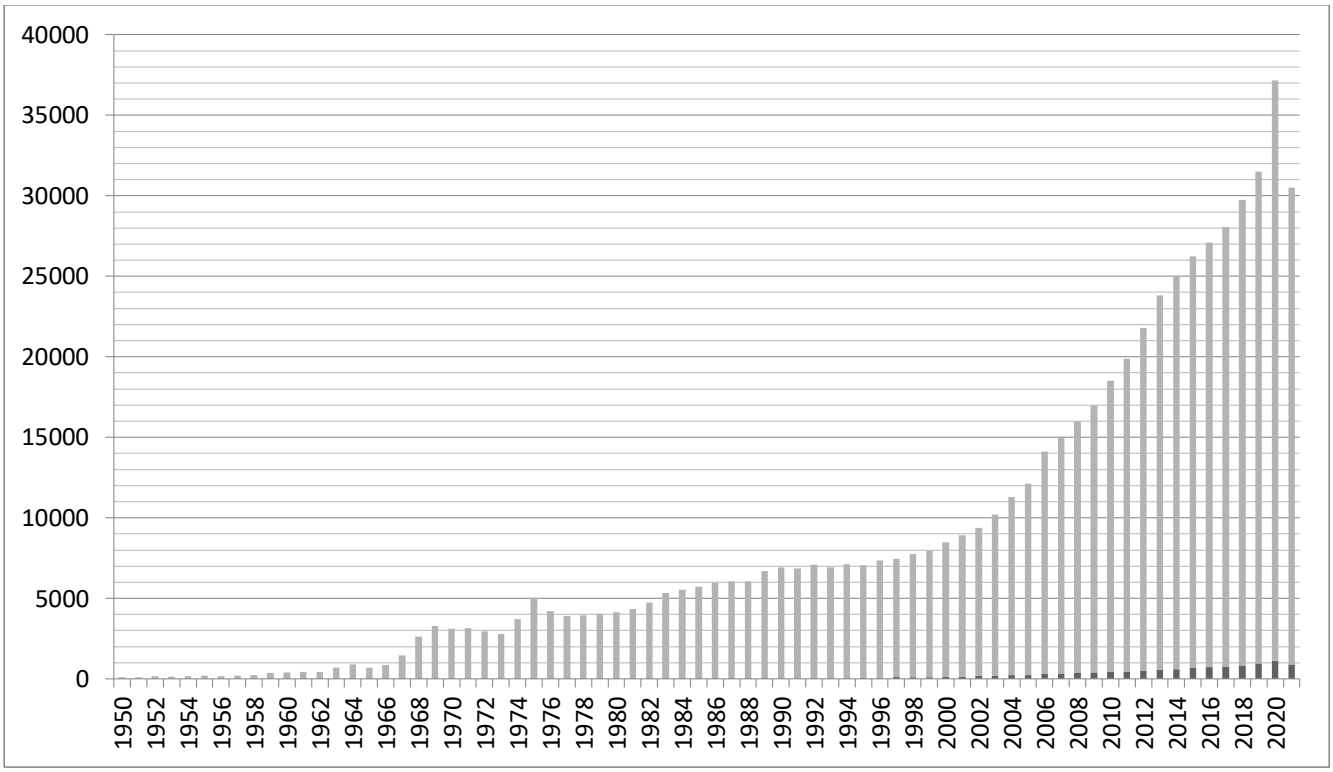

Figure 1. Nombre d'articles publiés sur PubMed avec les mots clés « depression » et « postpartum depression ». En gris foncé la somme des articles publiés chaque année sur la dépression du post-partum, en gris clair celle des articles concernant la dépression.

1. Définitions

1-1. La dépression

La dépression est une pathologie faisant l'objet de nombreuses études depuis plusieurs dizaines d'années (figure 1). Sa définition est fréquemment remise à jour, que ce soit dans les classifications statistiques (DSM-5) ou dans les référentiels de sémiologie psychiatrique (1).

Les critères DSM-5 (2) pour un épisode dépressif caractérisé sont les suivants :

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 une humeur dépressive soit 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 ou observée par les autres.

2) **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

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 tous les jours.

4) **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.

5) **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours

6) **Fatigue ou perte d'énergie** tous les jours.

7) **Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée** (qui peut être délirante) presque tous les jours

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 tentatives 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.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) précise que la dépression touche principalement les femmes. Elle est la première cause d'incapacité dans le monde et contribue fortement à la charge mondiale de la maladie (3).

1-2. La dépression du post-partum

Elle n'a pas de chapitre dédié dans la classification du DSM-5. Elle y est décrite comme un épisode dépressif caractérisé dont le début des symptômes survient lors de la grossesse ou des 4 semaines suivant l'accouchement (2). Selon la CIM-10 elle surviendrait dans les 6 semaines après l'accouchement (4). Elle est définie par le collège de psychiatrie comme un épisode dépressif caractérisé qui survient dans l'année qui suit l'accouchement (5).

Dans la moitié des cas, les premiers symptômes peuvent apparaitre au cours de la grossesse et certains auteurs invitent donc les médecins généralistes à reconsidérer à la baisse, voir le plus précocement possible, la première visite du post-partum (6). L'entretien prénatal précoce, réalisé généralement lors du 4ème mois de grossesse, a pour objectif de repérer d'éventuels facteurs de risques ou premiers symptômes de la maladie. Il est devenu obligatoire en France depuis 2020.

2. Epidémiologie

Un épisode dépressif caractérisé anténatal touche environ 10% des femmes enceintes (1). La prévalence de la dépression du post-partum (ou épisode dépressif caractérisé du post-partum), est estimée à 18% (IC95% : 16-20%) en France et varie fortement entre les pays (de 3% à 38%) avec une prévalence poolée de 17,7% (IC95% : 16,6-18,8%) (7).
Cependant il semblerait que la dépression du post-partum soit sous diagnostiquée avec plus de la moitié des cas qui ne seraient pas dépistés par les professionnels de santé (8).
Son diagnostic est difficile du fait du polymorphisme des tableaux cliniques (tableau dépressif atypique, dépression masquée, souriante…), de la situation de périnatalité avec une attention des soignants et de l'entourage plus facilement portée sur le bébé, des croyances et des cultures variées et du fait de la symptomatologie de la maladie pouvant retarder le diagnostic ou mettre à mal la prise en charge thérapeutique (culpabilité, ralentissement psychomoteur…) (9).
L'échelle de référence pour aider au dépistage de la dépression du post-partum est l'Edimbourgh Postnatal Dépression Scale (EPDS) (10) qui est une échelle d'auto évaluation en 10 items dont une version est validée en Français (11).

Cependant, bien que des classifications existent pour cette maladie, les médecins généralistes ont tendance à ne pas s'y référer dans leur pratique quotidienne (12). Des études ont montré que la terminologie utilisée par les médecins généralistes pour désigner la dépression est plus intuitive et clinique (13). Cette approche diagnostique du médecin généraliste (basée sur le ressenti et l'expérience) est intéressante dans la problématique de la dépression du postpartum de la femme médecin, notamment du fait que le statut « médecin-malade » peut rendre incomplet le « tableau » plus scientifique de la dépression, tel qu'il est décrit dans les différentes classifications internationales (via la crainte d'être stigmatisé notamment).

3. Diagnostics différentiels

En premier lieu il convient d'éliminer les causes non psychiatriques en particulier la thrombophlébite cérébrale, les causes infectieuses et les intoxications par des substances psychoactives et ce d'autant plus si la survenue des troubles en post-partum est aigue (1).

Les principaux diagnostics différentiels d'origine psychiatrique sont (1) :

- L'épisode maniaque du post-partum : survenant lors du 3ème trimestre ou dans les semaines suivant l'accouchement et concerne environ 1 naissance sur 1000.
- L'épisode psychotique bref : survenant dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement avec un pic au 10ème jour et concerne 1 à 2 naissances sur 1000. Les thématiques du délire sont habituellement centrées sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint. Le risque majeur est le risque suicidaire et d'infanticide.
- Les troubles anxieux

Le Baby-blues (ou post-partum blues) est le principal diagnostic différentiel de la dépression du post-partum (14). Il associe : anxiété, irritabilité, labilité émotionnelle, troubles du sommeil, fatigue et plaintes physiques. Il correspond à un état adaptatif physiologique et n'est donc pas pathologique. Sa prévalence est estimée entre 30 et 80 % selon les auteurs. Il survient lors des premiers jours suivant l'accouchement, généralement concomitant à la montée de lait au 3ème jour. Ce trouble est transitoire et disparait spontanément en quelques jours (10 jours maximum) (1).

4. Complications et retentissement de la dépression du post-partum.

La dépression du post-partum constitue la complication la plus fréquente du post-partum dans les pays développés (15). Ses répercussions concernent à la fois la mère et son entourage (dont le père et l'enfant) avec des conséquences parfois très lourdes (16). Il convient de dépister et prendre en charge le plus précocement ce trouble afin d'en limiter les conséquences, parfois mortelles, notamment du fait du risque suicidaire (16).

4-1.Chez la mère :

Le risque de récidive de dépression du post-partum lors des grossesses ultérieures est estimé entre 30 et 50% (17). Cette pathologie peut également être à l'origine de troubles de l'humeur récurrents ou plus rarement de troubles psychotiques et ce même en dehors du contexte périnatal (14). Le suicide a été récemment identifié comme la principale cause de décès en post-partum (18) et constitue ainsi la principale complication du post-partum.

Le suicide maternel dans les pays riches représenterait 12 à 20% des morts maternelles, avec un risque accru pour certaines issues de grossesse (interruption de grossesse, enfant mort-né) (19) (20).

Les données de l'ENCMM (enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles) montrent à quel point le risque suicidaire peut être préoccupant et sous-diagnostiqué, notamment chez les femmes médecins qui sont à plus haut risque suicidaire que la population générale du même genre (RR = 2,27 ; IC95% =1,90 – 2,73) (21). Cette enquête montre que sur la période 2007-2009, 3 suicides (1,2% des morts maternelles) ont été retenus (documentés) comme « mort maternelle », sachant que sur la même période, 62 suicides sont survenus pendant la grossesse (8%), dans les 42 jours postpartum (8%) ou entre 42 et 365 jours (84%) avec un délai médian de 6 mois (22). Dans la même enquête, sur la période 2010-2012, 10 suicides (3,9% des morts maternelles) ont été retenus, dont 5 suffisamment documentés pour estimer à 3/5 le nombre de suicides « pouvant-être évitables ». L'évitabilité de la mortalité par suicide dans le cas de la dépression du postpartum est estimée à 50%, d'autant plus si le trouble est survenu après le début de la grossesse (23).

4-2.Chez l'enfant :

Les résultats d'une revue systématique de la littérature de 2019 suggèrent que la dépression du post-partum crée un environnement qui ne permet pas un développement optimal de l'enfant (16). Les

interactions mère-enfants peuvent être modifiées (24). Un dysfonctionnement de ces interactions peut être à l'origine de troubles fonctionnels, cognitifs ou comportementaux de celui-ci(25) avec en particulier des troubles de l'attachement ainsi que des perturbations du développement psychomoteur (26).

4-3.Chez le père :

Bien que dans les représentations sociales la dépression du post-partum est une pathologie touchant exclusivement les femmes, les pères peuvent eux aussi souffrir de dépression du post-partum. Une méta analyse de 2010 retrouve une prévalence de 10% de cette pathologie chez les hommes. Cette étude retrouve également une corrélation entre la survenue de cette maladie chez le père lorsque la mère souffre également de cette pathologie et inversement (27,28).

5. Dépression chez les médecins libéraux

Bien que la part de médecins libéraux travaillant en cabinet de groupe tend à augmenter progressivement, les médecins n'ont pas systématiquement de collègues (29). Même lorsque c'est le cas, et bien que ces derniers perçoivent le trouble, il est rare que le sujet soit abordé. La difficulté de se tourner vers ses collègues pour chercher de l'aide et ce déni du trouble est plus en faveur d'une automédication ou d'une consommation de substance que d'un suivi adapté (30) et augmente le risque de complications de la maladie (31). Ce suivi, quand bien même il a lieu n'est d'ailleurs pas sans ambiguïté et soulève également des problèmes comme l'observance, le refus d'arrêt maladie ou d'hospitalisation, le paiement de la consultation et de façon plus large la difficulté de la relation « médecin » - « médecin-malade » (12).

Une étude des facteurs limitant la consultation pour dépression a été menée sur une population d'étudiants en médecine. Moins d'un quart (22%) des étudiants déprimés avaient consulté pour leur dépression, avec comme freins principaux le manque de temps (48%), de confidentialité (37%) ou la stigmatisation (30%) (13).

De nombreuses « offres » concernant le suivi des médecins libéraux ont été mises en places, notamment des dispositifs d'aide téléphonique ou de soutien (AAPML, APSS, MOTS, associations locales…), mais ces mesures ne sont pas toujours visibles des médecins en souffrance (d'autant plus si elles manquent de temps, si elles sont épuisées…) et peuvent être limitées en terme d'accès par les freins susmentionnés (confidentialité, stigmatisation…).

Des réflexions sur l'apprentissage au cours des études de médecine, la mise en place, voire le caractère « impératif » du « Self-care » du soignant sont également mentionnés comme stratégie à envisager (30), notamment pour certaines professions médicales plus à risque (32).

6. Dépression du post-partum chez les médecins libéraux

La population des femmes médecins exerçant en milieu libéral tient sa spécificité tant de par la complexité que peut générer une dépression du post-partum (statut de « médecin-malade ») que par la présence de facteurs aggravant de ce trouble, comme le fait de travailler plus de 40h/semaine (7) ou encore l'absence de suivi en milieu spécialisé (comme par exemple la médecine du travail). Ce double statut de « médecin-malade » pose de nombreuses difficultés dans la prise en charge, ne serait-ce tout d'abord que pour le diagnostic.
L'évaluation des besoins, ici l'identification des mesures de prévention de la dépression du post-partum chez les femmes médecins, est donc un prérequis nécessaire avant toute action, et ce d'autant plus dans cette population à la fois très spécifique et vulnérable.

7. Contexte de l'étude

Tandis que la finalité d'un traitement est d'atténuer ou soulager les symptômes chez des personnes souffrant d'une pathologie, la finalité des actions de prévention est d'éviter l'apparition de la maladie. Les troubles de l'humeur et du comportement sont habituellement identifiés et traités après la survenue des premiers symptômes, au début de la maladie. L'efficacité de cette stratégie est limitée par un nombre de cas non diagnostiqué important et une prise en charge tardive de ces pathologies. Les actions de prévention permettraient d'améliorer l'état de santé global de la population souffrant de ces troubles et de réduire les coûts économiques associés, et ce, à deux niveaux : i) en limitant la survenue de ces maladies mentales et ii) le cas échéant, en améliorant le suivi en santé, avec un contact plus précoce avec le parcours de soin (33). Une méta-analyse de 2013 a mis en évidence l'impact positif que peuvent avoir ces actions préventives sur le diagnostic de la dépression du post-partum mais aussi sur la sévérité des symptômes en population générale (5).

A notre connaissance la dépression du post-partum dans la population spécifique des femmes médecins libéraux n'a jamais été étudiée à ce jour et aucune étude n'a évalué quelles pourraient être

les mesures à mettre en place dans la prévention de la dépression du post-partum dans la population très spécifique des femmes exerçant la médecine en milieu libéral. L'analyse de ces leviers de prévention est d'autant plus préoccupante dans cette population que la dépression du post-partum chez un médecin, au même titre que l'épuisement professionnel, pourrait avoir un impact économique désastreux (absentéisme, coût des complications de santé…) et une répercussion sur la qualité des soins (6).

Nous faisons l'hypothèse que les femmes médecins, formées sur la dépression du post-partum pendant leurs études médicales, et ayant souffert (ou souffrant) de dépression du post-partum, pourraient, à travers une analyse rétrospective de leur propre situation, identifier des leviers d'action qu'elles auraient pu mettre en place (ou les outils qui auraient pu exister) afin d'éviter la survenue du trouble ou favoriser une entrée plus précoce dans le parcours de soin. L'analyse de conseils de ces femmes médecins, rédigés à elle-même, dans lesquels elles indiqueraient comment éviter la survenue du trouble ou mettre en place un suivi plus précocement, permettrait d'identifier quels leviers d'actions pourraient être envisageables dans la prévention de la dépression du post-partum au sein de cette population ainsi que les moyens qui pourraient être mis en place par les instances pour favoriser l'entrée de ces femmes dans le parcours de soin.

8. Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est d'identifier dans cette population spécifique (femmes soignantes mais aussi patientes), à travers l'analyse d'entretiens ouverts non structurés, permettant ainsi l'expression libre des idées, quels sont les éléments qui auraient pu prévenir l'apparition des troubles ou favoriser une entrée plus précoce dans le parcours de soin.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude, paradigme :

Notre étude adopte une approche qualitative, basée sur l'analyse interprétative d'expériences individuelles de dépression du post-partum chez des femmes médecins.
Ces expériences ont été restituées à travers un écrit réalisé par des participantes expérimentées (médecins), qui connaissent la chronologie de l'expérience (car vécue) et qui ont un double point de vue sur la maladie (« médecins-malades »).
Les écrits demandés étaient sous forme de conseils qu'elles auraient souhaités se donner (rétrospectivement, à elles-mêmes, pendant la grossesse en lien avec la dépression du post-partum et avant la survenue de la maladie) afin d'éviter la survenue du trouble ou de favoriser un contact plus précoce avec le parcours de soin (annexe 1).

2. Population

2-1.Caractéristiques de la population

La population sera constituée de femmes médecins exerçant en milieu libéral, ayant récemment vécu un épisode de dépression du post-partum et souhaitant participer à l'étude. Pour l'analyse principale une analyse des réponses des participantes ayant eu une grossesse dans les 12 derniers mois sera retenue afin de limiter le biais de mémorisation. Le recrutement se fera à partir d'une cohorte sur un réseau social en ligne de 3166 femmes médecins en situation de maternité (critère d'entrée dans le groupe). Il sera proposé sur ce réseau un lien informant de cette étude et redirigeant les volontaires vers une plateforme sécurisée de questionnaire en ligne. Leur consentement sera demandé avant participation et sera assorti d'une fiche d'information claire et loyale sur les objectifs et modalités de l'étude (annexe 2).

2-2.Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions étaient :

i) Antécédent de grossesse (quel que soit le terme) ;
ii) Avoir été concernée par une dépression du post-partum.

2-3.Critères de non inclusion

Les critères de non inclusions étaient :

i) L'absence d'exercice en milieu libéral ;

ii) Participante ne sachant pas lire ni écrire en Français.

2-4.Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient quant à eux :

i) Le refus ou le retrait du consentement à participer à l'étude ;

ii) Participante présentant une forme de dyslexie ou dysorthographie ne rendant pas compréhensible le récit.

2-5.Critères de fin de recrutement

Concernant l'arrêt du recrutement, nous nous appuierons sur le concept de la « suffisance théorique » (34). Ainsi nous arrêterons le recrutement dès lors que les données offriront un cadre explicatif que nous estimerons suffisant. Nous considèrerons les données saturées dès lors qu'aucun nouveau thème n'émergera suite à 2 inclusions consécutives.

3. Caractéristiques du chercheur pouvant influencer les résultats de la recherche et méthodes utilisées pour limiter cette influence

L'analyse sera réalisée par une femme médecin généraliste ayant eu une première grossesse qui s'est déroulée normalement sans complication du post-partum. Du fait de la méthodologie et des consignes données à l'écrit sur internet, les caractéristiques du chercheur n'influeront pas le contenu du récit restitué par les participantes à l'étude. Afin de limiter les biais relatifs à l'interprétation, une double lecture sera effectuée par un second investigateur (homme, docteur en médecine du travail, un enfant en bonne santé). Les recommandations de références SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) ont été suivies pour le rendu des résultats (35).

4. Protection des personnes, protection des données, consentement éclairé

Il a été demandé à chaque participante, son consentement, après une information claire et loyale de l'objectif de l'étude et de l'utilisation des données (annexe 2).

A tout moment, et ce jusqu'à restitution des résultats, les participantes pouvaient retirer leur consentement si elles ne souhaitaient plus participer à l'étude.

Les questionnaires étaient remplis par les participants sur la plateforme SurveyMonkey® (données cryptées, conformité RGPD et conformité loi HIPAA pour les données médicales). L'extraction des données a été faite à partir de cette même plateforme via un ordinateur portable sécurisé par un mot de passe.

L'anonymat des participantes a été préservé tout au long de l'étude et de la restitution des résultats.

5. Analyse des données :

Volontairement, et afin de permettre la libre expression des idées, les données seront issues d'un bref questionnaire et de l'analyse d'écrits dont la rédaction sera « non structurée ». Ainsi il n'y aura pas de limite concernant la forme ou les sujets à aborder. Les écrits de ces conseils seront ensuite, après anonymisation, sujets à l'analyse de leur contenu par les deux investigateurs de l'étude (cf. supra).

Une première analyse se fera à partir des citations afin d'identifier des thématiques (thèmes et sous-thèmes) puis de façon plus large des catégories.

Un logiciel de cartes heuristiques (FreeMind®) a été utilisé pour rassembler les citations par thèmes.

Les citations en lien avec la séméiologie psychiatrique ont été regroupées en sous-thèmes et thèmes en s'inspirant des recommandations de la 3e édition du référentiel de psychiatrie et d'addictologie (1).

III.RESULTATS

1. Recrutement des participantes

Les liens du questionnaire ont été envoyés à 3166 médecins généralistes, les 13 mai 2021 et 6 juin 2021. Le flux des réponses est représenté en figure 2.

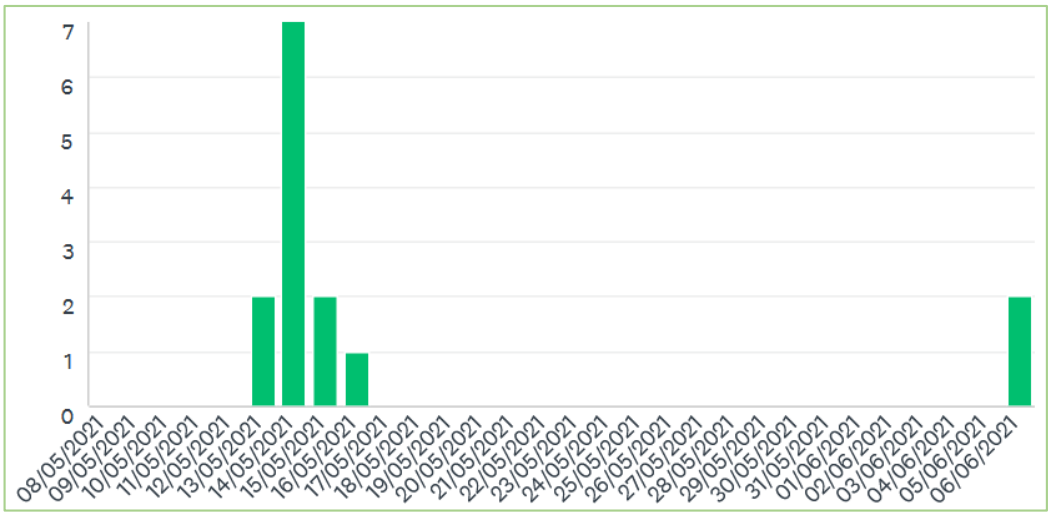

Figure 2. Nombre de réponses au questionnaire (liens diffusés les 13 mai 2021 et 06 juin 2021) en fonction du temps. L'étude a été arrêtée le 7 juin 2021 du fait de la saturation des données.

Suite au premier envoi du lien du questionnaire, le 13 mai 2021, 12 personnes ont répondu (7 questionnaires complets). De nouvelles thématiques émergeaient lors de l'analyse de l'avant dernier de ces questionnaires, une relance a donc été faite le 6 juin 2021 permettant l'obtention de 2 nouvelles réponses (2 questionnaires complets) et une saturation des données sur le principe de la suffisance théorique (pas d'émergence de nouvelle thématique).

Sur les 9 questionnaires complets, 6 ont été utilisés pour une première analyse « principale ». Une seconde analyse a été réalisée en incluant 3 participantes supplémentaires : 2 ayant eu une grossesse > 365 jours et 1 exerçant en dehors de la France (figure 3). Le temps de remplissage moyen du questionnaire était de 11 minutes et 25 secondes (de 4 minutes 43 secondes à 27 minutes 01 seconde).

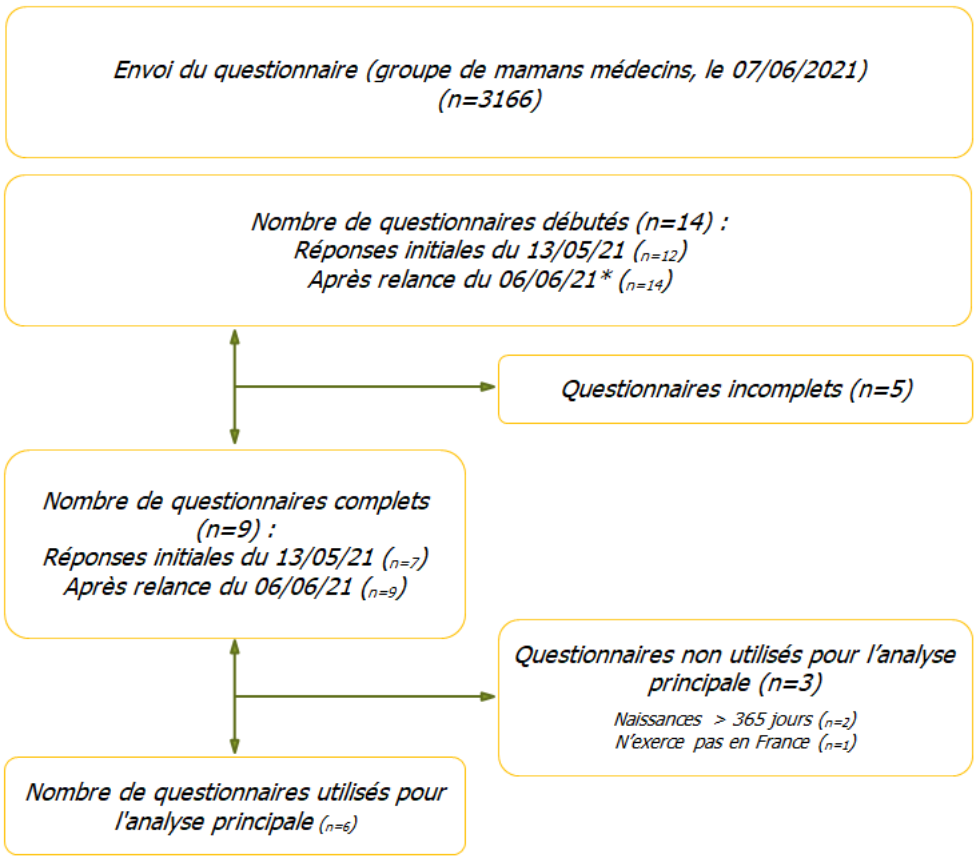

Figure 3. Diagramme de flux de la sélection de la population d'étude

Il s'agissait principalement de femmes médecins généralistes (83,3%), d'activité libérale exclusive (83,3%), d'âge moyen de 34,78 ans (SD : 3,63) et réparties géographiquement de façon assez homogène. Les caractéristiques démographiques des femmes incluses étaient similaires à celles des femmes n'ayant pas répondu au questionnaire ou ne répondant pas aux critères d'inclusions (Tableau 1).

	Population analyse principale (n=6)	**Population analyse secondaire (n=9)**	**Total (n=14)**
Remplissage du questionnaire	**6 (100%)**	**9 (100%)**	**9 (64,3%)**
Françaises	**6 (100%)**	**8 (88,9%)**	**13 (92,9%)**
Grand Est	0	0	1 (7,1%)
Centre Val de Loire	0	1 (11,1%)	2 (14,3%)
Pays de la Loire	1 (16,7%)	1 (11,1%)	3 (21,4%)
Ile de France	1 (16,7%)	1 (11,1%)	2 (14,3%)
Picardie	1 (16,7%)	1 (11,1%)	1 (7,1%)
Normandie	1 (16,7%)	1 (11,1%)	1 (7,1%)
Occitanie	2 (33,3%)	2 (22,2%)	2 (14,3%)
NA	0	1 (11,1%)	1 (7,1%)
Grossesse < 12 mois	**6 (100%)**	**7 (77,8%)**	**12 (85,7%)**
Mode d'activité			
Libérale exclusive (100%)	5 (83,3%)	6 (66,7%)	10 (71,4%)
Libérale partielle (>70%)	1 (16,7%)	2 (22,2%)	3 (21,4%)
Libérale partielle (30-70%)	0	1 (11,1%)	1 (7,1%)
Spécialité			
Médecin généraliste	5 (83,3%)	8 (88,9%)	12 (85,7%)
Pédiatre	1 (16,7%)	1 (11,1%)	1 (7,1%)
Gynécologue	0	0	1 (7,1%)
Age (années) : moyenne (ET)	**33,67 (2,42)**	**34,78 (3,63)**	34,78 (3,63)*

*Tableau 1. Caractéristiques démographiques de la population incluse et comparatif avec la population n'ayant pas complété le questionnaire ou ayant été exclue. ET : Ecart type. *Données manquantes chez les participantes n'ayant pas répondu au questionnaire.*

Les femmes incluses étaient principalement multigestes (83,3%) et multipares (66,7%). Un antécédent psychiatrique était retrouvé dans la majorité des cas (83,3%) et un antécédent gynécologique dans la moitié des cas (Tableau 2).

	Population analyse principale (n=6)	**Population analyse secondaire (n=9)**
Nombre de grossesses : médiane [étendue]	**3 [1-8]**	**2 [1-8]**
Nombre d'enfant : médiane [étendue]	**2 [1-3]**	**2 [1-3]**
Antécédents Psychiatriques	**5 (83,3%)**	**6 (66,7%)**
Dépression du post-partum (autre épisode)	4 (66,7%)	4 (44,5%)
Episode dépressif caractérisé	3 (50%)	3 (33,3%)
Trouble anxieux	1 (16,7%)	2 (22,2%)
Réaction de deuil	1 (16,7%)	1 (11,1%)
Antécédents Gynécologiques	**3 (50%)**	**3 (33,3%)**
Fausse-couche	3 (50%)	(33,3%)
Interruption volontaire de grossesse	1 (16,7%)	1 (11,1%)

Tableau 2. Antécédents gynécologiques et psychiatriques de la population incluse.

2. Analyse des résultats

Nous avons, à travers l'analyse des réponses aux questionnaires, exploré l'expérience psychologique des médecins libéraux qui suite à une grossesse ont identifié souffrir d'une dépression du post-partum. Les résultats ont été séparés selon 3 grandes catégories : « séméiologie de l'épisode de dépression du postpartum », « facteurs de risque de dépression du postpartum» et « leviers de la prévention et de la prise en charge de la dépression du postpartum ». Pour ces 3 catégories, les citations ont été regroupées par thématiques et ont été rapportées avec ces dernières dans les tableaux 3, 4 et 5.

2-1. Séméiologie de l'épisode de dépression du postpartum :

Une perturbation de l'affectivité était retrouvée dans la totalité des cas avec au premier plan une culpabilité (100%) avec auto-accusations (83,3%) qui accapare près de la moitié (39%) des citations de ce thème. La dévalorisation était également systématique avec des doutes dans la moitié des cas. Il y avait également une perturbation des émotions avec anhédonie dans la majorité des analyses (83,3%) ainsi qu'une perturbation de l'humeur dans deux tiers des cas (Tableau 3).

Thèmes	**Sous-thèmes**	**Citations**

Perturbations psycho-affectives (100%)	Culpabilité (100%) avec auto-accusations (83,3%)	*« Difficulté à gérer les aînés » ; « Difficulté à gérer les tâches ménagères » ; « Culpabilité » ; « Incapacité à gérer le quotidien » ; « Difficile » ; « Ne pas arriver à tout gérer » ; « Confier mon bébé à un tiers était vécu très difficilement, de même que la reprise, sentiment de culpabilité +++ » ; « Une très grange angoisse dès que je devais m'occuper de mon fils » ; « Abandon de carrière hospitalière alors que c'était la surspécialisation que j'adorais » ; « Il y a ce fort sentiment de culpabilité qui vous ronge au quotidien ».* *« J'ai l'impression d'être une mauvaise mère » ; « Ce n'est pas être une mauvaise mère, au contraire » ; « Impression d'incompétence » ; « Sentiment de honte de ne pas arriver à tout gérer » ; « Sentiment d'incapacité dans les soins à mon bébé » ; « Fort sentiment du culpabilité qui nous ronge au quotidien de ne pas faire suffisamment pour nos enfants ».*
	Dévalorisation (100%) avec doutes (50%)	*« Perte de confiance en soi » ; « Difficultés à accepter mon corps » ; « Sentiment de honte » ; « Dévalorisation » ; « Se considérer comme horrible ou folle » ; « La maman reste un être humain et non un automate ».* *« Peur d'être seule avec bébé » ; « Incertitude sur mes projets d'avenir » ; « Une très grande angoisse dès que je devais m'occuper de mon fils » ; « Peu de projection dans l'avenir ».*
	Perturbation de l'humeur (66,7%)	*« Tristesse de l'humeur » ; « Tu sens que tu es vraiment triste, en difficulté » ; « Pleurs » ; « Pleurs continuels » ; « Pleurs tous les jours ».*
	Anhédonie (83,3%)	*« Je n'apprécie plus la compagnie de mes enfants ni de mon époux » ; « Ambivalence dans le lien avec mon bébé » ; « L'absence d'envie de rentrer à la maison » ; « L'envie d'être ailleurs » ; « Désinvestissement de mon travail universitaire (mémoire) et hospitalier » ; « Perte d'appétit »*
	Idées noires (66,7%) et idées suicidaires (33,3%)	*« Idées noires sans scénario » ; « L'envie que tout s'arrête » ; « Idées noires »* *« Idées suicidaires... » ; « Jusqu'au jour où j'ai arrêté ma voiture devant un arbre et que je me suis dis que je ne pouvais pas laisser 2 orphelins et que j'avais besoin d'aide » ; « Phobie d'impulsion sur moi-même »*
Perturbations psycho-motrices (83,3%)	Ralentissement psychomoteur (33,3%)	*« "Me forcer à porter autre chose qu'un pyjama » ; « Difficultés à sortir » ; « Désinvestissement de mon travail universitaire (mémoire) et hospitalier »*
	Agitation (33,3%)	*« L'impression d'avoir une montagne de tâches à accomplir » ; « Perte de patience »*
	Perturbation du cours de la pensée avec ruminations d'idées négatives (83,3%) dont sentiment de solitude (33,3%)	*Ruminations : cf. supra.* *« Sentiment de solitude écrasant » ; « L'impression d'être seule, abandonnée et non comprise »*
Perturbations physiologiques (50%)	Altération des fonctions instinctuelles avec perturbation du sommeil (50%), asthénie (33,3%), modification de l'appétit et du poids (16,7%)	*« Trouble du sommeil » ; « Dors quand tu peux » ; « Dormir » ; « Epuisement physique et mental » ; « Perte d'appétit » ; « Perte de poids »*

Tableau 3. Analyse thématique des citations issues des réponses au questionnaire concernant la sémiologie psychiatrique de la dépression du postpartum (n=6)

2-2. Facteurs de risque de dépression du postpartum

Des signes et symptômes de base de l'anxiété (émotions anxieuses, cognitions anxieuses et comportements anxieux) étaient systématiquement présents et accompagnaient la symptomatologie de la dépression du post-partum. Un contexte social défavorable était identifié chez toutes les participantes, avec au premier plan la gestion des tâches ménagères (66,7%) et l'isolement social (50%). Le statut de médecin était également identifié comme facteur de risque de dépression du post-partum avec un retard diagnostic/de prise en charge évoqué par deux tiers des participantes. La moitié des participantes a refusé de l'aide quand elle leur a été proposée et la majorité ont craint d'être stigmatisées (83,3%) et vivaient leur épisode de dépression avec un sentiment de honte, d'échec pour deux tiers d'entre elles (tableau 4)

Thèmes	Sous-thèmes	Citations
Comorbidités (100%)	Psychiatriques (100%) avec trouble anxieux (100%)	*« Angoisses permanentes » ; « Une très grande angoisse » ; « Hyper vigilance » ; « Stress recentré sur maternité et travail » ; « Difficulté à sortir et à gérer la logistique des sorties avec anxiété majeure » ; « Irritabilité » ; « Je n'apprécie plus la compagnie de mes enfants ni de mon époux » ; « Difficultés relationnelles avec mon conjoint, se sentait démuni » ; « Isolement social énorme, une des causes mais aussi des conséquences » ; « Perte de patience ».*
	Gynécologiques (16,7%) et pédiatriques (16,7%)	*« Allaitement difficile initialement » ; « Grossesse pathologique » ; « Fais toi accompagner par un psychologue ... vu la grossesse que tu as passé » ; « Séquelles douloureuses post accouchement » ; « Séquelles douloureuses post accouchement » ; « Séquelles douloureuses post accouchement pendant 1 mois, avec marche très difficile » ; « Œsophagite pour mon bébé » ; « Trouble du sommeil majeurs de mon bébé » ; « Nuits hachées jusqu'à ses 13 mois avec jusqu'à 10-12 réveils par nuit ».*
Contexte social (100%)	Plusieurs enfants à charge (16,7%)	*« Difficulté à gérer les aînés » ; « L'impression d'avoir une montagne de tâches à accomplir ».*
	Gestion des tâches ménagères (66,7%)	*« La maman reste un être humain, pas un automate » ; « Difficulté à gérer les tâches ménagères » ; « L'impression d'avoir une montagne de tâche à accomplir » ; « Fais une demande de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale) ou d'aide-ménagère avant la fin du congé paternité de ton conjoint » ; « Demande qu'on t'aide dans ton quotidien » ; « Déléguer les tâches ».*
	Isolement (50%)	*« Isolement » ; « Isolement social énorme » ; « Famille vivant loin (> 5h de route), idem pour l'entourage amical proche » ; « Repli sur notre cellule familiale » ; « Essai de prendre du temps de qualité pour moi (sport, yoga, sorties avec amis, visite de famille) interrompus par la crise sanitaire » ; « Finalement peu de soutien dès que j'ai montré que j'allais un peu mieux alors que je sens que c'est précaire ».*
	Crise sanitaire (16,7%)	*« Essai de prendre du temps de qualité pour moi (sport, yoga, sorties avec amis, visite de famille) interrompus par la crise sanitaire » ; « Suivi psy haché du fait de la crise sanitaire (fermeture du centre de parentalité sans suivi) avec psychologue libérale puis médecin traitant puis pédopsychiatre en centre de parentalité ».*
Statut de médecin (83,3%)	Retard diagnostic et de prise en charge (66,7%)	*« Ne pas attendre » ; « Ne pas hésiter à demander de l'aide dès le début » ; « Verbaliser dès que ça ne va pas » ; « Demande à l'équipe de la maternité de débriefer avec toi autour de ton accouchement pour ne pas conserver tous ces non-dits qui vont te pourrir la vie » ; « Fais très tôt un atelier de portage avec ton bébé et ton mari » ; « Consulte une puéricultrice, rapidement » ; « Pas de prescription médicamenteuse, ni de suivi pour le moment » ; « Pas de traitement médicamenteux » ; « Jusqu'au jour où j'ai arrêté ma voiture devant un arbre et que je me suis dis que je ne pouvais pas laisser 2 orphelins et que j'avais besoin d'aide ».*
	Crainte de stigmatisation (83,3%) avec sentiments de honte/d'échec (66,7%) et refus de l'aide (50%)	*« Sentiment de honte de ne pas arriver à tout gérer » ; « Demande à l'équipe de la maternité de débriefer avec toi autour de ton accouchement pour ne pas conserver tous ces non-dits qui vont te pourrir la vie » ; « Sentiment d'échec » ; « Faire une psychothérapie n'est pas tabou ou un signe d'échec » ; « Impression d'incompétence ».* *« Pas de traitement médicamenteux » ; « Ne refuses pas sans réfléchir un traitement médicamenteux s'il t'est proposé » ; « Faire une psychothérapie n'est pas tabou ou un signe d'échec » ; « Pas de prescription médicamenteuse, ni de suivi pour le moment » ; « Difficultés relationnelles avec mon conjoint, se sentait démuni » ; « Ne pas hésiter à demander de l'aide dès le début ».*
	Conditions de travail (16,7%)	*« Conditions de travail hospitalières impossibles... » ; « Accumulation de retards dans mes obligations universitaires » ; « Abandon de carrière hospitalière alors que c'était la surspécialisation que j'adorais ».*
	Rôle d'aidant (16,7%)	*« Découverte d'une maladie grave chez un proche avec rôle d'aidant ».*

Tableau 4. Analyse thématique des citations issues des réponses au questionnaire concernant les facteurs de risque de dépression du postpartum (n=6)

2-3.Leviers de la prévention et de la prise en charge de la dépression du postpartum

Plusieurs leviers de prévention ont été identifiés par les participantes, au travers des conseils qu'elles se seraient donnés afin d'éviter la survenue du trouble ou améliorer leur prise en charge. Toutes les participantes ont évoqué l'importance de prendre du temps pour soi afin d'investir des activités professionnelles et extra-professionnelles (50%) comme l'activité physique (33,3%), se reposer (66,7%) ou prendre tout simplement soin de soi (16,7%). A ces fins les participantes évoquaient qu'elles se conseilleraient de libérer du temps (83,3%) notamment en aménageant la charge de travail à la maison (66,7%) en déléguant tout ou partie des tâches ménagères (66,7%) et en confiant occasionnellement la garde de(s) l'enfant(s) (50%). Deux tiers des participantes auraient souhaité réussir à prendre du recul, se faire plus confiance et déculpabiliser certaines situations (tableau 5).

Toutes les participantes se seraient conseillées de mettre en place un suivi médico-psycho-social , et ce, le plus tôt possible. La lutte contre l'isolement, notamment le fait de s'entourer a été identifiée comme levier de prévention et de prise en charge de la dépression du post-partum par la totalité des participantes, dans la mesure, pour deux tiers d'entre elles, où l'entourage ne représente pas une contrainte concernant la charge de travail à la maison (tableaux 4 et 5bis). La mise en place d'un suivi spécialisé (66,7%) et en médecine générale (50%), avec l'acceptation d'un traitement prescrit (33,3%), était également conseillée. Plusieurs spécialistes étaient cités : médecins généralistes, spécialistes de la périnatalité, spécialistes dans le domaine de la psychiatrie… et la notion de prise en charge pluridisciplinaire était évoquée par deux tiers des participantes. Une participante (16,7%) évoque l'intérêt qu'elle aurait eu à aménager ses conditions de travail (tableau 5bis).

Thèmes	Sous-thèmes	Citations
Gérer la charge de travail à la maison (66,7%)	Déléguer les tâches ménagères et se faire aider (66,7%)	*« Prévois des visites, invites des gens de confiance, qui viendront t'aider quelques heures » ; « Demandes qu'on t'aide dans ton quotidien » ; « La maman reste un être humain et non un automate » ; « Commander des plats préparés » ; « Déléguer les tâches » ; « Déléguer, la maison n'a pas besoin d'être reluisante » ; « Déléguer les tâches » ; « Fais une demande de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale) ou d'aide-ménagère avant la fin du congé paternité de ton conjoint ».*
	Occasionnellement confier ses enfants (père, famille…) (50%)	*« Confier bébé et les grands » ; « Déléguer les tâches » ; « Alternes avec le père les moments de sommeil quitte à dormir dans des chambres séparés (un seul, l'autre dans votre chambre avec le berceau) » ; « Fais très tôt un atelier de portage avec ton bébé et ton mari » ; « Si le bébé doit téter, ton conjoint de l'amène et repart ensuite avec lui si c'est ton tour de dormir ».*
Prendre du recul (66,7%)	Déculpabiliser, se faire confiance (66,7%)	*« Dédramatiser » ; « La maison n'a pas besoin d'être reluisante » ; « Abaisser son schéma de performance » ; « Consulte une puéricultrice, rapidement, si besoin de te rassurer sur tes compétences parentales » ; « Ne culpabilise pas d'être triste » ; « Prendre du temps pour soi sans culpabiliser » ; « Ne laisse pas ta mère/ton père remettre en question tes choix » ; « Ne lis pas trop de livre sur ce qu'une jeune mère devrait faire en post-partum » ; « Ne pas se considérer comme horrible ou folle ».*
Prendre du temps pour soi (100%)	Libérer du temps (83,3%)	*« Prendre du temps pour moi » ; « Prendre du temps pour soi » ; « Fais très tôt un atelier de portage avec ton bébé et ton mari » ; « Prendre du temps pour soi sans culpabiliser » ; « Je suis remplaçante et je ne travaille pas à plein temps » ; « J'ai des semaines off donc ça m'a permis d'y aller progressivement » ; « Ne te force pas à assister à des cours ou aller travailler pendant ton congé maternité avec un tout petit bébé ».*
	Se reposer (66,7%)	*« Se reposer un maximum » ; « Dormir » ; « Dors quand tu peux » ; « Alternes avec le père les moments de sommeil quitte à dormir dans des chambres séparés (un seul, l'autre dans votre chambre avec le berceau) » ; « Optimises les temps où tu dors » ; « Abaisser son schéma de performance » ; « ...invite des gens de confiance... Pas trop de monde non plus pour te ménager des temps de repos » ; « Ne laisses pas ton père venir mettre les pieds sous la table le jour même de ton retour à la maison » ; « Ne pas se mettre la pression pour avoir l'impression que tout va bien » ; « Si le bébé doit téter, ton conjoint de l'amène et repart ensuite avec lui si c'est ton tour de dormir ».*
	Investir des activités professionnelles et extra-professionnelles (50%) et reprendre une activité physique (33,3%)	*« Sortir me balader » ; « Prends du temps pour toi, dès que tu en es physiquement capable » ; « Vas au yoga » ; « La reprise du travail m'a fait du bien car j'ai pu me retrouver en tant que personne » ; « Vas à la chorale... » ; « Prévois des visites, invites des gens de confiance, qui viendront t'aider quelques heures »*
	Prendre soin de soi (16,7%)	*« Me forcer à porter autre chose qu'un pyjama »*

Tableau 5. Analyse thématique des citations concernant les leviers de prévention et de prise en charge de la dépression du postpartum (n=6)

Thèmes	Sous-thèmes	Citations
Prise en charge médico-psycho-sociale (100%)	Agir tôt (50%)	*« Verbaliser dès que ça ne va pas » ; « Demande à l'équipe de la maternité de débriefer avec toi autour de ton accouchement pour ne pas conserver tous ces non-dits qui vont te pourrir la vie » ; « Ne pas hésiter à demander de l'aide dès le début » ; « Ne pas attendre » ; « Consulte une puéricultrice, rapidement » ; « Prends du temps pour toi, dès que tu en es physiquement capable » ; « Fais très tôt un atelier de portage avec ton bébé et ton mari » ; « Fais une demande de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale) ou d'aide-ménagère avant la fin du congé paternité de ton conjoint ».*
	S'entourer (100%)	*« M'entourer » ; « J'avais besoin d'aide » ; « Ne pas hésiter à solliciter de l'aide auprès d'un entourage bienveillant » ; « Chercher une personne référente en soutien en plus d'un professionnel » ; « Prévois des visites, invites des gens de confiance, qui viendront t'aider quelques heures » ; « Mis en lumière par mon mari » ; « Arrêt de mon conjoint 15 jours pour m'épauler » ; « Appelles ta mère » ; « Écouter ses émotions et les partager avec la famille ou un professionnel » ; « Un peu d'écoute de ma mère et de mon mari mais qui ont plus eu peur pour moi » ; « Connaissances présentes dans la région cependant » ; « Appelles tes proches » ; « Demande à ta sage-femme le contact d'autres jeunes mères, pour te sentir moins seule ».*
	Consulter son médecin traitant (50%)	*« Ne pas hésiter à solliciter de l'aide auprès des professionnels (sage-femme, généraliste, maternité) » ; « Avec psychologue libérale puis médecin traitant puis pédopsychiatre du centre de parentalité » ; « Demande de l'aide à ton généraliste dès que tu sens que tu es vraiment triste/en difficultés » ; « Demander de l'aide à d'autres médecins, à la PMI ».*
	Mettre en place un suivi spécialisé (66,7%) : psychologique (66,7%), périnatal (33,3%), pluridisciplinaire (66,7%)	*« Groupe de parole » ; « Vas dans des lieux d'accueil enfant parent ou aux ateliers de la PMI » ; « Suivi psychologique » ; « Avec psychologue libérale puis médecin traitant puis pédopsychiatre du centre de parentalité » ; « Fais toi accompagner par un psychologue qui ait l'habitude de la parentalité » ; « Avec psychologue libérale puis médecin traitant puis pédopsychiatre du centre de parentalité ».* *« Demande à l'équipe de la maternité de débriefer avec toi autour de ton accouchement pour ne pas conserver tous ces non-dits qui vont te pourrir la vie » ; « Consulte une puéricultrice, rapidement, si besoin de te rassurer sur tes compétences parentales » ; « Parle à ta sage-femme » ; « Demande à ta sage-femme le contact d'autres jeunes mères, pour te sentir moins seule » ; « Fais une demande de TISF (technicien d'intervention sociale et familiale) ou d'aide-ménagère avant la fin du congé paternité de ton conjoint » ; « Demander de l'aide à d'autres médecins, à la PMI » ; « Vas dans des lieux d'accueil enfant parent ou aux ateliers de la PMI ».* *« Ne pas hésiter à solliciter de l'aide auprès des professionnels (sage-femme, généraliste, maternité) » ; « Chercher une personne référente en soutien en plus d'un professionnel » ; « Avec psychologue libérale puis médecin traitant puis pédopsychiatre du centre de parentalité » ; « Demander de l'aide à d'autres médecins, à la PMI » ; « Écouter ses émotions et les partager avec la famille ou un professionnel ».*
	Accepter un traitement prescrit (33,3%)	*« Ne refuses pas sans réfléchir un traitement médicamenteux s'il t'est proposé » ; « « Pas de prescription médicamenteuse, ni de suivi pour le moment ».*
	Aménager ses conditions de travail (16,7%)	*« Redéfinition de mon projet pro » ; « Abandon de carrière hospitalière » ; « Ne te force pas à assister à des cours ou aller travailler pendant ton congé maternité avec un tout petit bébé ».*

Tableau 5bis. Analyse thématique des citations concernant les leviers de prévention et de prise en charge de la dépression du postpartum (n=6)

2-4. Analyse des citations des participantes non incluses dans l'analyse principale

Trois participantes ayant répondu au questionnaire n'ont pas été considérées dans l'analyse principale du fait de conditions d'exercices dans un pays frontalier à la France (33,3%) ou de grossesse datant de plus de 12 mois (66,7%) : respectivement 4 et 11 ans. Les proportions de citations associées à chaque thème et sous thème changeaient peu avec l'ajout à l'analyse des citations des 3 participantes, que ce soit concernant le tableau clinique de la dépression du post-partum et ses critères de gravité (tableau 6), les facteurs de risques identifiés (tableau 7) ou les leviers de la prévention et de la prise en charge de la maladie (tableau 8).

Thèmes	Sous-thèmes	Citations (cf. tableau 3)
Perturbation psychoaffectives (100%)	Culpabilité (100%) avec auto-accusations (77,8%)	*« Sentiment d'inutilité » ; « Culpabilité » ; « dépassée » ; « Envie irrépressible de poser l'enfant et partir »* *« Sentiment d'être une mauvaise mère, surtout avec l'aînée » ; « Impression d'avoir fait la plus grosse erreur de ma vie »*
	Dévalorisation (100%) avec doutes (44,5%)	*« Perte d'estime de moi » ; « Mauvaise mère »* *« Impression de ne pas être à la hauteur ».*
	Perturbation de l'humeur (66,7%)	*« Triste », « Pleurs irraisonnés »*
	Anhédonie (77,8%)	*« Envie irrépressible de poser l'enfant et partir » ; « Inutilité »*
	Idées noires (44,5%) et idées suicidaires (44,5%)	*« Idéations suicidaires » ; « Idées suicidaires à type de défenestration ou de pendaison »*
Perturbations psychomotrices (88,9%)	Ralentissement psychomoteur (33,3%)	*« Pas de sorties, pas de sport »*
	Agitation (22,2%)	-
	Perturbation du cours de la pensée avec ruminations d'idées négatives (88,9%) dont sentiment de solitude (44,5%)	*Ruminations : cf. supra.* *« Personne n'a rien vu » ; « Sentiment de devenir invisible » ; « Isolement social »*
Perturbation physiologique (66,7%)	Altération des fonctions instinctuelles avec perturbation du sommeil (55,6%), asthénie (33,3%), modification de l'appétit et du poids (16,7%)	*« Trouble du sommeil » ; « Troubles du sommeil avec insomnies »* *« Fatiguée »* *« Inappétence »*

Tableau 6. Complément de l'analyse du tableau 3 avec citations de 3 participantes : 2 ayant eu des grossesses il y a plus de 12 mois (respectivement 11 ans et 4 ans) et une participante exerçant dans un pays francophone voisin à la France (n=9)

Thèmes	Sous-thèmes	Citations (cf. tableau 4)
Comorbidités (100%)	Psychiatriques (88,9%) avec trouble anxieux (88,9%)	*« Anxiété » ; « Difficultés […] Impression de ne pas être à la hauteur […] C'était dur »*
	Gynécologiques (22,2%) et pédiatriques (33,3%)	*« En plus des difficultés de l'allaitement exclusif la nuit » ; « Pas de verbalisation auprès du personnel médical mais je ne me souviens pas qu'on m'ait demandé mon ressenti » « Six pneumopathies en 3 ans » ; « Un épisode de VPB » ; « J'ai juste dit que c'était dur avec la pédiatre car coliques (pleurs > 3-4h/jour) mais pas eu d'aide particulière »*
Contexte social (100%)	Plusieurs enfants à charge (22,2%)	*« Sentiment d'être une mauvaise mère, surtout avec l'aînée ».*
	Gestion des tâches ménagères (44,5%)	-
	Isolement (66,7%)	*« Déménagement deux fois » ; « Très isolée, mari avec horaires +++ 6h-22h, soignant lui aussi » ; « Changement de travail pour mon mari, isolement car mari avec plusieurs missions à l'étranger de 6 semaines alors que je venais d'arrive dans une ville sans famille » ; « Isolement social »*
	Crise sanitaire (11,1%)	-
Statut de médecin (83,3%)	Retard diagnostic et de prise en charge (77,8%)	*« Personne n'a rien vu, personne n'a jamais demandé de nouvelles » ; « Uniquement soutien de mon conjoint et reprise du travail » ; « Finalement, j'ai commencé une thérapie avec psychologue vers les 9 mois de ma fille et ça m'a aidé à me reconstruire. Je me suis rendue compte longtemps après que j'avais fait probablement une dépression » ; « Je ne me souviens pas non plus qu'on m'est demandé mon ressentit ».*
	Crainte de stigmatisation (77,8%)	*« Pas de prise en charge médicamenteuse » ; « Pas de verbalisation auprès du personnel médical » ; « Uniquement soutien de mon conjoint et reprise du travail »*
	Conditions de travail (22,2%)	*« Rédaction de thèse pour moi ».*
	Aidant (11,1%)	-

Tableau 7. Complément de l'analyse du tableau 4 avec citations de 3 participantes : 2 ayant eu des grossesses il y a plus de 12 mois (respectivement 11 ans et 4 ans) et une participante exerçant dans un pays francophone voisin à la France (n=9)

Thèmes	Sous-thèmes	Citations (cf. tableau 5)
Gérer la charge de travail à la maison (66,7%)	Déléguer les tâches ménagères et se faire aider (44,5%)	-
	Occasionnellement confier ses enfants (père, famille…) (55,6%)	*« Se faire aider par famille, amis, relais+++ » ; « Aide de la part du papa pendant tout le congé de maternité (15 jours de congé parental) »*
Prendre du recul (44,5%)	Déculpabiliser, se faire confiance (44,5%)	-
Prendre du temps pour soi (77,8%)	Libérer du temps (66,7%)	*« Se faire aider »*
	Se reposer (44,5%)	-
	Investir des activités professionnelles et extra-professionnelles (33,3%) et reprendre une activité physique (22,2%)	-
	Prendre soin de soi (11,1%)	*« Me forcer à porter autre chose qu'un pyjama »*
Prise en charge médico-psycho-sociale (100%)	Agir tôt (44,5%)	*« Dépistage systématique auprès des parents de la dépression » ; « Information des futurs parents/mères sur les symptômes de la dépression du post-partum par plaquette papier par exemple lors du suivi de grossesse ou suite de couche »*
	S'entourer (88,9%)	*« Se faire aider par famille, amis, relais+++ » ; « Aide de la part du papa pendant tout le congé de maternité (15 jours de congé parental) » ; « Dépistage systématique auprès des parents de la dépression par médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, pédiatre »*
	Consulter son médecin traitant (44,5%)	*« Dépistage systématique auprès des parents de la dépression par médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, pédiatre »*
	Mettre en place un suivi spécialisé (55,6%) : psychologique (55,6%), périnatal (33,3%), pluridisciplinaire (55,6%)	*« Dépistage systématique auprès des parents de la dépression par médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, pédiatre » ; « Finalement j'ai commencé une thérapie avec psychologue » « Information des futurs parents/mères sur les symptômes de la dépression du post-partum par plaquette papier par exemple lors du suivi de grossesse ou suite de couche »*
	Accepter un traitement prescrit (33,3%)	*« Pas de prise en charge médicamenteuse »*
	Aménager ses conditions de travail (11,1%)	*« Contexte personnel difficile : déménagement fois deux […]. Rédaction de ma thèse pour moi »*

Tableau 8. Complément de l'analyse du tableau 5 avec citations de 3 participantes : 2 ayant eu des grossesses il y a plus de 12 mois (respectivement 11 ans et 4 ans) et une participante exerçant dans un pays francophone voisin à la France (n=9)

2-5. Risque suicidaire

Parmi les 6 participantes de l'analyse principale, 4 (66,7%) présentaient des idées noires. Dans cette sous-population, trois (66,7%) déclaraient également avoir eu des pensées suicidaires, avec et sans scénario. Ces pensées étaient associées à de l'isolement ou un sentiment de solitude (100%), de la culpabilité (100%) avec (75%) ou sans auto-accusations, une dévalorisation (100%) et une perturbation de l'humeur (75%). Trois quarts des participantes ayant eu des idées noires avaient un antécédent de dépression du post-partum (66,7%) ou de dépression (33,3%) précédant la grossesse. A l'inverse, parmi les 5 participantes ayant rapporté avoir eu des antécédents de dépression du post-partum ou de dépression, 3 (60%) déclarent avoir eu des idées noires lors de ce dernier épisode. Trois participantes (50%) avaient des antécédents gynécologiques à l'inclusion (fausses couches (100%), grossesse extra-utérine (33%) et interruption volontaire de grossesse (33%)), parmi elles, 2 (66,7%) avaient eu des idées noires ou pensées suicidaires. La moitié des participantes ayant des idées noires avaient plusieurs enfants. Le retard diagnostic était évoqué par les 4 participantes ayant rapporté des idées noires. Concernant la prise en charge de cette sous population, le refus de l'aide était souligné par 3 participantes (75%) que ce soit concernant les prescriptions médicamenteuses (66,7%), de psychothérapie (33,3%) ou le soutien du conjoint (33,3%).

IV.DISCUSSION

1. Discussion concernant les résultats

Notre étude explore l'expérience psychologique de femmes médecins exerçant en milieu libéral, principalement généralistes (83%), et ayant souffert de dépression du post-partum. L'analyse a été faite autour de 3 axes : la séméiologie, les facteurs de risque et les leviers de prévention et de prise en charge de la dépression du post-partum.

Concernant le tableau clinique de la dépression du post partum dans cette population spécifique les perturbations psycho-affectives étaient au premier plan avec des symptômes rencontrés systématiquement, comme la culpabilité et la dévalorisation, et des signes de gravité fréquemment rencontrés, notamment des idées noires (66.7%) voire suicidaires (33.3%). Ces éléments sont aggravés, du moins en partie, par la crainte de la stigmatisation (83.3%) et l'isolement (50%).

Concernant la crainte de la stigmatisation, elle était systématiquement associée à des citations évoquant un retard diagnostic ou de prise en charge et/ou un refus de soin et/ou l'importance au plus tôt, de mettre en place un suivi et de s'entourer.

Par ailleurs il est important de souligner que cette étude s'est déroulée au cours de la crise sanitaire en lien avec la pandémie de COVID-19 et que par conséquent la grossesse et le post partum ont été marqués par des confinements successifs, des restrictions gouvernementales en termes de rassemblements de personnes ainsi qu'une modification du suivi médical pouvant avoir un impact sur l'isolement (téléconsultation, annulation des séances de groupe de préparation à l'accouchement, impossibilité pour le père ou d'autres accompagnants de se rendre en consultation avec la mère, réunions entre jeunes mères impossible par exemple).

L'isolement est également expliqué en partie par le format des études avec des mobilités possibles tout au long du cursus, notamment en 6e année après l'Examen Classant National (ECN). Après l'ECN, les internes peuvent se retrouver loin de leurs proches, par choix ou par contrainte (cas par exemple des spécialités qui ne sont plus disponibles dans leur région). L'internat se poursuit ensuite entre 3 et 5 ans selon la spécialité. Mais selon une étude du conseil national de l'ordre des médecins, malgré une bonne connaissance du territoire à l'issue de l'internant (connaissance des services, de la région, voire premiers contact avec une patientèle lors d'un stage), peu de jeunes médecins décident de s'installer par « attachement au territoire » (37%) contrairement à ceux qui s'installent du fait d'une proximité familiale (60%) (36). Envisager, pour les femmes médecins libéraux souffrant de dépression du post-partum, qui de plus sont souvent en début de parcours professionnel lorsqu'elles souffrent de la maladie (moyenne d'âge 33,67 [ET : 2,42]), une aide à la mobilité (financière, administrative) permettrait de lutter contre cet isolement. De la même façon, améliorer les connaissances des jeunes médecins sur le congé parental et les différentes aides possibles permettrait de limiter ce facteur de risque. Afin de lutter contre la stigmatisation, des campagnes d'information précoces dans les facultés (auprès d'internes) et auprès des jeunes médecins sont à envisager. Ces campagnes devraient être associées à de l'information permettant une plus grande visibilité sur les aides existantes en cas de problème de santé comme notamment la dépression du post-partum. Ces aides sont nombreuses, que ce soit les associations (AAPML, APSS, MOTS, associations locales…) ou l'existence de réseaux sociaux bienveillants comme celui de la cohorte de l'étude. Ce réseau permet l'échange de conseils entre paires (femmes médecins et mères), éventuellement sous couvert de l'anonymat (ce qui permet de lever certains tabous).

Bien qu'il ne soit pas possible d'estimer l'incidence de la dépression du post-partum dans la cohorte à partir de nos résultats (cf. infra), nos résultats inquiètent concernant la fréquence de ce trouble chez les femmes médecins libéraux, sa gravité et ses conséquences dans cette population spécifique, que ce soit i) sur la santé de la femme et de son entourage, ii) sur l'activité professionnelle et notamment le suivi des patients ou encore iii) sur les conséquences économiques/en santé que pourraient avoir l'arrêt d'un médecin (arrêt maladie, suicide…).

La crainte de la stigmatisation était quasiment systématique (83,3%) et les citations concernant le refus de soin présentes dans la moitié des cas. Ce retard diagnostic et de prise en charge est principalement préoccupant du fait de la fréquence des citations évoquant la présence d'idées noires voire suicidaires (tableaux 3 et 6). La population des femmes médecins libéraux souffrant de dépression du post-partum semble être une population à haut risque suicidaire. Certaines spécialités médicales, souvent hospitalières, sont identifiées comme « à risque » et ont déjà fait l'objet de publications et de propositions de prise en charge (32). Il est probable que les complications de la dépression du post-partum dans la population des femmes médecins libéraux passent plus souvent inaperçues et soient moins médiatisées du fait du mode d'exercice (travail isolé) et du feed-back limité que peuvent avoir les patients sur la santé mentale de leur médecin. Tout laisse à penser qu'il en est de même pour les suicides qui resteraient largement sous-diagnostiqués dans cette population (21). L'entourage proche (conjoint/enfant) de la femme médecin souffrant de dépression du post-partum va également faire l'objet de dommages collatéraux en lien avec la maladie. Les relations dans ce cercle familial semblent être fortement perturbées par la symptomatologie, notamment les perturbations psycho-affectives, du fait de la culpabilité (100%) voire des auto-accusations (83,3%), avec un sentiment fréquent « d'être une mauvaise mère » ou « d'incompétence » mais également du fait de l'anhédonie, avec une perte du plaisir de se retrouver en famille (83,3%) (cf. tableau 3). L'absence du conjoint, notamment dans les situations d'isolement ou de sentiment de solitude, est fréquemment citée comme facteur de risque de dépression du post-partum, tandis que sa présence pouvait être soulignée comme étant un des leviers de prévention à envisager pour prévenir la dépression du post-partum. Le statut de médecin peut néanmoins rendre le soutien du conjoint limité, qui, au même titre que les professionnels de santé, peut se retrouver « démuni » face au refus de l'aide (tableaux 3, 4 et 5). Comme dans la population générale, le fait d'avoir un enfant vivant semblait être protecteur vis-à-vis du risque suicidaire (tableau 3).

Les erreurs médicales n'ont pas été évoquées par les femmes médecins souffrant de dépression du post-partum. Des freins comme le nombre de participantes, le biais de prévarication ou plus simplement la crainte de stigmatisation peuvent être à l'origine de cette sous déclaration de ce phénomène pourtant décrit chez les jeunes médecins dans la littérature (28). Parmi les autres complications sur la carrière de la dépression du post-partum, préoccupent à la fois un arrêt d'une carrière hospitalo-universitaire et les difficultés rapportées concernant la rédaction, dans les délais impartis, des travaux de thèse. Le premier point est préoccupant car l'attractivité des carrières universitaires diminue, avec la démission de PU-PH et MCU-PH qui n'est que trop peu comblée par des jeunes médecins qui sont de plus en plus réticents à s'engager dans cette voie (29). Les difficultés pour rendre la thèse dans les délais impartis pourrait facilement faire l'objet de mesures de prévention,

avec notamment une possibilité d'allonger les délais pour les femmes exerçant en milieu libéral qui déclareraient leur grossesse. Cette mesure simple pourrait permettre notamment une diminution de la symptomatologie anxieuse dans cette population vulnérable.

Le dépistage et le traitement de la dépression du post-partum est une stratégie coût-efficace en population générale (33). Chez les femmes médecins exerçant en milieu libéral l'absence de prise en charge de la maladie va être également associée à des conséquences sur l'offre de soin dans le secteur d'activité de la praticienne mais également sur ses propres revenus.
Les conséquences sur l'offre de soin sont d'autant plus importantes dans les territoires sous dotés en médecin avec un impact médico économique local prévisible (37). De même la formation d'un médecin constitue un investissement financier non négligeable pour l'état et un arrêt d'exercice, notamment en cas de suicide, constitue un coût humain et de moyens supplémentaires pour la société.

Les revenus du médecin libéral étant directement liés à son activité, les conséquences économiques individuelles d'un arrêt de travail peuvent rendre difficile le recouvrement des charges fixes (frais de fonctionnement du cabinet, projet immobilier, coût d'un enfant à charge…). La précarité pouvant être associée à la situation est un facteur de risque/facteur aggravant de la dépression du post-partum (3).

2. Forces et limites

Le nombre de femme de la cohorte ayant pris connaissance de l'étude lorsque nous avons mis en ligne le lien du questionnaire n'était pas connu. La publication ne restait accessible rapidement (en tête de page) que peu de temps après envoi du fait des nombreuses publications de ce réseau social (voir figure 2). Sur le nombre de femmes ayant commencé le questionnaire, le taux de remplissage était de 64.3%.

Une des limites principale de notre étude est l'extrapolation des résultats aux cas les plus graves (femmes suicidées, forte symptomatologie dépressive). Certains leviers ou facteur important à prendre en compte ont pu être omis par l'impossibilité d'avoir le point de vue de ces femmes. De par la source de notre recrutement, nous n'avons pas pu avoir l'avis de femmes ne bénéficiant pas du soutien du groupe de la cohorte, ce qui mésestime peut-être une partie des résultats. De plus, certaines caractéristiques, telle que la faible maitrise du Français, un exercice en France récent n'ont aussi pas pu être explorées. A ces biais de sélection peut s'ajouter un biais de volontariat, inhérent à ce type d'enquête.

Afin de limiter le biais de mémorisations lié à notre étude, nous avons demandé aux femmes ayant eu une naissance dans les 12 derniers mois de répondre au questionnaire. Lors de la diffusion du lien 2 femmes avaient eu des grossesses qui dataient de plus de 12 mois (respectivement 4 ans et 11 ans). Leurs réponses aux questions ont fait l'objet d'une analyse secondaire afin de limiter ce biais dans l'analyse principale.

1 femme n'exerçait pas en France et a également était incluse mais l'a été dans l'analyse secondaire afin de limiter les biais en lien avec des conditions d'exercice et de prise en charge de la maternité pouvant être différentes.

L'analyse secondaire retrouvait des résultats similaires à l'analyse principale notamment concernant les principaux éléments étayés dans la discussion. Ceci renforce nos résultats et atteste de leur robustesse.

L'absence d'information concernant la consommation d'alcool ou autres substances peut être en lien avec un biais de prévarication. Notre méthode était rigoureuse concernant la préservation de l'anonymat des participantes afin à la fois de limiter ce biais mais également de s'affranchir de la stigmatisation prévisible et limiter le bais de sélection. Ce dernier biais était probablement limité dans notre étude car les participantes ont été nombreuses à avoir décrit des idées noires voire suicidaires qui sont également des sujets sensibles et habituellement difficilement abordés.

Les biais en lien avec le type d'étude ont été limités à la fois par une méthode soigneusement réfléchie avant la diffusion du questionnaire (double lecture, stratégies pour limiter les bais(cf supra)) et le suivi de référentiels pour l'analyse (3e édition du référentiel de psychiatrie et d'addictologie) (1) et le rendu des résultats (SRQR : Standards for Reporting Qualitative Research) (35).

3. Perspectives

Les spécificités de la population se retrouvent, du moins en partie, dans les caractéristiques d'autres populations exerçant en milieu libéral, comme par exemple les sages-femmes ou les dentistes libéraux. Ces populations n'ont à notre connaissance pas fait l'objet d'étude concernant la dépression du post-partum et pourraient être également à risque de forme grave et peu prises en charge de dépression du post-partum.

La prévalence de la dépression du post-partum dans certains pays d'Europe (comme les Pays-Bas ou la Suède) est plus basse que la prévalence de la maladie en France (7). Dans ces pays, des mesures permettant d'actionner des leviers de prévention/prise en charge identifiés par notre étude y sont, comme, on pouvait s'y attendre, déjà mis en place. C'est le cas par exemple aux Pays-Bas avec le

métier de « Kraamzorg », profession répandue (diplôme en 3 ans d'étude) qui accompagne la femme en post-partum immédiat, jusqu'à 8 heures par jour pour aider la mère dans les premiers jours de vie de l'enfant. Les missions sont diverses comme s'occuper du bébé quand la mère effectue sa toilette, s'occuper de lui afin de permettre aux parents de se reposer, débriefer des difficultés de la nuit, aider à la surveillance du nourrisson et si besoin faire le relai avec la sage-femme en cas de soucis (cf. tableau 5). En Suisse les premières semaines de l'enfant sont encadrées par les « Barnavårdcentral » qui assurent un suivi soutenu pendant cette période avec un accompagnement pluridisciplinaire des femmes avec la mise en place de consultation infirmières hebdomadaires, d'aide à l'allaitement et des groupe de mamans d'enfant du même âge qui se réunissent tous les deux mois. L'accès à ces services est le plus souvent gratuit pour les assurés. Dans notre étude les femmes médecins étaient nombreuses à se conseiller de se reposer (66,7%), de s'entourer (100%) et de se libérer du temps (83,3%) notamment en déléguant la garde de l'enfant (50%) ou la réalisation des tâches ménagères (66,7%). Elles se conseillaient pour la plupart d'entre elles de mettre en place au plus vite (50%) un suivi pluridisciplinaire (66,7%) faisant intervenir notamment le médecin généraliste (50%) et des spécialistes de la santé mentale (66,7%) et périnatalité (33,3%) (Tableau 5). Les mesures mise en place dans les pays voisins à plus faible prévalence de dépression du post-partum semblent être efficaces sur l'ensemble de ces leviers. Une réflexion sur le suivi du post-partum, en particulier dans les populations à risque comme celle des femmes médecins libéraux, semble nécessaire afin de limiter l'impact sur la santé et les coûts de cette maladie en France

V.CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en évidence que la population des femmes médecins travaillant en secteur libéral est une population à risque de forme grave de dépression du post-partum et à haut risque suicidaire. Les conséquences médico-socio-économiques de cette pathologie sont lourdes pour la mère et son entourage. Les leviers de prévention et de prise en charge identifiés par notre étude doivent urgemment être considérés afin d'améliorer la santé mentale de cette population. Du fait des nombreux éléments préoccupants mis en avant dans nos résultats, il semble également important d'évaluer l'impact de cette maladie dans d'autres populations de femmes, en particulier celles exerçant en milieu libéral.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national des universitaires en psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021.

2. American psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013. 186-187 p. In.

3. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression

4. 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. In.

5. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. déc 2013;33(8):1205-17.

6. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique (Bucur). 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.

7. 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 [Internet]. 2018 [cité 19 déc 2020];8. Disponible sur: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2017.00248/full

8. Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P, et al. Postnatal depression in the community. Br J Gen Pract. mars 1998;48(428):1064-6.

9. Dayan J. Les dépressions périnatales. Elsevier Masson. 2008. 240p p.

10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Psychiatry J Ment Sci. juin 1987;150:782-6.

11. 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 J Assoc Eur Psychiatr. 1998;13(2):83-9.

12. LAMARCHE (Karen), LAMARCHE (Karen). Suicide chez les médecins : enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique. 2011.

13. Givens JL, Tjia J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. Acad Med. sept 2002;77(9):918–921.

14. Tebeka S, Pignon B, Strat YL, Pradier MD, Dubertret C. Dépression du post-partum. :4.

15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.

16. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health [Internet]. 29 avr 2019 [cité 23 déc 2020];15. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492376/

17. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. août 2004;33(4):410-20.

18. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. Br J Psychiatry. oct 2003;183(4):279-81.

19. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, et al. Maternal suicide in Italy. Arch Womens Ment Health. 1 avr 2020;23(2):199-206.

20. Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980–2007. Br J Psychiatry. mai 2016;208(5):462-9.

21. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). Am J Psychiatry. 2004;8.

22. Deneux-Tharaux C. Le suicide maternel, entité « émergente ». :26.

23. CA-PAMR Process and Publications | California Maternal Quality Care Collaborative [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: https://www.cmqcc.org/research/maternal-mortality-review-ca-pamr/ca-pamr-process-and-publications

24. Lebovici S, Stoléru S. La mère, le nourrisson et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris, Le Centurion. 1983.

25. Grace SL, Evindar A, Stewart DE. The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. Arch Womens Ment Health. nov 2003;6(4):263-74.

26. Maternal depression and child development. Paediatr Child Health. oct 2004;9(8):575-83.

27. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. JAMA. 19 mai 2010;303(19):1961.

28. Pérez C F, Brahm M P. Paternal postpartum depression: Why is it also important? Rev Chil Pediatría. 2017;88(5):582-5.

29. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016

30. Cauchard L. Chapitre 15. Suicide et environnement social : les médecins, les laissés pour compte ? [Internet]. Dunod; 2013 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/suicide-et-environnement-social--9782100701544-page-111.htm

31. Srkalovic Imsiragic A, Begic D, Kolumbic Lakos A, Kovacic D, Topic R, Simunic V. P-1480 - Impact of social support and previosly undiagnosed pospartal depression on pospartum complications and postpartum psychiatric disorders development. Eur Psychiatry. janv 2012;27:1.

32. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. Can J Anesth Can Anesth. 1 févr 2017;64(2):158-68.

33. Wilkinson A, Anderson S, Wheeler SB. Screening for and treating postpartum depression and psychosis: A cost-effectiveness analysis. Matern Child Health J. avr 2017;21(4):903-14.

34. Dey, I. Grounding Grounded Theory: Guidelines for Qualitative Inquiry, London, Academic Press. 1999.

35. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Acad Med. sept 2014;89(9):1245–1251.

36. Enquête sur les déterminants à l'installation [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/enquete-determinants-linstallation

37. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire

Page 1 : Coordonnées et consentement :

Soucieux de préserver vos données et votre anonymat, les données seront systématiquement anonymisées afin qu'il ne soit pas possible de vous identifier. Aucune donnée nominative, y compris des données que vous renseigneriez dans les questions ouvertes au cours de l'étude, ne fera l'objet d'un report dans l'analyse finale. Nous nous assurerons qu'aucune identification, de vous ou de personnes de votre entourage, ne pourra être possible à partir des données rendues dans les résultats de l'étude.

Question 1 : Données démographiques :

Initiales des Nom et Prénom *(Exemple : NP : cette donnée servira uniquement pour identifier les doublons et sera anonymisée par l'investigateur principal avant toute analyse)* *

Région

Question 2 : Vous êtes :

- ○ Médecin exclusivement libérale (100% de mon activité professionnelle)
- ○ Médecin libérale (principalement, > 70% de mon activité professionnelle)
- ○ Médecin avec activité mixte (libérale/salariée < 70% de mon activité professionnelle)
- ○ Médecin salariée (principalement, > 70% de mon activité professionnelle)
- ○ Médecin exclusivement salariée (100% de mon activité professionnelle)
- ○ Autre (précisez)

Question 3 : Quelle est votre spécialité (médecin généraliste, dermatologue, neurochirurgienne...) ?

En cliquant sur "suivant", je déclare avoir lu la note d'information associée au lien de ce questionnaire et j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche. Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur de l'ensemble de ses responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Suiv.

Optimisé par SurveyMonkey

Page 2 : Antécédent de dépression du post-partum :

Définition de la Dépression du Post-partum : Selon les classifications internationales, il s'agit d'un épisode dépressif caractérisé survenant au cours de la grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement. Pour notre étude dont le paradigme est interprétatif, nous ne nous limitons pas à cette classification : si vous pensez avoir souffert de dépression du postpartum pendant la grossesse ou après l'accouchement, nous considèreront la maladie comme avérée, et ce peu importe l'intensité des symptômes.

Question 4 : Quels sont :

Votre année de naissance ?	
L'année du début de la grossesse en lien avec le dernier épisode de dépression du post-partum	
Le nombre de grossesse(s)	
Le nombre d'enfant(s)	

Question 5 : Lors du dernier épisode de dépression du post-partum, aviez-vous (cochez si "oui") ?

- ☐ Un antécédent d'épisode(s) dépressif(s) ou une dépression en cours
- ☐ Un antécédent de dépression(s) du post-partum
- ☐ Un antécédent de trouble(s) anxieux ou trouble anxieux en cours
- ☐ Une réaction de deuil (décès récent d'un proche)
- ☐ Un antécédent d'interruption(s) médicale de grossesse
- ☐ Un antécédent d'interruption(s) volontaire de grossesse
- ☐ Un antécédent de fausse couche
- ☐ Un antécédent de grossesse(s) multiple
- ☐ Pas d'antécédent spécifique
- ☐ Un autre antécédent (veuillez préciser) ou précision concernant les antécédents ci-dessus

Question 6 : Comment avez-vous vécu cet(ces) épisode(s) de dépression du post-partum (vous pourrez évoquer par exemple : votre ressenti, vos symptômes et leur intensité, les difficultés personnelles rencontrées avec le bébé/l'entourage/le travail/... , les éventuelles consommations de substances/d'alcool, l'arrêt ou mise en place

d'activités de loisir/sportives, les évènements de vie négatifs associés, la présence ou non d'idées noires/suicidaires, le suivi mis en place, les prescriptions médicamenteuses...) ?

Ces éléments nous permettrons de mieux comprendre votre vécu de la pathologie, ses retentissements sur votre santé / votre mode de vie / vos relations sociales / ... afin d'améliorer la qualité de l'analyse de la question d'étude (question 7).

Préc. Suiv.

Optimisé par SurveyMonkey

Page 3 : Identification des leviers de prévention :

La question suivante a pour but d'identifier, à travers votre expérience personnelle et votre regard sur la pathologie, quels peuvent être les leviers d'action afin de prévenir la dépression du postpartum chez les femmes médecins exerçant en milieu libéral.

La question suivante consiste à rédiger des conseils que vous auriez souhaité vous donner ou recevoir lors du dernier épisode dépression du postpartum, afin d'éviter la survenue de la maladie, de limiter l'intensité des symptômes et/ou d'améliorer votre prise en charge. Cet exercice vous demande de vous projeter dans une situation, fictive, dans laquelle vous pourriez remonter le temps afin de vous adresser des conseils de prévention ou de prise en charge de ce dernier épisode de dépression du post-partum.

Question 7 : Rédigez (sans limite de mots) les conseils que vous vous donneriez afin d'éviter la survenue de la dépression du postpartum, d'améliorer votre prise en charge et/ou de faciliter votre entrée dans le parcours de soin.

Afin de faciliter la compréhension du texte pour l'analyse, précisez entre parenthèses les fonctions/situations familiales des personnes que vous citez ("médecin généraliste", "enfant", "père", "sœur"...). *A noter que si vous renseignez des données nominatives, ces dernières seront anonymisées avant l'analyse.*

Préc. Suiv.

Optimisé par SurveyMonkey

Page 4 : Merci d'avoir participé à cette étude ! N'hésitez pas à nous laisser des commentaires.

Question 8 : Merci d'avoir participé à cette étude et de nous avoir aidé à améliorer la compréhension de cette pathologie dans la population spécifique des médecins libéraux.

Si vous rencontrez toujours des difficultés, vous pouvez vous rapprocher d'une association de soutien aux professionnels de santé et médecins libéraux (numéro vert gratuit : 0800 800 854), de votre médecin traitant ou des urgences si nécessaire (en composant le 15).

L'encadré ci-dessous est mis à votre disposition si vous avez des commentaires ou des précisions à apporter à certaines de vos réponses au questionnaire.

Question 9 : Je souhaite être informée des résultats de l'étude (par mail).

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Adresse e-mail (si vous souhaitez être informé des résultats de l'étude)

Préc. | Terminé

Optimisé par SurveyMonkey

Annexe 2. Notice d'information

Madame,

Vous êtes invitée à participer à une recherche impliquant la personne humaine. Cette recherche s'intitule : « Repérage des leviers de prévention de la dépression du post-partum chez les femmes médecins : une étude qualitative originale sur l'interprétation d'expériences individuelles ». Elle est dirigée par le Dr CHORON Guillaume (06*** ,***@***.fr) en tant qu'investigateur principal.

Information

Ce document a pour but de vous fournir des informations que nous vous remercions, par avance, de lire attentivement avant de prendre votre décision. N'hésitez pas, à tout moment, à poser des questions à l'investigateur, le Dr CHORON Guillaume, si vous souhaitez d'avantages d'informations concernant cette étude (points incompris, questions concernant la participation à l'étude ou toute(s) autre(s) question(s)). Vous pouvez prendre le temps nécessaire avant de participer à l'étude, en discuter avec vos proches et/ou le ou les médecins qui vous suivent. Au cours du questionnaire, il vous sera demandé votre consentement si vous accepter de participer à cette étude.

Consentement

La participation à cette étude est **volontaire** et vous avez l'entière liberté d'accepter ou refuser de participer à cette recherche. Par ailleurs, si vous décidez de participer, vous pouvez retirer à tout moment votre consentement sans encourir aucune responsabilité, aucun reproche, ni aucun préjudice. Les rapports avec l'investigateur (le docteur CHORON Guillaume) resteront inchangés, nous vous remercions le cas échéant de le tenir informer, sans avoir une quelconque obligation de vous justifier. Si vous refusez de participer à l'étude vous n'aurez, bien entendu, nul besoin de vous justifier.

Contexte de l'étude

Tandis que la finalité d'un traitement est d'atténuer ou soulager les symptômes chez des personnes souffrant d'une pathologie, la finalité des actions de prévention est d'éviter l'apparition de la maladie. Les troubles de l'humeur et du comportement sont habituellement identifiés et traités après la survenue des premiers symptômes, au début de la maladie. L'efficacité de cette stratégie est limitée par un nombre de cas non diagnostiqué important et une prise en charge tardive de ces pathologies. Les actions de prévention permettraient d'améliorer l'état de santé global de la population souffrant

de ces troubles et de réduire les coûts économiques associés, et ce, à deux niveaux : i) en limitant la survenue de ces maladies mentales et ii) le cas échéant, en améliorant le suivi en santé, avec un contact plus précoce avec le parcours de soin (1). Une méta-analyse de 2013 a mis en évidence l'impact positif que peuvent avoir ces actions préventives sur le diagnostic de la dépression du post-partum mais aussi sur la sévérité des symptômes en population générale (2). A notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a évalué quels pourraient être les mesures à mettre en place dans la prévention de la dépression du post-partum dans la population très spécifique des femmes exerçant la médecine en milieu libéral. L'analyse de ces leviers de prévention est d'autant plus préoccupante dans cette population que la dépression du post-partum chez un médecin, au même titre que l'épuisement professionnel, pourrait avoir un impact économique désastreux (absentéisme, coût des complications de santé…) et une répercussion sur la qualité des soins (3).

La population des femmes médecins exerçant en milieu libéral tient sa spécificité tant de par la complexité que peut générer une dépression du post-partum (statut de « médecin-malade ») que par la présence de facteurs aggravant de ce trouble, comme le fait de travailler plus de 40h/semaine (4) ou encore l'absence de suivi en milieu spécialisé (comme par exemple la médecine du travail). Ce double statut de « médecin-malade » pose de nombreuses difficultés dans la prise en charge, ne serait-ce tout d'abord que pour le diagnostic. En milieu libéral, les médecins n'ont pas forcément de collègues, et lorsque c'est le cas, bien que ces derniers perçoivent le trouble, il est rare que le sujet soit abordé. La difficulté de se tourner vers ses collègues pour chercher de l'aide et ce déni du trouble est plus en faveur d'une automédication ou d'une consommation de substance que d'un suivi adapté (5) et augmente le risque de complications de la maladie (6). Ce suivi, quand bien même il a lieu n'est d'ailleurs pas sans ambiguïté et soulève également des problèmes comme l'observance, le refus d'arrêt maladie ou d'hospitalisation, le paiement de la consultation et de façon plus large la difficulté de la relation « médecin » - « médecin-malade » (7). Une étude des facteurs limitant la consultation pour dépression a été menée sur une population d'étudiant en médecine, moins d'un quart (22%) des étudiants déprimés avaient consulté pour leur dépression, avec comme freins principaux le manque de temps (48%), de confidentialité (37%) ou la stigmatisation (30%) (8). De nombreuses « offres » concernant le suivi des médecins libéraux ont été mises en places, notamment des dispositifs d'aide téléphonique ou de soutien (AAPML, APSS, MOTS, associations locales…), mais ces mesures ne sont pas toujours visibles des médecins en souffrance (d'autant plus si elles manquent de temps, si elles sont épuisées…) et peuvent être limitées en terme d'accès par les freins susmentionnés (confidentialité, stigmatisation…). Des réflexions sur l'apprentissage au cours des études de médecine, la mise en place, voire le caractère « impératif » du « Self-care » du soignant sont également mentionnés comme stratégie à envisager (5), notamment pour certaines professions

médicales plus à risque (9). L'évaluation des besoins, ici l'identification des mesures de prévention de la dépression du post-partum chez les femmes médecins, est donc un prérequis nécessaire avant toute action, et ce d'autant plus dans cette population à la fois très spécifique et vulnérable.

La dépression du post-partum est une maladie mentale pour laquelle la prévention peut montrer d'importants bénéfices, que ce soit sur la santé (2) ou sur le plan économique (1). Sa prévalence est estimée à 18% (IC95% : 16-20%) en France et varie fortement entre les pays (de 3% à 38%) avec une prévalence poolée de 17,7% (IC95% : 16,6-18,8%) (4). L'organisation mondiale de la santé (OMS) précise que la dépression, touche principalement les femmes, est la première cause d'incapacité dans le monde et contribue fortement à la charge mondiale de la maladie (10). La dépression du postpartum n'a pas de chapitre dédié dans la classification du DSM-5 et est défini par le collège de psychiatrie comme un épisode dépressif caractérisé qui survient dans l'année qui suit l'accouchement (11). Dans la moitié des cas, les premiers symptômes peuvent apparaitre au cours de la grossesse et certains auteurs invitent les médecins généralistes à reconsidérer à la baisse, voir le plus précocement possible, la première visite du post-partum (12). Bien que des classifications existent pour cette maladie, les médecins généralistes ont tendance à ne pas s'y référer dans leur pratique quotidienne (13). Des études ont montrées que la terminologie utilisée par les médecins généralistes pour désigner la dépression est plus intuitive et clinique (14). Cette approche diagnostique du médecin généraliste (basée sur le ressenti et l'expérience) est intéressante dans la problématique de la dépression du postpartum de la femme médecin, notamment du fait que le statut « médecin-malade » peut rendre incomplet le « tableau » plus scientifique de la dépression, telle qu'il est décrit dans les différentes classifications internationales (via la crainte d'être stigmatisé notamment).

Les complications de la dépression du postpartum concernent à la fois la mère et l'entourage (notamment le père (15,16) et l'enfant (17,18)). Les données de l'ENCMM (enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles) montrent à quel point le risque suicidaire peut être préoccupant et sous-diagnostiqué, notamment chez les femmes médecins qui sont à plus haut risque suicidaire que la population générale
du même genre (RR = 2,27 ; IC95% =1,90 – 2,73) (19). Cette enquête montre que sur la période 2007-2009, 3 suicides (1,2% des morts maternelles) ont été retenus (documentés) comme « mort maternelle », sachant que sur la même période, 62 suicides sont survenus pendant la grossesse (8%), dans les 42 jours postpartum (8%) ou entre 42 et 365 jours (84%) avec un délai médian de 6 mois (20). Dans la même enquête, sur la période 2010-2012, 10 suicides (3,9% des morts maternelles) ont été retenus, donc 5 suffisamment documentés pour estimer à 3/5 le nombre de suicides « pouvant-être évitables ». L'évitabilité de la mortalité par suicide dans le cas de la dépression du postpartum est estimée à 50%, d'autant plus si le trouble est survenu après le début de la grossesse (21). Le suicide

maternel dans les pays riches représenterait 12 à 20% des morts maternelles, avec un risque accru pour certaines issues de grossesse (interruption de grossesse, enfant mort-né) (22,23).

Nous faisons l'hypothèse que les femmes médecins, formées sur la dépression du post-partum pendant leurs études médicales, et ayant souffert (ou souffrant) de dépression du post-partum, pourraient, à travers une analyse rétrospective de leur propre situation, identifier des leviers d'action qu'elles auraient pu mettre en place (ou les outils qui auraient pu exister) afin d'éviter la survenue du trouble ou favoriser une entrée plus précoce dans le parcours de soin. L'analyse de conseils de ces femmes médecins, rédigées à elle-même, dans lesquelles elles indiqueraient comment éviter la survenue du trouble ou mettre en place un suivi plus précocement, permettrait d'identifier quels leviers d'actions pourraient être envisageables dans la prévention de la dépression du post-partum au sein de cette population ainsi que les moyens qui pourraient être mis en place par les instances pour favoriser l'entrée de ces femmes dans le parcours de soin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wilkinson A, Anderson S, Wheeler SB. Screening for and treating postpartum depression and psychosis: A cost-effectiveness analysis. Matern Child Health J. avr 2017;21(4):903-14.

2. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. déc 2013;33(8):1205-17.

3. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.

4. 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 [Internet]. 2018 [cité 19 déc 2020];8. Disponible sur: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2017.00248/full

5. Cauchard L. Chapitre 15. Suicide et environnement social : les médecins, les laissés pour compte ? [Internet]. Suicide et environnement social. Dunod; 2013 [cité 19 déc 2020]. Disponible sur: https://www-cairn-info.ezpum.biu-montpellier.fr/suicide-et-environnement-social--9782100701544-page-111.htm

6. Srkalovic Imsiragic A, Begic D, Kolumbic Lakos A, Kovacic D, Topic R, Simunic V. P-1480 - Impact of social support and previosly undiagnosed pospartal depression on pospartum complications and postpartum psychiatric disorders development. European Psychiatry. janv 2012;27:1.

7. LAMARCHE (Karen), LAMARCHE (Karen). Suicide chez les médecins : enquête descriptive auprès des psychiatres de Loire-Atlantique. 2011.

8. Givens JL, Tjia J. Depressed Medical Students' Use of Mental Health Services and Barriers to Use. Academic Medicine. sept 2002;77(9):918-21.

9. Kuhn CM, Flanagan EM. Self-care as a professional imperative: physician burnout, depression, and suicide. Can J Anesth/J Can Anesth. 1 févr 2017;64(2):158-68.

10. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression

11. ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf

12. Piejko E. The postpartum visit Motherandbaby. :5.

13. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, Roten Y de, Despland J-N, Ambresin G. Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques. Revue francaise des affaires sociales. 2018;(4):239-58.
14. Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. Frommer J, éditeur. PLoS ONE. 31 janv 2018;13(1):e0190565.
15. Pérez C F, Brahm M P. Paternal postpartum depression: Why is it also important? Revista chilena de pediatría. 2017;88(5):582-5.
16. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression: A Meta-analysis. JAMA. 19 mai 2010;303(19):1961.
17. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster J-Y, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Womens Health (Lond) [Internet]. 29 avr 2019 [cité 23 déc 2020];15. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492376/
18. Maternal depression and child development. Paediatr Child Health. oct 2004;9(8):575-83.
19. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). Am J Psychiatry. 2004;8.
20. Deneux-Tharaux C. Le suicide maternel, entité « émergente ». :26.
21. CA-PAMR Process and Publications | California Maternal Quality Care Collaborative [Internet]. [cité 23 déc 2020]. Disponible sur: https://www.cmqcc.org/research/maternal-mortality-review-ca-pamr/ca-pamr-process-and-publications
22. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, et al. Maternal suicide in Italy. Arch Womens Ment Health. 1 avr 2020;23(2):199-206.
23. Esscher A, Essén B, Innala E, Papadopoulos FC, Skalkidou A, Sundström-Poromaa I, et al. Suicides during pregnancy and 1 year postpartum in Sweden, 1980–2007. The British Journal of Psychiatry. mai 2016;208(5):462-9.

Objectif de la recherche

L'objectif de notre étude est d'identifier dans cette population spécifique (femmes soignantes mais aussi patientes), à travers l'analyse d'entretiens ouverts non structurés, permettant l'expression libre des idées, quels sont les éléments qui auraient pu prévenir l'apparition des troubles ou favoriser une entrée plus précoce dans le parcours de soin.

Déroulement de la recherche

Il vous sera demandé au cours de la recherche de répondre à un bref questionnaire et de rédiger un message, sous forme de conseils, que vous auriez souhaité recevoir, avant la survenue de la dépression du post-partum, dans le but de prévenir l'apparition du trouble ou améliorer le suivi en santé concernant cette pathologie. La forme de ce message est entièrement libre, sans contraintes de temps, et il vous sera uniquement demandé de citer entre parenthèses les titres (père, sœur, médecin généraliste, sage-femme…) des personnes que vous nommerez.

La durée de participation n'est pas estimable, elle peut être courte (5 minutes) ou longue (sans limite) selon le temps que vous souhaiterez passer à la rédaction du « conseil à vous-même ».

Bénéfices attendus

Aucune étude à ce jour n'a évalué l'impact positif que pourrait avoir la rédaction de conseil à soi-même. Cette étude vous permettra d'identifier, à travers votre expérience personnelle de la maladie, le contexte dans lequel elle s'est inscrite et votre regard de médecin, quels leviers auraient pu être mis en place afin de limiter la symptomatologie ou améliorer le suivi. Un premier épisode de dépression du post-partum étant facteur de risque de récidive dépressive lors d'une nouvelle grossesse et hors périnatalité, l'identification de ces leviers d'action pourraient limiter la survenue d'une récidive ou pourrait améliorer sa prise en charge.

Risques prévisibles

Peu de risque sont prévisibles par le remplissage d'un questionnaire en ligne. La rédaction de conseil pourrait vous exposer à une charge émotionnelle importante. Si tel est le cas, nous vous conseillons de vous rapprocher de votre médecin traitant ou d'un professionnel de santé compétent. Bien qu'elles semblent fort peu probables, si vous rencontrez des difficultés significatives, nous vous conseillons d'arrêter le remplissage du questionnaire et d'en informer l'investigateur.

Période d'exclusion

Du fait des effets préventif et/ou sur la prise en charge de la dépression du post-partum, non évalués à ce jour, que pourraient avoir la rédaction de conseils à soi-même, nous vous conseillons de ne pas participer à une autre étude sans en avoir informé les investigateurs.

Pour la présente étude, comme il s'agit d'une étude exploratoire, la participation à une autre étude n'est pas contraignante et vous n'êtes pas tenue de le signaler à l'investigateur.

Droit d'information sur votre santé et vos résultats

Conformément à l'article L.1122-1 du Code de la Santé Publique, vous avez le droit, à tout moment, d'avoir connaissance des informations concernant votre santé détenues par l'investigateur. Vous avez le droit d'être informée des résultats globaux de la recherche à l'issue de celle-ci, selon le dernier alinéa du même article.

Confidentialité et traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de la recherche impliquant la personne humaine, à laquelle nous vous proposons de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière. A cette fin, les données vous concernant seront transmises au Dr Guillaume CHORON (investigateur principal). Ces données seront identifiées par un numéro de code, ne permettant pas de vous identifier, avant d'être transmises aux autres investigateurs de l'étude. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès de l'investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connait votre identité.

En cas de retrait de votre consentement, possible à tout moment au cours de la recherche, les données vous concernant et acquises avant le retrait de votre consentement seront exploitées par l'investigateur, sauf si vous vous y opposez. Dans ce cas, ces dernières seront détruites.

Indemnités

Aucune indemnité n'est prévue pour la participation à cette recherche et aucun éventuel avantage financier ne peut être tiré de la participation à la recherche.

Cadre législatif de la recherche impliquant la personne humaine

Cette recherche est réalisée conformément aux articles L.1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique, relatifs aux recherches impliquant la personne humaine. Cette recherche est menée conformément à la méthodologie de référence MR 003 homologuée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 3 mai 2018.

SERMENT D'HIPPOCRATE

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Objectif : Identifier chez les femmes médecins travaillant en secteur libéral, à travers l'analyse d'entretiens ouverts non structurés, les éléments qui auraient pu prévenir l'apparition de la dépression du post-partum ou favoriser une entrée plus précoce dans le parcours de soin.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé du 13/05/2021 au 06/06/2021 une étude qualitative originale basée sur l'analyse interprétative d'expériences individuelles de dépression du post partum chez des femmes médecins exerçant en France.
Les volontaires devaient répondre à un questionnaire anonyme en ligne concernant certaines de leurs données démographiques, leurs antécédents gynécologiques, le récit de leur vécu de la pathologie et les conseils qu'elles auraient aimé se donner rétrospectivement afin de prévenir ou améliorer leur prise en charge.
Les citations des participantes ont ensuite été regroupées en thématiques puis en 3 catégories afin d'analyser les caractéristiques, les facteurs de risques et les leviers de prévention et de prise en charge de la dépression du post partum.

Résultats : Le questionnaire a été envoyé à 3166 femmes médecins. 14 ont participé à l'étude et 9 ont rempli intégralement le questionnaire. Notre étude a permis de caractériser dans sa complexité la dépression du post partum dans cette population et d'identifier de potentiels facteurs de risque et éléments de gravité ressentis. Des leviers de prévention ont pu être identifiés de même que les conditions dans lesquelles leur prise en charge pourrait être optimisée.

Conclusion : Cette étude montre l'importance de considérer la gravité de la dépression du post-partum dans cette population vulnérable et d'aménager ou renforcer les mesures préexistantes dans la lutte contre cette pathologie.

MOTS CLES :

Dépression, post-partum, médecin libéral, médecine générale, qualitatif, prévention